



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

**JURISDICCIÓN SANITARIA No. 01, DE BALANCÁN,
TABASCO**

**“Frecuencia y grado de ideación suicida en los alumnos del
Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio
de Balancán, Tabasco en el 2005.”**

ESPECIALISTA EN MEDICINA (MEDICINA FAMILIAR)

PRESENTA:

NORMA ALICIA SÁNCHEZ CONTRERAS

BALANCÁN, TABASCO.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

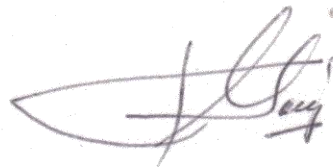
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Frecuencia y grado de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.”

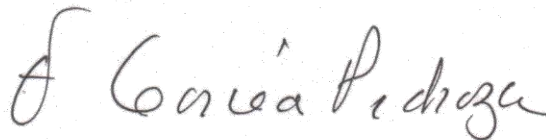
PRESENTA:

NORMA ALICIA SÁNCHEZ CONTRERAS

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.NA.M



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA.
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.NA.M



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.NA.M

“Frecuencia y grado de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.”

PRESENTA:
NORMA ALICIA SÁNCHEZ CONTRERAS

AUTORIZACIONES



DR. ANDRÉS CRUZ HERNÁNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
BALANCAN, TABASCO.




DRA. GLORIA DEL CARMEN ZEIND DOMÍNGUEZ
ASESOR DE TESIS



QUIM. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA

P. z.



DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

DEDICATORIAS

A MI SOBRINA:

KARINA ADRIANA

QUIEN CON SU ACTITUD Y REBELDIA ADOLESCENTE ME HA HECHO VOLVER LA VISTA ATRÁS COMO MEDICO Y SER HUMANO, ANALIZAR, ENTENDER Y COMPRENDER QUE ES NUESTRO DEBER CONducIRLOS EN ESTA DIFICIL ETAPA DE LA VIDA, RESPETANDO SU PLENA LIBERTAD, QUE NO LIBERTINAJE, CON EL ALMA, SUFRIMIENTO Y PENSAMIENTOS PERO SOBRE TODO CON MUCHO AMOR.

PARA MOSTRARLE MI COMPRENSIÓN Y CARIÑO

AGRADECIMIENTOS

A las Instituciones de Salud del Estado de Tabasco:

- ❖ Hospital Juan Graham Casasús
- ❖
- ❖ Hospital Gustavo Rovirosa Pérez
- ❖
- ❖ Hospital de la Mujer
- ❖
- ❖ Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

A la UNAM:

Departamento de Medicina Familiar

Les brindo un Homenaje de Gratitud

Índice

RESUMEN	Pág.	1
INTRODUCCIÓN		2
ANTECEDENTES.		3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		15
JUSTIFICACIÓN		16
OBJETIVOS		17
MATERIAL Y MÉTODOS		18
RESULTADOS		21
DISCUSIÓN		26
CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES		27
BIBLIOGRAFÍA		29
ANEXOS		32

RESUMEN

SANCHEZ CONTRERAS NORMA ALICIA. Frecuencia y grado de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005... **Universidad Nacional Autónoma de México. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco.**

Introducción. La ideación suicida es la primera categoría que antecede al suicidio y se ha conceptualizado como el plan que el adolescente ha desarrollado gradualmente y que contiene: método, lugar, hora y día

Objetivo. Determinar los casos y puntuación de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.

Material y métodos. El presente de estudio se realizó en 284 Alumnos del, Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco a quienes se entrevistaron y a los que se les aplicó un cuestionario o inventario de, depresión de Beck, posteriormente a los alumnos que presentaron algún grado de depresión se aplicó cuestionario de escala de Ideación suicida, para el presente estudio. (ANEXO 1, 2). Para el procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario, se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2003, el análisis se llevó a cabo en el programa SPSS 11.5 a través de medidas de frecuencia y tendencia central, la presentación de esta información se realizó mediante cuadros y gráficos a fin de objetivar la misma.

Resultados. El grupo de edad que más casos de ideación suicida presentó fue de 15 años de edad con un 46.5%, en segundo lugar con un 25.3% el grupo de 16 años. El grupo de edad que más casos de ideación suicida presentó fue el masculino con un 57.6% en tanto que el femenino presentó un 42.4% de casos de ideación suicida. Con respecto a la ideación suicida el mayor porcentaje lo tenemos con una escala de 1 a 12 con un 67%, en segundo lugar con una puntuación de 13 a 24, con un 19%, en tercer lugar sin ideación suicida con un 12%, y por último con un 2% al grupo de mayor riesgo con una puntuación de 25 a 38. La ideación suicida relacionada con el sexo encontramos que encontramos el sexo masculino con una puntuación de 1 a 12 con un 36.9%, en segundo lugar con la misma puntuación al sexo femenino con un 30.8%.

Conclusiones. A pesar de que la Ideación suicida es una entidad patológica que ha aumentado en incidencia y prevalencia en la población en general, es innegable que la Ideación suicida como problema de salud pública requiere de la participación de un equipo multidisciplinario de salud para implementar y reforzar las medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que garanticen un control efectivo, para disminuir el riesgo de depresión severa y posteriormente, su peor resolución, la muerte por suicidio. Lo anterior conlleva necesariamente a que todo el personal de salud tenga los conocimientos acerca de la existencia de los factores asociados con ciertas pautas de conducta o estilo de vida de las personas y su entorno familiar, los cuales pueden ser modificables.

Palabras claves: Ideación suicida, Depresión, Factores relacionados.

INTRODUCCION.

En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino, aunque constante, de la conducta suicida en los adolescentes. México no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidios e intentos no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado, precisamente por su naturaleza incipiente. Así, resultan apremiantes y oportunos los esfuerzos profilácticos y preventivos respecto a esta condición que se va configurando ya como un problema de salud pública. Es necesario no perder de vista la importancia del contexto social, identificando, desde luego, a los grupos de población de alto riesgo para establecer estrategias preventivas de corto y de mediano plazo. De hecho, se ha encontrado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes, de entre 15 y 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano. En el caso de México se ha identificado un mayor riesgo de conducta suicida entre las mujeres de 15 a 19 años de edad.

Conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. De acuerdo con Híjar y colaboradores, un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados.

En lo que a ideación suicida se refiere, en múltiples estudios se ha destacado su asociación con la conducta suicida. Por otra parte, en diversas investigaciones se han tratado de identificar los factores asociados con la ideación suicida, reconociendo que no es sólo la participación de uno de ellos, sino su interacción lo que los convierte en factores de riesgo.

En México no abundan los estudios acerca del suicidio en los adolescentes; es evidente la necesidad de orientar una mayor atención a este problema, pues, por otra parte, se ha observado reiteradamente que la persona con pensamientos suicidas puede tener una mayor tendencia a intentar suicidarse, y que quien lo intenta una vez, es probable que lo intente de nueva cuenta en menos de un año, con consecuencias fatales. Por esa razón, los estudios epidemiológicos sobre la presencia de indicadores de riesgo suicida son muy importantes. Así, por ejemplo en México, Medina-Mora y colaboradores identificaron en una muestra representativa de estudiantes del Distrito Federal que en la semana previa a la encuesta 47% de los estudiantes habían notificado al menos un síntoma de ideación suicida; 17% pensó en quitarse la vida, y 10% presentó todos los indicadores de ideación suicida

ANTECEDENTES

La sociedad se enfrenta continuamente al problema generacional de cómo transformar a los adolescentes en adultos. La supervivencia de una civilización madura depende de la realización de unas estructuras psicosociales que permitan que el crecimiento y desarrollo alcancen la expresión última y completa de la intimidad, creatividad e integridad en la vida de una persona y de la sociedad en su conjunto. La adolescencia representa un período importante en el crecimiento y desarrollo de una persona y, como fase de desarrollo, puede alcanzar el mismo grado de significación en calidad de precursor causal del desarrollo ulterior que el que se ha asignado al período de la primera niñez. Los trastornos característicos de la adolescencia tardía confirman las influencias del desarrollo de este período del crecimiento y se centran en los estreses creados por las demandas de transición. Ponen la regresión parcial al servicio del dominio, con una eventual resolución de las metas del desarrollo, resolución de los aspectos conflictivos de la adolescencia, y desarrollo de la adultez.

Durante la adolescencia, la aparición de motivaciones agresivas y libidinales exige el desarrollo de defensas apropiadas que eventualmente determinan la modificación efectiva de estas pulsiones primitivas en estructuras caracteriales útiles en una determinada sociedad. Esta tarea supone la transformación de los conceptos inconscientes de los padres, la adopción de un código moral, la identificación del rol sexual y la selección de una educación o un rol profesional. ⁽¹⁾

El trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es, sin lugar a dudas, la depresión. Los problemas de falta de recursos económicos y las cada vez mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida “moderna” unidos a la soledad y a frecuentes dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y gratificantes son algunas de las causas del trastorno depresivo. Sin embargo, de toda la población, los adolescentes y ancianos son actualmente los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno, junto

a otros como la ansiedad, el alcoholismo y la demencia. Los expertos insisten en que, en la mayoría de los casos, un adecuado diagnóstico y un manejo terapéutico oportunos pueden ser la clave para el correcto abordaje de este tipo de alteraciones.

Evidentemente, a nosotros nos interesa más abordar este problema en la edad en la que se encuentran nuestros estudiantes de bachillerato. La desestructuración que actualmente suele caracterizar al núcleo familiar, el concepto de competitividad y el estilo de vida consumista a la que constantemente se ven sometidos los adolescentes son factores que los colocan como “ uno de los grupos de más alta vulnerabilidad para padecer algún tipo de patología mental “ E I Dr. Manuel Trujillo jefe de Psiquiatría del Hospital Bellevue, de Nueva York, en Estados Unidos, ha comprobado que cada generación de adolescentes multiplica su riesgo de depresión (revista del IX Congreso Nacional de Medicina General. 17 de junio de 2002).

Adolescencia: Síndrome normal

Para definir la depresión en adolescentes es importante definir la depresión pero también definir y entender en qué consiste esta etapa por la que están pasando nuestros jóvenes. Sin que esto tome el curso de un estudio minucioso de la adolescencia mencionaremos sólo los rasgos o características de esta.

En general, el adolescente atraviesa por tres duelos importantes que son:

1. El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y qué está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.
2. El duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de forma distinta.
3. El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos que uno miraba hacia arriba, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta. Vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor.

Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia.

Para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento. A todo esto se le conoce como el síndrome normal de la adolescencia.

Depresión

Para entrar en materia, es importante señalar que toda definición de la depresión debería asentarse sobre un doble pilar el del afecto y el de las ideas. La depresión puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad.

Etiología: como en todas las diferentes formas de la conducta, al tratar de entender la etiología de la depresión tenemos dos grandes vertientes: por un lado la cuestión endógena (orgánica) y por otro lado la explicación psicológica (inconsciente). Es decir, por un lado tenemos aquello con lo que el sujeto nace, ya sea de orden fisiológico o emocional (por ejemplo, si nace con

cierta tendencia depresiva o no) y por otro lado tenemos el impacto que provocará lo ambiental y las circunstancias particulares que rodean a esa persona.

Desde una perspectiva clínica, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes.

También se presentan, sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida.(Mackinnon,1973).

Un duelo por algo que se perdió, algo que se tenía y que ya no se tiene. En todas las situaciones algo se está viviendo como inalcanzable, algo se desea tener y no se ha conseguido. (Bleichmar, 1994).

De lo anterior se concluye que el núcleo de la depresión, en tanto estado, no lo podemos buscar ni en el llanto ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos estos estados pueden o no estar presentes en una persona deprimida. Sin embargo, algo que sí está presente es el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente. La no realizabilidad de un deseo mediante el cual alcanzaría un ideal, o la consecución de un logro menor que provoca que se sienta arruinado, fracasado, inferior, culpable,. Es decir, el núcleo de la depresión lo van a constituir estas ideas de inferioridad, autorreproche, fracaso, e incluso, en algunos casos, ideas de muerte. ⁽²⁾

En la última década, el porcentaje de familias desestructuradas ha ido en vertiginoso aumento en el mundo entero, y de manera especial en los países

en vías de desarrollo y subdesarrollados. Las causales principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos.

Dentro de un proceso de disolución familiar, el subsistema que se ve más afectado es el filial. Estas alteraciones se manifiestan principalmente en las esferas emocional y psíquica, que se acentúan especialmente cuando los afectados se encuentran en la etapa de la pubertad o adolescencia que, como es de conocimiento general, es una fase de cambios en todos los aspectos en el individuo. ⁽³⁾

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento de la vida adulta. ⁽⁴⁾

En adolescentes, es importante identificar tempranamente los síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC), además de las asociaciones anotadas, por que estos síntomas tienen otras consecuencias negativas a corto y largo plazo, como intentos de suicidio y menores logros académicos ⁽⁵⁾.

El adolescente actúa en forma impulsiva después de una contrariedad y siente la angustia insoportable y pretende escapar a través del suicidio, reclamar apoyo o castigar a sus padres.

A nivel práctico, la tentativa de suicidio o incluso la sola idea de suicidio representa a veces una urgencia de primer orden en razón al riesgo de reincidencia y consumación del acto.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importante a nivel internacional.

La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia.

La ideación suicida es la primera categoría que antecede al suicidio y se ha conceptualizado como el plan que el adolescente ha desarrollado gradualmente y que contiene: método, lugar, hora y día ⁽⁷⁾

El suicidio es en la actualidad la segunda causa de muerte en importancia entre los adolescentes ⁽¹⁾. Los factores asociados son depresión, problemas en ambiente familiar, consumo de drogas, ansiedad ⁽⁶⁾

Es la senda final común de diversos trastornos diferentes, y su alta incidencia refleja tanto una psicopatología grave como el desvarío definitivo de las características normales de la adolescencia ⁽¹⁾

Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y / o depresión. ⁽⁸⁾

Cuando hablamos de conductas suicidas no solo nos referimos al suicidio consumado sino también a la ideación suicida, a las amenazas o a las tentativas. La mayoría de autores coinciden en considerar estas conductas como un continuo.

Desde esta perspectiva jerárquica, la ideación suicida constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. A continuación, y por orden de severidad, le siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves y graves, y finalmente el suicidio consumado.

La ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la infancia y la adolescencia. Tal es la magnitud de su prevalencia en niños y adolescentes, que en algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, ya empiezan a considerarla como algo normal (Canino, 1999). Y es que ciertamente las cifras que se aportan son muy elevadas. Según una revisión realizada por Diekstra, Kienhors y Wilde (1995) entre el 15 % y el 53 % de los adolescentes habría deseado alguna vez morir.

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal. Algunos estudios, como el de Pfeffer, Lipkins, Plutchick y Mizruchi (1988), parecen indicar una cierta estabilidad en un considerable porcentaje de casos, concretamente el 50 % después de dos años de seguimiento.

La detección precoz de la ideación suicida puede constituir una medida eficaz para la prevención de las tentativas y el suicidio consumado en edades de mayor riesgo, como la adolescencia o la juventud. ⁽⁹⁾

Se ha relacionado la música *metal* con el pertenecer a pandillas y tener ideación suicida. En los adolescentes es importante destacar un factor denominado efecto de la identificación. Según este planteamiento, una conducta suicida puede precipitar otros intentos en un grupo de adolescentes con características similares, lo que se ha descrito también como suicidio por imitación ⁽¹⁰⁾

La comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementa ningún riesgo, como erróneamente se considera; todo lo contrario es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención. ⁽¹¹⁾

El comportamiento suicida es un tema de salud de gran importancia en los países desarrollados y en desarrollo. Se estima que al menos un millón de personas muere por suicidio anualmente y muchos otros, en especial jóvenes y personas de edad media intentan hacerlo.

La tasa global de suicidio de jóvenes entre 15 y 19 años es de 7.4 / 100 000, con valores más altos para los hombres que para las mujeres. ⁽¹²⁾

El suicidio es un problema multifactorial que sigue un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis. Además, en algunos casos, sus objetivos son diferentes a la pérdida de la vida como tal, pues la meta puede ser llamar la atención, acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad.

El impacto del suicidio en nuestro país ha generado que se considere como un problema de salud pública, ya que, según los registros de la Secretaría de Salud, las tasas de mortalidad por esta causa se han incrementado de manera notoria en los últimos años. ⁽¹³⁾

Considerando la importancia de la ideación e intento de suicidios en la población adolescente, y su potencial letalidad por su asociación al suicidio consumado, diversos estudios nacionales y extranjeros han buscado determinar factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en población pediátrica y adolescente; de esta forma se plantean distintas hipótesis para explicar la magnitud del fenómeno. ⁽¹⁴⁾

La familia y los amigos juegan un papel importante en el desarrollo del niño. El colegio supone un tercer mundo social diferente para el niño y la niña, que pueden influir de manera positiva o negativa en los problemas emocionales y conductuales. Sabemos que un profesor que ayude y apoye a los alumnos en algunas áreas promoverá la autoestima de éstos, mientras que algunas actitudes por parte del profesorado pueden tener un efecto adverso. Del mismo modo una clase caótica sin reglas, puede tener efectos en la conducta y las emociones, parecidos a los estudiados en las familias caóticas. Las

intimidaciones en los colegios no se pueden considerar como parte del común y normal desarrollo del adolescente. Numerosos estudios lo han relacionado con problemas emocionales y de conducta. El término bullying se puede traducir como “intimidar “, amedrentar. Pero es Olweus quien le da cuerpo a éste término definiéndolo como “Acciones negativas dirigidas contra un alumno o alumna de forma repetida y durante un tiempo”. Se pueden distinguir dos tipos de “bullying” : la intimidación directa como agresiones inmotivadas y por otro lado, aquellas acciones dirigidas a socavar la autoconfianza o seguridad de uno mismo usando aislamiento, humillaciones, rumores maliciosos, motes etc. En las acciones de bullying existen dos agentes; uno activo (intimidador) y otro pasivo (víctima). Aunque en los primeros trabajos se puso interés solo en la figura de la víctima, el intimidador también presenta problemas emocionales (15).

La existencia de unos lazos familiares sólidos y positivos constituye un factor protector contra los riesgos de padecer cuadros psiquiátricos entre los adolescentes. La cercanía a los padres protege la autoestima de los adolescentes hasta en el caso de las situaciones de divorcio parental. La afectación del funcionamiento psicosocial de la madre debilita su disponibilidad emocional, disminuyendo los sentimientos de cercanía y distorsionando la influencia protectora de las buenas relaciones madre – hijo, tan necesarias para el normal crecimiento e individuación en el curso del desarrollo del adolescente (16)

En el ámbito de prevención primaria, la educación es un componente clave, pero ¿dónde llevar a cabo estrategias de prevención? Diversos autores coinciden en señalar que la escuela es una de las principales instituciones para promover el desarrollo cognoscitivo y emocional de los niños. Los maestros (as) podrían ser capacitados para reconocer los síntomas y signos de los factores de riesgo, así como el abuso y el abandono de los niños (as). También pueden ser adiestrados para canalizar a los servicios de salud y a los centros especializados a quienes requieran asistencia. Pero todo esto no puede ser posible sin una auténtica relación maestro-alumno fincada en la confianza, y

por ello la importancia de sensibilizar a la plantilla docente, en su labor no sólo académica sino también en su potencial como agentes de salud y de cambio.

En el ámbito de prevención secundaria, con los indicadores protectores y de riesgo identificados se puede contribuir al Diseño y Construcción de Instrumentos de Tamizaje para la detección temprana y oportuna de adolescentes en riesgo suicida, con el propósito de habilitar al personal docente y a los equipos de salud, con herramientas auxiliares fáciles de aplicar.

Tales como el Inventario de depresión de Beck el cual evalúa la gravedad del cuadro depresivo, es una muestra autoaplicada, consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la teoría de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad, autoaplicada.

Existen varias versiones de diferente extensión: una versión más extensa de 42 ítems, en la que el orden de los ítems ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros como dolores de cabeza y apetito y una versión más breve de 13 ítems, el inventario de Beck ha sido validado al castellano por Conde y Useros.⁽²⁷⁾

Y la escala de ideación suicida que evalúa la gravedad de la ideación suicida, es una escala diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, la escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben de tenerse en cuenta como la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de “frenos”, se trata de una escala semiestructurada que consta de 19 ítems que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Los diferentes ítems se hallan distribuidos en 4 apartados: actitud hacia la vida y la muerte (ítems 1 a 5), características de la ideación o del deseo de

muerte (ítems 6 a 11), características del intento planeado (ítems 12 a 15), actualización de la tentativa (ítems 16 a 19).

Algo que es esencial, y que de hecho se ha aprendido de la investigación con niños y jóvenes resilientes, es que las redes de apoyo social parecen ser fundamentales para amortiguar el impacto de la violencia externa y auto inflingida.

Un aspecto final que nos parece básico de considerar en la prevención es la inclusión de la perspectiva de género. Nuestros resultados muestran que tanto hombres como mujeres tienen similitudes y diferencias; por esto, una hipótesis a explorar es que la socialización y los roles de género inciden en la violencia que se puede ejercer contra sí mismos; es decir, en la problemática suicida ⁽¹⁷⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estudiar la depresión y el riesgo de suicidio en los adolescentes se ha convertido en una problemática social y mundial, dado los altos índices de suicidio en adolescentes que se han incrementado en las últimas tres décadas del mundo contemporáneo.

Identificar oportunamente la ideación suicida en los adolescentes, desde el ámbito familiar, escolar y social, es una tarea que compete a todos. Reconocer los cambios conductuales propios de la adolescencia de los de un estado depresivo, para intervenir oportunamente en la resolución de las causales de la misma.

¿Cual es la frecuencia y el grado de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005?

JUSTIFICACIÓN.

Hasta hace aproximadamente treinta años la depresión y el riesgo suicida en niños y adolescentes es considerado como una problemática social y mundial, dado el incremento en la incidencia de las mismas, siendo los adolescentes uno de los dos grupos vulnerables, las estadísticas colocan al suicidio en adolescentes como la segunda causa de muerte, tan solo después de las muertes por accidentes automovilísticos.

El suicidio es en la actualidad la segunda causa de muerte en importancia entre los adolescentes ⁽¹⁾. Los factores asociados son depresión, problemas en ambiente familiar, consumo de drogas, ansiedad

La familia y los amigos juegan un papel importante en el desarrollo del niño. El colegio supone un tercer mundo social diferente para el niño y la niña, que pueden influir de manera positiva o negativa en los problemas emocionales y conductuales.

En el Estado de Tabasco el suicidio es la segunda causa de mortalidad en población joven, lo que se traduce en costos económicos ya que se trata de población económicamente activa.

Lograr la implementación de redes de apoyo familiares, sociales y escolares, que nos permitan intervenir en forma oportuna, creando a su vez pilares de soporte que permitan al adolescente mejorar el afrontamiento positivo de la depresión, evitando así el desarrollo y la persistencia de ideación suicida y por ende evitar el suicidio.

OBJETIVO.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar los casos y puntuación de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Cuantificar el número de casos de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.
- Identificar el grado de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.
- Determinar la edad en los casos de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.
- Identificar el sexo en los casos de ideación suicida en los alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, transversal.

UNIDAD DE ANALISIS.

Alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.

DEFINICION DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.

UNIVERSO

Los 1386 alumnos del Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.

MUESTRA

El estudio se realizó en el Colegio de Bachilleres en la Villa El Triunfo, Balancán, Tabasco, en el periodo comprendido de enero del 2005 a enero del 2006, en donde se aplicó la encuesta. La población ha estudiar será de una

muestra de 284 calculada por el método de $n = \frac{z^2 pq}{d^2 (N - 1) + z^2 pq}$ que se

aplicará a través de un muestreo por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Alumnos que pertenezcan al Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005.

Alumnos que pertenezcan al Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005, que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Alumnos que pertenezcan al Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005, que no deseen participar en el estudio

VARIABLES.

Dependiente:

Paciente de ideación suicida. Es un fenómeno muy habitual durante la infancia y la adolescencia, constituye el primer eslabón o nivel de menor gravedad. Por orden de severidad le siguen las amenazas, las tentativas de suicidio, diferenciando entre leves o graves y finalmente suicidio consumado, por lo que se le ha considerado a estas conductas como un continuo.

Independientes.

Factores relacionados: forma general de vida en la que intervienen factores, biológicos en la población adolescente.

- Edad: Años cumplidos de los alumnos sujetos a estudio. Cuantitativa continua
- Sexo: características biológicas y físicas de los individuos. Cualitativa nominal.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El presente de estudio se realizo en 284 Alumnos del, Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco a quienes se entrevistaron y a los que se les aplico un cuestionario o inventario de, depresión de Beck, posteriormente a los alumnos que presentaron algún grado de depresión se aplico cuestionario de escala de Ideación suicida, para el presente estudio. (ANEXO 1, 2). Para el procesamiento de los datos obtenidos del cuestionario, se creo una base de datos en el programa Microsoft Excel 2003, el análisis se llevó a cabo en el programa SPSS 11.5 a través de medidas de frecuencia y tendencia central, la presentación de está información se realizo mediante cuadros y gráficos a fin de objetivizar la misma.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente trabajo de investigación se realizó en base a los preceptos médicos y legales que protegen la integridad física y emocional del paciente. Según los criterios de Helsinki, por lo que los procedimientos que se realizaron no implicaron un riesgo para la salud del paciente, situación que les fue notificada en la entrevista, así como aceptación a participar mediante carta de consentimiento informado. (Anexo 2).

RESULTADOS.

El Colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario del Municipio de Balancán, Tabasco en el 2005, cuenta con una población de 1,386 alumnos, esta cuenta con 10 grupos de primer año, cuatro grupos de segundo año y cuatro grupos de tercer año, los cuales se atienden en el turno, matutino y el mismo numero de grupo en el vespertino.

Este colegio motivo de mi investigación se encuentra dentro de mi área de responsabilidad, perteneciendo al núcleo Básico 2, del Centro de Salud con Hospital de Balancán, el cual presta sus servicios los 365 días del año las 24 hrs. del día siendo estas, consulta externa, psicología, odontología, urgencias y atención de partos, cirugía, medicina interna y pediatría.

De acuerdo al programa establecido en la unidad, la valoración que debe brindarse al paciente se realiza por la consulta de psicología, y posteriormente reenviada a consulta de Medicina Familiar que permiten satisfacer los requerimientos de atención y resolución de los problemas de salud concomitante como depresión subclínica, depresión leve, media, y grave así como otros trastornos que pueden presentarse en el paciente con depresión que se estudia.

Se estudiaron 284 alumnos, muestra obtenida por conveniencia del investigador en el colegio de Bachilleres Técnico Agropecuario, de los cuales 86 correspondiéndole el 30.3% no presentaron ninguna grado de riesgo, por lo que el análisis se basara en los 198 estudiantes que representan el 69.7% que presentaron algún tipo de riesgo.

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que la distribución por edad de casos detectados de ideación suicida, corresponde a una media de edad 15.8 años, una moda de 15, el grupo más afectado fue el masculino con un 57.6% en tanto que el femenino presento un 42.4% de casos de ideación suicida, el grupo de edad más afectado fue el masculino de 15 años de edad con un 26.3%, en segundo lugar con un 20.2% las mujeres de 15 años, el grupo de edad de 16 años presento un 15.2% el masculino y un 10.1%

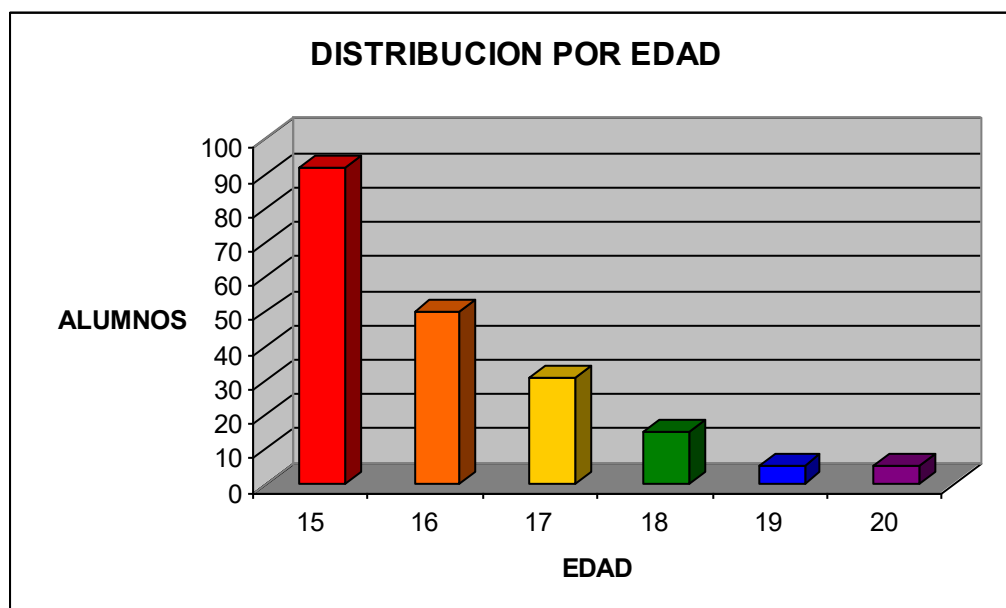
el femenino, el grupo de 17 años de edad presenta un 9.1% el sexo masculino, y un 6.6% el femenino, el grupo de edad de 18 años presenta un 4.0% el sexo masculino y un 3.5% el sexo femenino, en lo que concierne al grupo de 19 años encontramos con un 2.0 a el sexo masculino y un 0.5% al sexo femenino. La edad de 20 años presento un 1.0% el sexo masculino y un 1.5% el sexo femenino, lo que nos indica que a mayor edad, la ideación suicida presenta menor frecuencia. (Cuadro 1, Grafica 1 y 2).

**Cuadro 1. DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE IDEACIÓN SUICIDA
POR EDAD Y SEXO**

EDAD	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No	%	No	%	No	%
15	92	46.5	52	26.3	40	20.2
16	50	25.3	30	15.2	20	10.1
17	31	15.7	18	9.1	13	6.6
18	15	7.5	8	4.0	7	3.5
19	5	2.5	4	2.0	1	0.5
20	5	2.5	2	1.0	3	1.5
TOTAL	198	100	114	57.6	84	42.4

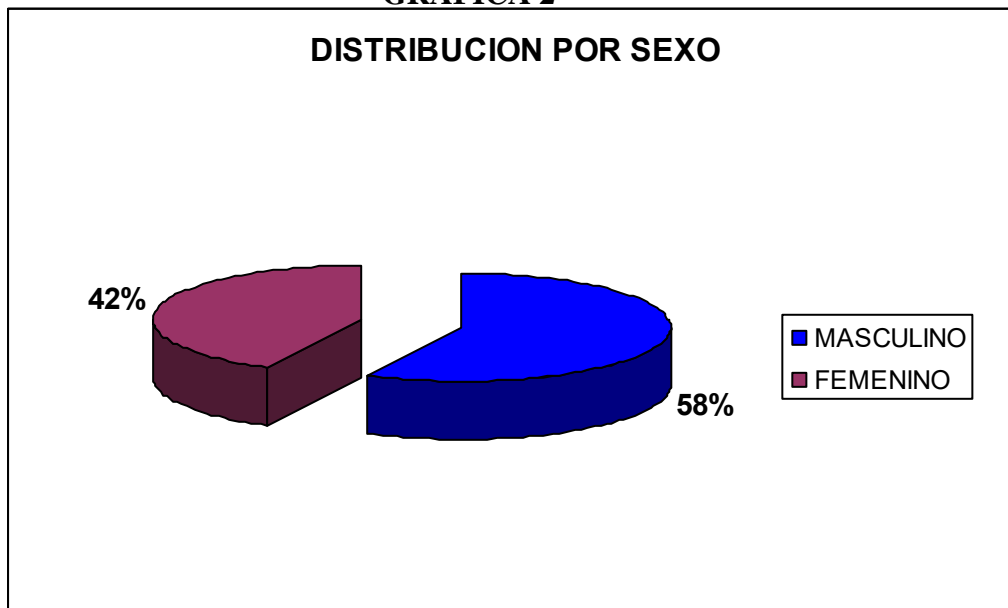
Fuente: Encuesta

GRAFICA 1



Fuente: Encuesta

GRAFICA 2



Fuente: Encuesta

Con respecto a la ideación suicida el mayor porcentaje lo tenemos con una escala de 1 a 12 con un 67%, en segundo lugar con una puntuación de 13 a 24, con un 19%, en tercer lugar sin ideación suicida con un 12%, y por ultimo con un 2% al grupo de mayor riesgo con una puntuación de 25 a 38. (Cuadro 2, Grafica 3).

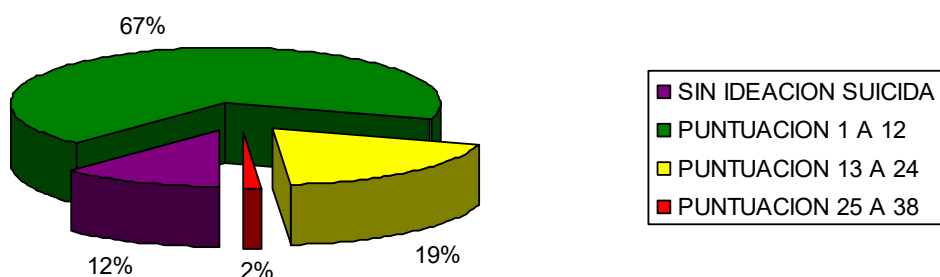
Cuadro 2. DISTRIBUCIÓN POR PUNTUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA OBTENIDA

IDEACION	TOTAL	%
SIN IDEACION SUICIDA	24	12
PUNTUACION 1 A 12	134	67
PUNTUACION 13 A 24	37	19
PUNTUACION 25 A 38	3	2
TOTAL	198	100

Fuente: Encuesta

GRAFICA 3

DISTRIBUCION SEGÚN PUNTUACION DE ESCALA DE IDEACION SUICIDA



Fuente: Encuesta

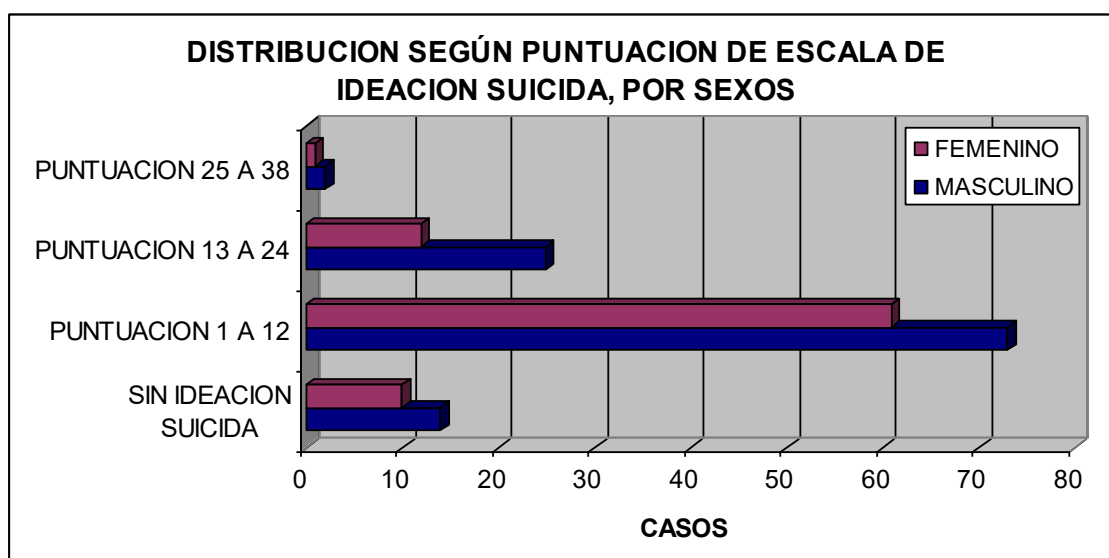
En cuanto a la ideación suicida relacionada con el sexo encontramos que encontramos el sexo masculino con una puntuación de 1 a 12 con un 36.9%, en segundo lugar con la misma puntuación al sexo femenino con un 30.8%, continuamos con el sexo masculino con una puntuación de 13 a 24 y sin ideación suicida con un 12.6% y un 7% respectivamente, continuando con el porcentaje obtenido encontramos con puntuación de 13 a 24 y sin ideación suicida al sexo femenino con un 6.1% y 5.1% respectivamente, por ultimo tenemos con una puntuación de 25 a 38, al sexo masculino con 1% y al femenino con 0.5%. (Cuadro 3, Grafico 4)

Cuadro 3. DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA Y SEXO.

Puntuación ideación suicida	TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
	No	%	No	%	No	%
SIN IDEACION SUICIDA	24	12.1	14	7.0	10	5.1
PUNTUACION 1 A 12	134	67.7	73	36.9	61	30.8
PUNTUACION 13 A 24	37	18.7	25	12.6	12	6.1
PUNTUACION 25 A 38	3	1.5	2	1.0	1	0.5
TOTAL	198	100	114	57.6	84	42.4

Fuente: Encuesta

GRAFICA 4



Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Diversos estudios realizados sobre ideación suicida demuestran la presencia de múltiples factores relacionados con el desenlace fatal de Suicidio, este trastorno conductual aunado a las transformaciones económicas, sociales y también a los que estamos sometidos, hacen de este trastorno uno de los problemas de Salud Mental más grave de este siglo.

Con los resultados obtenidos en este estudio encontramos que la población mayormente afectada fue la edad de 15 años, con un 46.5% resultados que coinciden con lo estudiado por Madrigal de León en su artículo, y lo referido por Sánchez Pedraza y Cols.

Con respecto a los resultados obtenidos de acuerdo al sexo encontramos que el más afectado fue el sexo masculino con un 57.6% lo que no concuerda con lo referido por Díaz-Atienza y Cols, en su investigación realizada en Hospital Universitario de Granada, España, y con lo obtenido en su estudio por Valdivia y Cols.

Si bien es cierto que la depresión y el riesgo de ideación suicida es un problema de Salud Pública en nuestro país, no se han llevado estadísticas confiables ya que el motivo de consulta es muchas veces por otros padecimientos, y en las que se diagnostican de primera intención se encuentran ya con Depresión o ideación suicida grave. No existe un documento oficial en el que se pueda registrar la morbilidad por este padecimiento, el impacto económico, es muy alto, y se ve minimizada la calidad de vida.

CONCLUSIONES.

- El grupo de edad que más casos de ideación suicida presentó fue de 15 años de edad con un 46.5%, en segundo lugar con un 25.3% el grupo de 16 años,
- El grupo edad que más casos de ideación suicida presentó fue el masculino con un 57.6% en tanto que el femenino presentó un 42.4% de casos de ideación suicida.
- Con respecto a la ideación suicida el mayor porcentaje lo tenemos con una escala de 1 a 12 con un 67%, en segundo lugar con una puntuación de 13 a 24, con un 19%, en tercer lugar sin ideación suicida con un 12%, y por ultimo con un 2% al grupo de mayor riesgo con una puntuación de 25 a 38.
- La ideación suicida relacionada con el sexo encontramos que encontramos el sexo masculino con una puntuación de 1 a 12 con un 36.9%, en segundo lugar con la misma puntuación al sexo femenino con un 30.8%.

No obstante que la Ideación suicida es una entidad patológica que ha aumentado en incidencia y prevalencia en la población en general, es innegable que la Ideación suicida como problema de salud pública requiere de la participación de un equipo multidisciplinario de salud para implementar y reforzar las medidas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que garanticen un control efectivo, para disminuir el riesgo de depresión severa y posteriormente, su peor resolución, la muerte por suicidio.

Lo anterior conlleva necesariamente a que todo el personal de salud tenga los conocimientos acerca de la existencia de los factores asociados con ciertas pautas de conducta o estilo de vida de las personas y su entorno familiar, los cuales pueden ser modificables.

En este sentido, el aspecto educativo y presuntivo es el eje fundamental a través del cual pueden lograrse estos cambios y obliga al prestador de servicios de salud y al equipo multidisciplinario a la capacitación, orientación, así como búsqueda de nuevas alternativas de solución en esta materia y de asesoría, por parte del personal responsable del programa institucional, a la revisión conjunta de las Normas Oficiales vigentes, de tal manera que pueda otorgarse una mejor atención a este grupo de población.

BIBLIOGRAFIA.

1. Kaplan HI, Sadock JB, Tratado de psiquiatría, Trastorno de la identidad y adaptación de la adolescencia, capítulo 39.8, Tomo II, 2da. Edición, Editorial Masson-Salvat Medicina, pág. 1755-1806.
2. Cobo OP, La depresión en adolescentes, Revista Mexicana de Orientación Educativa, No.8, marzo-junio 2006, p 1-9.
3. Morla BR, Saad de Janon E, Saad J, Depresión en adolescentes y Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV, No.2, 2006, p 149-166.
4. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano RJ, La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento, Salud Pública de México 2004; vol. 46(5): 417-424.
5. Campos-Arias A, Díaz CE, Cogollo Z, Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo, Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXV, No. 2, 2006, 167-183.
6. Vázquez PE, Fonseca CI, Padilla VJ, Pérez HM, Gómez RN, Diagnóstico de depresión con la escala de Birlestone en adolescentes con intento de suicidio y sanos, Bol. Clin. Hosp. Infant Edo. Son, 2005; 22 (2): 107-118.
7. Rosales CR, Nuño GB, Estados emocionales asociados a la ideación suicida en adolescentes escolares, Boletín Latinoamericano Adolescencia, Unidad de Investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente, Nueva época, No. 10, Guadalajara , Jalisco, México, Enero 2004, p 19.
8. Larraguibel QM, González MP, Martínez NV, Valenzuela GR, Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes, Rev. Chil. Pediatr, mayo 2000, vol.71, No.3, p. 183-191.
9. Viñas PF, Ballabriga MC, Doménech LIE, Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años, Písothema 2000. Vol. 12, no. 4, pp. 594-598.
10. Sánchez PR, Guzmán Y, Cáceres RH, Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes, Revista Colombiana de Psiquiatría, vol XXXIV, No. 1, 2005;p 12-25.
11. Caballero PV, La depresión un factor determinante en adolescentes con tendencias suicidas, Psicología Científica-www.psicologiacientifica.com.

12. Wasserman D, Cheng Q, Jian G, Estimación de la tasa global de suicidios entre jóvenes de 15 a 19 años, saludpublica.com, dic. 2005, 4 (2), pág. 114 y 120.
13. Jiménez TA, González FC, Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, Salud Mental, diciembre 2003, vol. 26, No. 6, pp 35-46, pp 35-46.
14. Valdivia M, Ebner D, Fierro V, Gajardo C, Miranda R, Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años, Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. V 39 (3): 211-218.
15. Díaz A, Prados CF, Ruíz VM, Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares, Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente, 2004; 4 (1); 10-19.
16. Peiponen S, Laukkanen, Coronen V, Lehtonen, La discapacidad laboral de las madres se asocia con depresión mayor entre los adolescentes, Eur.J.Psychiat. (Ed. Esp.) v. 16 n.3 Zaragoza jul-set.2002; p 168-173.
17. González FC, Construcciones culturales acerca del intento suicida en adolescentes, Boletín Latinoamericano Adolescencia, Unidad de investigación Epidemiológica y en servicios de salud del adolescente, Nueva época No. 10, Guadalajara Jalisco, México, Enero-junio 2004, p 18.
18. Botargues M., ¿Provocan los inhibidores de la recaptación de serotonina un aumento del riesgo de suicidio? Evidencia, Actualización en la práctica ambulatoria, marzo- abril 2006, vol. 9, no.2, p 56-57.
19. Gutiérrez R, De Irala J, Martínez GM, Efectos del cannabis sobre salud mental en jóvenes consumidores, Rev. Med. Univ. Navarra, vol. 50, No. 1, 2006.
20. Puentes RE, López NL, Martínez MT, La mortalidad por suicidios: México 1990-2001, Revista Panamericana de salud pública, vol. 16 (2), agosto 31, 2004; 102-109.
21. Toros F, Gamsiz BN, Bugdayci R, Sasmaz T, Kart O, Camdeviren H, Prevalencia de la depresión medida por CBDI en una población escolar predominantemente adolescente de Turquía, European psychiatry, 2004; 19 (5): 264-271.
22. Cova F, Aburto B, Sepúlveda MJ, Silva M, Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes, Psykhe v. 15, n. 1, 57-65.
23. Marcondes FW, Mezzaroba L, Turini C, Koike A, Motomatsu JA, Shibayama EM, et al, Tentativas de suicidio por sustancias químicas

en la adolescencia y la juventud, *Adolescencia latinoamericana*, nov. 2002, vol. 3, no. 2, p 0-0.

24. Royo J, Trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia, *Anales Sis San Navarra* 2002, vol. 25, suplemento 3, p. 97-103.
25. García JE, Peralta V., Suicidio y riesgo de suicidio, *Anales Sis San Navarra* 2002, vol. 25, suplemento 3, p. 87-96.
26. Sánchez LL, Intervención en crisis en casos de ideación suicida, *Boletín Latinoamericano Adolescencia, Unidad de Investigación Epidemiológica y en servicios de salud del adolescente, Nueva Época* No. 10 Guadalajara, Jalisco México Enero- junio 2004, p. 8-9.
27. Bobes J., Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M., Banco de instrumentos básicos para la práctica clínica de la psiquiatría clínica, *Ars Medica*, 3era. Edición, 2004; p 56 y 74.

A N E X O S

Inventario de Beck

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada una de las 21 preguntas. Encierre en un círculo el número de la que considere asemeja su situación actual.

1.- Estado de ánimo

- 2 Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- 0 No me encuentro triste
- 1 Me siento algo triste y deprimido
- 2 Ya no puedo soportar esta pena
- 3 Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2.- Pesimismo

- 1 Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- 2 Creo que nunca me recuperare de mis penas
- 0 No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- 1 No espero nada bueno de la vida
- 2 No espero nada. Esto no tiene remedio

3.- Sentimiento de fracaso

- 3 He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc)
- 1 He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- 2 Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- 0 No me considero fracasado
- 1 Veo mi vida llena de fracasos

4.- insatisfacción

- 2 Ya nada me llena
- 1 Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- 1 Ya no me divierte lo que antes me divertía
- 0 No estoy especialmente insatisfecho
- 3 Estoy harto de todo

5.- Sentimiento de culpa

- 1 A veces me siento despreciable y mala persona
- 2 Me siento bastante culpable
- 2 Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- 3 Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- 0 No me siento culpable

6.- Sentimientos de castigo

- 1 Presiento que algo malo me puede suceder
- 3 Siento que merezco ser castigado
- 0 No siento que este siendo castigado
- 2 Siendo que me están castigando o me castigaran
- 3 Quiero que me castiguen

7.- Odio a sí mismo

- 1 Estoy descontento conmigo mismo
- 1 No me aprecio
- 2 Me odio (me desprecio)
- 2 Estoy asqueado de mí
- 0 Estoy satisfecho de mí mismo

8.- Autoacusación

- 0 No creo ser peor que otros
- 2 Me acuso a sí mismo de todo lo que va mal
- 3 Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- 2 Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- 1 Me critico mucho a causa de mis habilidades y errores

9.- Impulsos suicidas

- 1 Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- 2 Siento que estaría mejor muerto
- 2 Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- 3 Tengo planes decididos de suicidarme
- 2 Me mataría si pudiera
- 0 No tengo pensamiento de hacerme daño

10.- Periodos de llanto

- 0 No lloro más de lo habitual
- 3 Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- 2 Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo
- 1 Ahora lloro más de lo normal

11.- Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que normalmente
- 1 Me irrito con más facilidad que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrita, ni lo que antes me irritaba

12.- Aislamiento social

- 3 He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en lo absoluto
- 1 Me intereso por la gente menos que antes
- 0 No he perdido el interés por los demás
- 2 He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13.- Indecisión

- 1 Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- 0 Tomo mis decisiones como siempre
- 3 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- 2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14.- Imagen corporal

- 1 Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- 3 Me siento feo y repulsivo
- 0 No me siento con peor aspecto que antes
- 2 Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15.- Capacidad laboral

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- 3 No puedo trabajar en nada
- 2 Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- 1 No trabajo tan bien como lo hacía antes

16.- Trastornos del sueño

- 0 Duermo tan bien como antes
- 1 Me despierto más cansado por la mañana
- 2 Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- 2 Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- 2 Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- 3 Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- 3 Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- 4 No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17.- Cansancio

- 1 Me canso más fácilmente que antes
- 2 Cualquier cosa que hago me fatiga
- 0 No me canso más de lo normal
- 3 Me canso tanto que no puedo hacer nada

18.- Pérdida de apetito

- 3 He perdido totalmente el apetito
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Mi apetito es ahora mucho menor
- 0 Tengo el mismo apetito de siempre

19.- Pérdida de peso

- 0 No he perdido peso últimamente
- 1 He perdido más de 2,5 kg
- 2 He perdido más de 5 kg
- 3 He perdido más de 7,5 kg

20.- Hipocondría

- 2 Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- 1 Estoy preocupado por dolores y trastornos
- 0 No me preocupa mi salud más de lo normal
- 3 Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21.- Libido

- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
- 3 He perdido todo mi interés por el sexo
- 2 Apenas me siento atraído sexualmente
- 0 No he notado ninguno cambio en mi atracción por el sexo

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Grado escolar: _____

Programa oportunidades _____

S S I

- 1.- Deseo de vivir
 - 0 Moderado a fuerte
 - 1 Débil
 - 2 Ninguno

- 2.- Deseo de morir
 - 0 Ninguno
 - 1 Débil
 - 2 Moderado a fuerte

- 3.- Razones de vivir / morir
 - 0 Porque seguir viviendo vale más que morir
 - 1 Aproximadamente iguales
 - 2 Porque la muerte vale más que seguir viviendo

- 4.- Deseo de intentar activamente el suicidio
 - 0 Ninguno
 - 1 Débil
 - 2 Moderado a fuerte

- 5.- Deseos pasivos de suicidios
 - 0 Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 - 1 Puede dejar de vivir / morir por casualidad
 - 2 Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

- 6.- Duración de la ideación
 - 0 Breve, periodos pasajeros
 - 1 Por amplios periodos de tiempo
 - 2 Continuo (crónico) o casi continuo

- 7.- Frecuencia del suicidio
 - 0 Raro, ocasional
 - 1 Intermitente
 - 2 Persistente o continuo

- 8.- actitud hacia la ideación / deseo (suicida)
 - 0 Rechazo
 - 1 Ambivalente, indiferente
 - 2 Aceptación

- 9.- Control sobre la actividad o deseo suicida
 - 0 Tiene sentido del control
 - 1 Inseguro
 - 2 No tiene sentido del control

- 10.- Motivos para no realizar un intento suicida
 - 0 puede o no intentarlo a causa de (familia, religión)
 - 1 Alguna preocupación sobre los medios que utilizaría para intentarlo
 - 2 Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

- 11.- Razones para el intento contemplado
- 0 Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 - 1 Combinación de 0 y 2
 - 2 Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
- 12.- Método (ha idealizado el método en que lo realizaría, lo ha planeado)
- 0 No considerado
 - 1 Considerado, pero detalles no calculados
 - 2 Detalles calculados / bien formulados
- 13.- Método (ha accesible de fácil disponibilidad, oportunidad)
- 0 Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 - 1 El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 - 2 Método y oportunidad accesible
 - 2 Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
- 14.- Sentido de “capacidad” para llevar adelante el intento
- 0 No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 - 1 Inseguridad sobre su valor
 - 2 Seguro de valor, capacidad
- 15.- Expectativas / que espera del intento actual
- 0 No
 - 1 Incierto
 - 2 Si
- 16.- Preparación actual (si tiene contemplado un intento)
- 0 Ninguna
 - 1 Parcial (empieza almacenar pastillas, etc.)
 - 2 Completa (tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
- 17.- Nota suicida
- 0 Ninguna
 - 1 Piensa sobre ella, esta empezada y no terminada
 - 2 La nota está terminada
- 18.- Actos finales en anticipación a la muerte (testamento, póliza de seguro)
- 0 Ninguno
 - 1 Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 - 2 Hace planes definitivos o termino los arreglos finales
- 19.- Engaño / encubrimiento del intento contemplado
- 0 Reveló las ideas abiertamente
 - 1 Frenó lo que estaba expresando
 - 2 Intento engañar, ocultar, mentir

Nombre:

Edad:

Sexo:

Grado Escolar:

Programa Oportunidades: