



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF N #1
“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”

**FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON SINTOMAS DEPRESIVOS
EN ADOLESCENTES DEL HGR CON MF N. 1 CUERNAVACA, MORELOS**

Número de registro SIRELCIS R-2020-1701-002

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSÉ EDGAR ESPINOSA PINEDA

ASESORES DE TESIS

Dr. Ricardo Castrejón Salgado
Dra. Nancy Elizabeth Juárez Huicochea
Dra. Zuleyma Mendieta Ávila
Dra. Blanca Ivett Franco Neri



CUERNAVACA, MORELOS.

FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CARTA DE APROBACION

28/1/2020

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1701.
H GRAL REGIONAL -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 18 CI 17 007 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 17 CEI 004 2018121

FECHA Martes, 28 de enero de 2020

Dra. NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOCHEA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DEL HGR CON MF No. 1 CUERNAVACA, MORELOS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2020-1701-002

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

ERIKA OSORNO DENIS
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1701


Imprimir

“FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DEL HGR CON MF N. 1 CUERNAVACA, MORELOS”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

JOSÉ EDGAR ESPINOSA PINEDA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR #1

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

DRA. GLADHIS RUÍZ CATALÁN
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSALBA MORALES JAIMES.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS

DR. RICARDO CASTREJON SALGADO
M. en C. MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.3
JIUTEPEC MORELOS

DRA. NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOCHEA
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA MÉDICA
HGR CON MF N.1
CUERNAVACA MORELOS

DRA. ZULEYMA MENDIETA AVILA
MEDICO RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR
HGR CON MF N.1
CUDERNAVACA MORELOS

DRA. BLANCA IVETT FRANCO NERI
MEDICO RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR
HGR CON MF N.1
CUDERNAVACA MORELOS

**“FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON SINTOMAS DEPRESIVOS
EN ADOLESCENTES DEL HGR CON MF N. 1 CUERNAVACA, MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

JOSÉ EDGAR ESPINOSA PINEDA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON SINTOMAS DEPRESIVOS
EN ADOLESCENTES DEL HGR CON MF N. 1 CUERNAVACA, MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALUMNO:

JOSÈ EDGAR ESPINOSA PINEDA

PRESIDENTE DEL JURADO

DRA. ALEJANDRA SANTILLAN GODÌNEZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HGR CON MF N.1 CUERNAVACA MORELOS

SECRETARIO DEL JURADO

DRA. MARLIZETH ROMAN SEDEÑO

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
HGR CON MF N.1 CUERNAVACA MORELOS

DR. RICARDO CASTREJON SALGADO

M. en C. MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.3
JIUTEPEC MORELOS

Agradecimientos:

A Dios,

nunca me has abandonado, siempre te manifiestas en mi vida y en mis proyectos profesionales.

Karina,

la mujer ejemplo de lealtad, que supo darme aliento y la fuerza necesaria cuando más lo he necesitado. Siempre presente con su luz en gran parte de mi vida.

Julio y Sahara,

mis hijos, mi mayor motivo de vida, felicidad y orgullo.

Catalina,

mi madre, muestra de humildad y amor. Todos mis triunfos te los dedico, son tuyos.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen.....	10
Introducción.....	11
1. Marco teórico.....	12
2. Justificación.....	22
3. Planteamiento del problema.....	23
4. Objetivos	
4.1 Objetivos generales.....	24
4.2 Objetivos específicos.....	24
5. Hipótesis de tesis.....	25
6. Materiales y métodos	
6.1 Diseño del estudio.....	26
6.2 Unidad de trabajo.....	26
6.3 Tiempo.....	26
6.4 Universo de trabajo.....	26
6.5 Cálculo del tamaño de la muestra.....	27
6.6 Técnica de muestreo.....	27
6.7 Recolección de datos.....	27
6.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	28
6.9 Descripción de variables.....	29
7.10 Descripción de las herramientas a utilizar.....	31
7.11 Plan de análisis estadístico.....	33
7. Aspectos éticos.....	34
8. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	38
9. Resultados.....	37
10. Discusión.....	43
11. Conclusiones.....	46
12. Referencias bibliográficas.....	47

13. Anexos

14.1 Anexo 1. Consentimiento informado.....	51
14.2 Anexo 2. Asentimiento informado.....	54
14.3 Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico.....	56
14.4 Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck.....	58
14.5 Anexo 5. Escala de depresión de Beck.....	60
14.6 Anexo 6. Cronograma de actividades.....	62

FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACION CON SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DEL HGR CON MF N. 1 CUERNAVACA, MORELOS

Resumen

Antecedentes. El suicidio en la adolescencia se sitúa como la tercera causa de muerte en este grupo de edad convirtiéndose en un importante problema de salud pública. Se sabe que es factor importante para este desenlace, el antecedente de ideación suicida y la presencia de factores, tales como: la sintomatología depresiva, baja autoestima y ansiedad. Considerando que la sintomatología depresiva predice a una conducta antisocial, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; y que actúa como factor de riesgo para el desarrollo de cualquier otro tipo de psicopatología. **Objetivo.**

Se determinó la frecuencia de ideación suicida y su relación con síntomas depresivos en adolescentes derechohabientes del HGR con MF No. 1 Cuernavaca, Morelos.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional tipo transversal, analítico, con técnica de muestreo no probabilístico a conveniencia en 267 adolescentes de 12 a 17 años, de la consulta externa de medicina familiar del H.G.R. c/MF No.1. Se utilizaron los cuestionarios de ideación suicida de Beck y la escala de depresión de Beck. Para el análisis se descriptivo se utilizó frecuencias y porcentajes para variables cualitativas. Para la relación de variables se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi cuadrada o exacta de Fisher, según correspondió. Además de un análisis de asociación mediante regresión logística para evaluar la fuerza de asociación entre las variables de ideación suicida con las categorías de sintomatología depresiva ajustada por principales variables confusoras. **Resultados.** Se encontró que la asociación entre las variables ideación y síntomas depresivos presentaron un OR de 12.86 (IC95% 4.36, 34.19) posibilidad de tener ideación suicida en comparación con aquellos sin síntomas depresivos. Adolescentes con síntomas depresivos de moderados a severos presentaron un OR de 60.69 (IC 95% 21.32, 172.76) veces más posibilidades de tener ideación suicida en comparación con los que no tiene síntomas depresivos.

Conclusiones. Se encontró que los adolescentes con algún grado de síntoma depresivo presentan mayor riesgo de presentar una ideación suicida.

Palabras clave: *suicidio, conducta suicida, ideación suicida, depresión.*

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública, que ocupa una de las primeras veinte causas de muerte en el mundo, y es una de las tres primeras causas de muerte para la población entre 12 y 19 años. La problemática del suicidio no implica ver solo el número de defunciones anuales, si no incluir la identificación de la ideación suicida con la finalidad de frenar la problemática del suicidio.

Hasta el momento los diversos sistemas salud no han logrado proporcionar una ayuda eficiente y oportuna por no contar con algún programa para salud mental, que traté la salud sobre todo de los adolescentes, haciendo el hincapié en que los suicidios pueden ser prevenibles ante la detección de la ideación suicida.

La depresión en los adolescentes es un problema de salud grave, que ocasiona pérdida de interés, provocando que el adolescente piense y se comporte de manera distinta, provocando problemas emocionales, funcionales y físicos. La depresión en el adolescente no se manifiesta de manera común, sin embargo es algo que puede tener consecuencias graves y que requiere tratamientos de largo plazo.

Se conoce que la depresión aumenta el riesgo de presentar ideación suicida y en lo peor de los casos intento o suicidio consumado.

Por ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido recomendaciones para detectar y frenar las tasas de suicidio, esperando que este año se reduzcan hasta en un 20%.

Sin embargo, podemos notar que no solo en el estado, sino a nivel nacional, no se cuentan con programas de salud mental, sabiendo que el no gozar de ella no solo frenada una adolescencia satisfactoria, sino que repercutirá en una adultez sana.

1. Marco teórico

1.1 Definición de suicidio y su papel como problema de salud

La palabra suicidio proviene del latín “*sui y occidere*”, que define a la palabra como el hecho de matarse a sí mismo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1976 al notar que el suicidio era un problema de salud pública que iba en incremento decidió definir al suicidio de la siguiente manera: “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (2).

En septiembre del 2019 la OMS informó que cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, que por cada suicidio existen hasta 20 intentos suicidas, que ocurre cada 40 segundos una muerte por suicidio, que un intento de suicidio no consumado es el principal factor de riesgo para lograr la muerte, siendo en el 2016 la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, haciendo a este un problema de salud pública, siendo prevenible mediante intervenciones oportunas con un bajo costo (3).

Mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en el grupo de edad entre 15 a 19 años, siendo considerada en muchos países la primera o segunda causa de muerte tanto en hombres como en mujeres, siendo el primer grupo mencionado los que predominan en este grupo (4).

1.2 Definición de comportamiento suicida

Previo al suicidio se ha identificado a la conocida conducta suicida que incluye a todos los comportamientos que pueden llevar al individuo a causar su propia muerte de manera voluntaria (5). Estos comportamientos incluyen al pensamiento suicida (ideación suicida), que se refiere a todos aquellos pensamientos de querer quitarse la vida; a la planeación suicida en donde la persona considera y prepara la forma de morir, al intento suicida que incluye como tal la intención de causar la propia y al suicidio propiamente dicho, ya definido como el acto de matarse a sí mismo (5,6).

1.3 Definición de ideación suicida

Como se mencionó en párrafos anteriores el suicidio es el acto de quitarse la vida; se sabe que la ideación suicida, es un marcador de vulnerabilidad que incluso puede desencadenar el intento de suicidio, que podría llevar al individuo a la muerte (1,7).

La ideación suicida se define como como todos aquellos pensamientos de quitarse la vida, pudiendo o no ocurrir ya una planeación o método para morir. Estos pensamientos pueden expresarse de forma verbal o no verbal, llevando esto a la importancia de la detección de esta conducta sobre todo en los grupos vulnerables como ocurre en la etapa de la adolescencia (7).

1.4 Epidemiología del suicidio y la ideación suicida

En el mundo la OMS registró en el año 2012 un total de 804 000 muertes relacionadas al suicidio, siendo la segunda causa de muerte en adolescentes (8). En América la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2014 registró 65 000 defunciones por suicidio, siendo la tercera causa de muerte entre los adolescentes (9). En México el INEGI en el año 2013 registró un total 5 909 suicidios, reportándose como la cuarta causa de muerte en las edades entre 15 y 29 años (10).

Se conoce que la prevalencia de ideación suicida es mayor en adolescentes en el grupo de edad entre 12 a 17 años y va disminuyendo para el grupo de 18 a 29 años y luego de 30 a 65 años. Siendo más clara esta disminución en mujeres y es menos marcada en hombres (4).

Estimar la prevalencia de ideación suicida es algo complejo, ya que los servicios de salud permiten conocer los datos de suicidio por los certificados de defunción que se extienden a lo largo de los años; sin embargo, a través de estudios mundiales y nacionales podemos estimar una prevalencia de ideación suicida (11). Dentro de estos podemos mencionar a Sampasa-Kanyanga el cual en el 2015 en un estudio realizado en Canadá encontró que en adolescentes de 11 a 20 años existió una prevalencia de ideación suicida del 10% (12). Boeninger DK en el 2010 en Estado

Unidos reportó una prevalencia del 36.1% de ideación suicida en adolescentes de 11 a 19 años (13). Toprak S. en Brasil en el año 2006 al estudiar adolescentes de 11 a 15 años encontró una prevalencia de 11.4% para ideación suicida con un 7.1% de intento suicida (14).

En México Pérez-Amezcuca en el año 2010 estudio la prevalencia de ideación suicida en escuelas del país a través de la escala de Okasha para ideación e intento suicida encontrando una prevalencia de ideación suicida del 47% y 9 % para intento suicida (15). Por su parte Boger G. en ese mismo año a través de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) en adolescentes de 12 a 17 años reportó una prevalencia de ideación suicida fue del 10.1%, 1.19% para planeación y 1.09% para intento suicida (15). En el año 2017 Benjet C. en adolescentes de 12 a 17 años a través del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV por sus siglas en inglés DSM IV encontró una prevalencia de 13.3% de ideación suicida y 4.8% planeación, encontrando que el consumo de tabaco era un predictor positivo para desencadenar conducta suicida en los adolescentes (16).

Por último, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) reportó que la epidemiología de la conducta suicida en México en ese año fue del 2.3% para ideación suicida, que el 0.8% mostró planeación suicida y el 0.7% refirió intento suicida en personas de 12 a 35 años, con mayor frecuencia en mujeres (17).

1.5 Factores de riesgo para ideación suicida

La OMS y la OPS han identificado factores que aumentan o disminuyen el riesgo suicida siendo esto de gran importancia por la estrecha relación que guardan con la conducta (18). El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes. Estas organizaciones clasifican a los factores de riesgo como no modificables y modificables (7,19).

En el primer caso podemos mencionar el sexo, sabiendo que el suicidio es más frecuente y letal en el hombre, la presencia de una discapacidad física que condiciona

perdida de la movilidad o incluso enfermedades crónicas que producen dolor, además de factores genéticos con relación a antecedente de familiares cercanos con conducta suicida y suicidio (5). Los factores de riesgo modificables incluye a todos aquellos factores sociales (redes de apoyo familiar o social bajos), factores psicológicos y psicopatológicos y que como su nombre lo dice pueden modificarse clínicamente, es por ellos la importancia de conocer estos factores, ya que dentro de los psicológicos encontramos condiciones como la depresión considerada como la patología más relacionada con la ideación suicida que acorde a diversas investigaciones cerca del 80% de los que logran suicidarse presentaron síntomas depresivos previos (19) .

1.6 Prevención del suicidio y la conducta suicida

El día mundial para la prevención del suicidio, organizado por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (AIPS), se celebra a nivel mundial el 10 de septiembre de cada año. Se sabe que la OMS y la OPS a través de la primera, cuentan con programas para la reducción de esta condición para el año 2020, sin embargo, pocos clínicos conocen las estrategias de dichas organizaciones, las cuales están encaminadas a la prevención con la finalidad de contrarrestar factores de riesgo, porque como se mencionó en párrafos previos la suma de factores de riesgo proporcionalmente aumenta el riesgo al suicidio (20).

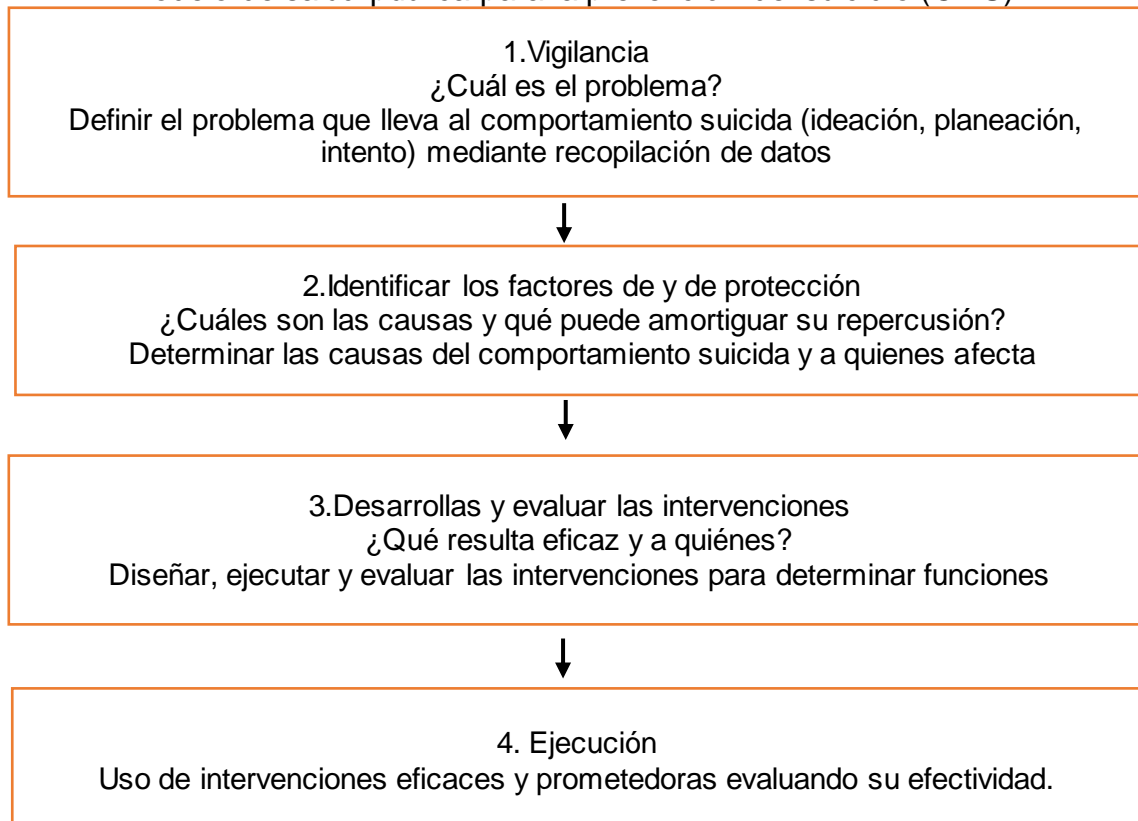
Estas estrategias están diseñadas para aplicarse en todas las poblaciones, buscando promover el acceso a la atención de la salud, fomentando acciones de prevención en salud mental, reduciendo el consumo de sustancias nocivas como es el alcohol, limitando el acceso a medios utilizables para suicidarse y promoviendo información responsable por parte de los medios de difusión. Siendo dirigidas en primer lugar a los grupos vulnerables que presentar mayor riesgo al suicidio como es el caso de los adolescentes, mediante acciones de intervención diversas que van desde la identificación y manejo de problemas de salud mental y en aquellos con uso de sustancias (9,20).

En el primer nivel de atención en conjunto con la prevención primaria se incluyen estrategias el fortalecimiento de factores protectores como son las redes de apoyo

primarias y secundarias aplicables en nuestra institución, con la finalidad de amortiguar situaciones estresantes en grupos con vulnerabilidad (21).

La situación actual en la prevención del suicidio ha logrado políticas para estas estrategias en más de 28 países , estableciendo en ellos unidades de investigación sobre el tema, impartándose cursos académicos centrados en el suicidio y su prevención, para poder desarrollar actitudes para mejorar la evaluación y manejo de los comportamientos suicidas, creándose en estos lugares grupos de apoyo mutuo entre los que ya presentaron condiciones de comportamientos suicidas y voluntarios capacitados, permitiendo incluso apoyo a personas con ideación suicida o comportamiento suicida por línea o por teléfono. Terminando este espacio que la identificación de los factores o causas para el comportamiento suicida procedan a la aplicación de una intervención siendo esta ultima la clase para tratar este problema (ver siguiente figura) (21).

Modelo de salud pública para la prevención del suicidio (OMS)



1.7 Definición de depresión

La OMS define a la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, síntomas de culpa o falta de autoestima, que pueden incluir trastornos del sueño y apetito, con cansancio y falta de concentración, con el riesgo de convertirse en una enfermedad crónica y recurrente que en edades jóvenes como el caso de los adolescentes puede dificultar el desempeño de sus actividades escolares y en personas en edad productiva dificultad para el desempeño de su trabajo (22).

La depresión es un trastorno mental muy frecuente, que afecta según cifras de OMS a más de 300 millones de personas, siendo la principal causa a nivel mundial de discapacidad, que tiene predisposición a presentarse en el sexo femenino y que en el peor de los casos puede llevar al suicidio. La depresión es una condición de salud mental que puede llevar un tratamiento eficaz que puede permitir a la persona a sentirse nuevamente amada por otros y despertar de nuevo el interés por su entorno, sin embargo, la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe estos tratamientos, ya que aún existe obstáculos para una atención eficaz con barreras que no permiten una evaluación clínica exacta para esta enfermedad condicionando un tratamiento erróneo y con ello la escasa recuperación (22).

Es importante conocer que la depresión se clasifica en episodios depresivos leves, moderados o graves. En las personas que presentan episodios leves tendrán dificultades para seguir sus actividades laborales y sociales habituales pero que no compromete la suspensión completa de estas actividades, pero en aquellas que presentes episodios depresivos graves tendrán grandes limitaciones para el desempeño de todas sus actividades y que cuando alguno de estos no se trata adecuadamente condicionará trastornos depresivos recurrentes caracterizado por episodios repetidos de depresión con una duración no menor a dos semanas (23).

La importancia de detectar factores sociales, psicológicos y biológicos es de suma importancia ya que la identificación e interacción entre estos contribuye al diagnóstico de depresión (22).

Por último, el tratamiento oportuno mediante terapias, el uso de medicamentos antidepresivos y las intervenciones dirigidas no solo a la persona con depresión, si no incluyente a su entorno y personas que los rodean mejora los resultados en el tratamiento de depresión, reduciendo resultados incapacitantes y fatales como la muerte (22,23).

Del mismo modo a lo que ocurre con el suicidio la OMS ha elaborado también estrategias de intervención para tratar la depresión, que poder incluso utilizados por profesionales o no de la salud por lo que el primer nivel de atención puede llevar un tamizaje oportuno en las personas que acuden a atención médica (22).

1.8 Definición de adolescencia

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo durante la segunda década de vida, formando un periodo único en el ciclo vital de todos, ya que durante este periodo se prepara al adolescente para su vida adulta con cambios no solo física y el desarrollo sexual, sino en experiencias para la transición hacia la independencia (24).

La OMS define a la adolescencia como el periodo transcurrido entre los 10 y 19 años, clasificándola en dos fases (23). La primera la adolescencia temprana que va entre los 12 y 14 años de edad donde se presentan los principales cambios físicos, con el desarrollo de los órganos sexuales, con el crecimiento acelerado no solo hormonal, si no también neurológico con del desarrollo acelerado del lóbulo frontal que condiciona que actual con mayor impulsividad, miedos y dudas; la segunda la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años, en esta etapa los cambios físicos y sexuales más importantes ya se han presentado, pero el cerebro continua reorganizándose, pero actual de forma más reflexiva. Sin embargo, esta etapa no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y grupales de cada joven (24,25).

1.9 Marco referencial. Antecedentes entre ideación suicida y depresión

Algunas investigaciones en población de adolescentes mexicanos han estimado prevalencias que oscilan en un rango de 10% (11) hasta un 47% (16) y

específicamente una investigación realizada por Pérez-Amezcu B *et al.* reportó una prevalencia del 52% en adolescentes morelenses (15).

Astocondo AJ *et al.* (2019) en su estudio llamado “Influencia de la depresión en la ideación suicida”, en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Ucayali en Perú, mediante la aplicación de la Escala modificada de Beck y la Escala modificada de Birleson para estudiar la variables depresión en sus grados leves, moderado y severo e ideación suicida alta, moderada y grave además de la aplicación de una encuesta sociodemográfica mediante un estudio descriptivo para obtención de porcentajes y frecuencias y una estadística analítica mediante la prueba chi cuadrada para la relación de variables entre depresión versus ideación suicida con una significancia estadística de $p < 0.05$; encontraron que de los 431 encuestados el 57% (246) correspondió al sexo femenino, con una mediana de edad de 19 años, que el 42.3% presentó síntomas depresivos y el 15% tenía ideación suicida media-alta; con una asociación con valor $p < 0.01$ entre la ideación suicida y la depresión, además de que aquellos estudiantes que tuvieron depresión también tuvieron más frecuencia de tener ideas suicidas de grado medio y alto (RM: 7.1; IC 95%: 3.8-13.2), concluyendo que existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la ideación suicida media–alta (26).

Narváez-Sánchez Y *et al.* (2017) mediante su estudio “Depresión e ideación suicida en jóvenes de educación media y superior en Tabasco” con el objetivo de identificar la relación entre estados depresivos e ideación suicida en 129 adolescentes de 15 a 19 años con un enfoque cuantitativo, un diseño de tipo descriptivo correlacional de tipo transversal, mediante la aplicación de la Escala de depresión de Beck y la Escala de ideación suicida de Beck, obtuvo el 54.3% (70) fueron del sexo femenino, la edad que predominó en un 40.3% (52) fue 16 años, que el 90.7% (117) eran estudiantes y no trabajaban, el 76% (87) reportaron como religión la católica y que el 67.4% (87) vivía con ambos padres; en lo que respecta a la ideación suicida los resultados mostraron una prevalencia de ideación suicida de 9.1% (9) y el análisis de correlación confirmó que existe relaciones estadísticamente significativas entre las dos variables de estudio; observando una correlación negativa significativa de la

variable depresión con la ideación suicida ($r=-.219$; $p=0,05$); y relaciones positivas significativas con género ($r=.184$; $p=0.05$), concluyendo que existe una relación negativa significativa entre los estados depresivos y la presencia de ideación suicida en estudiantes (27).

Borges G *et al.* (2016) en su publicación “Ideación suicida y su comportamiento en México: ENCODAT 2016, con el objetivo de actualizar información sobre la prevalencia de ideación suicida y su asociación con factores sociodemográficos, así como la prevalencia de planeación e intento suicida, a través de una encuesta transversal realizada en el año 2016 a 56 877 personas entre 12 a 65 años en áreas rurales, urbanas y metropolitanas de la República mexicana encontró que la prevalencia de ideación suicida en los últimos 12 meses fue del 2.3% y que el 0.7% presentó al menos un intento suicida, siendo 2 veces más común en mujeres para ideación y planeación para personas entre 60 a 65 años; concluyendo que a pesar de los programas por la OMS, la OPS y las Asociaciones para la prevención del suicidio aún se necesitan con urgencias medidas de salud pública para disminuir y tratar el comportamiento suicida en todo el país (ideación, planeación e intento suicida) (28).

Siabato ME *et al.* (2016) con el título “Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de Adolescente”, con el objetivo de estimar la asociación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes, mediante la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) en 289 adolescentes escolarizados de 14 a 17 años, obtuvieron que el 30% de los participantes presentaron un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportaron síntomas depresivos, hallándose puntuaciones más altas en el sexo femenino encontraron relaciones significativas entre ideación suicida y ánimo negativo ($r= 0.43$, $p < 0.000$), el análisis de regresión logística mostró como factores predictores de ideación suicida en mujeres, el ánimo negativo y la autoestima negativa, mientras en los hombres no se identificó ningún factor predictor; concluyendo que los síntomas depresivos relacionados con estado de

ánimo y autoestima negativa son factores de riesgo relevantes asociados con la conducta suicida en adolescentes (29).

Ceballos-Ospino GA *et al.* (2015) realizaron un estudio no experimental, descriptivo, transversal tipo correlacional con el título “Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes”, con el objetivo de establecer la relación existente entre depresión, autoestima e ideación suicida en estudiantes adolescentes mediante la aplicación del Inventario de depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de ideación suicida de Beck y la aplicación de un cuestionario sociodemográfico a 739 adolescentes de 15 a 19 años; obtuvieron que la depresión predominó en el sexo femenino en un 57%, además de que señalaron una relación significativa entre la depresión e ideación suicida ($p < 0,000$), concluyendo que la presencia para la sintomatología depresiva fue del 16%, de 25% para la ideación suicida y existiendo una relación estadísticamente significativa entre depresión e ideación suicida (30).

Pérez- Amezcua B *et al.* (2010) por medio de un estudio epidemiológico de tipo transversal, con el objetivo de determinar factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana (México) en 12 424 adolescentes de escuelas públicas, encontró una prevalencia de ideación suicida del 47% y un 9 % para intento suicida, además reportó que los factores asociados a la conducta suicida fueron la poca confianza en la comunicación hacia los padres, el antecedente del abuso sexual, la sintomatología depresiva, el consumo del tabaco y alcohol y en las mujeres el haber tenido relaciones sexuales, concluyendo que estos factores se relacionaban con altas tasas de ideación suicida (15).

2. Justificación

En la actualidad el suicidio en jóvenes se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Datos de la OMS, lo posiciona como la segunda causa de muerte violenta entre jóvenes de 15 a 29 años de edad; mientras que América Latina se ubica dentro de las tres primeras causas de muerte en el grupo de los 10 a 25 años. En México se estima que 4 de cada 10 muertes en jóvenes de entre 15 a 29 años es por suicidio. El estudio de la ideación suicida cobra cada vez mayor importancia debido a que se considera uno de los principales predictores para llegar al suicidio consumado. La ideación suicida se considera como un evento multicausal, donde intervienen múltiples factores, tales como: patologías psiquiátricas; desórdenes depresivos, abuso de sustancias y desórdenes conductuales; factores psicológicos como impulsividad, desesperanza y baja autoestima; factores ambientales incluyendo contexto familiar, características del entorno escolar, todo esto puede desencadenar una ideación suicida, llegando a culminar si no es detectado a tiempo, en suicidio.

Por otra parte, se conoce que la adolescencia por sí sola, representa una etapa compleja y llena de dificultades. Aunado a eso, es en esta transición de la niñez a la adultez donde se enfrentan grandes cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales; mismos que, dependiendo de la adaptabilidad o labilidad de quien la cursa, tendrá un impacto positivo o negativo en su camino hacia la madurez. Típicamente el adolescente tiene que lidiar con situaciones que lo colocan ante mucho estrés, tales como problemas psicosociales, relaciones interpersonales, vida sexual, mayor responsabilidad social y académica, desarrollo de un sentido de identidad, necesidad de autonomía, rechazo a la autoridad de los padres, entre otros. Estos eventos críticos pueden provocar en él, si no son manejados y asimilados adecuadamente, síntomas depresivos o conductas suicidas por la incapacidad de enfrentar estos cambios propios de esta etapa de la vida.

Por lo que es necesario generar investigación que abone a la toma de decisiones sobre programas que orienten a población vulnerable y se tomen medidas preventivas con enfoque en grupos de riesgo como los adolescentes y puedan recibir atención multidisciplinaria en caso de detección temprana de algún síntoma depresivo, o de ideación suicida, y con esto poder evitar llegar a que consuman el suicidio.

3. Planteamiento del problema

El suicidio es un problema de salud pública y en las últimas décadas ha tenido un incremento considerable a nivel mundial, sin que México sea la excepción. Este tiene un fuerte impacto no solo a nivel individual sino también en el ámbito familiar. Por lo que el conocimiento de las conductas suicidas previas es de vital importancia para poder generar estrategias que prevengan el suicidio en los adolescentes.

Se sabe que la adolescencia es un periodo crítico a lo largo de la vida, no solo por cambios físicos y hormonales, así como aumento en sus responsabilidades para llegar a la adultez, y de no ser capaces de sobrellevarlo puede llegar a desarrollar alguna psicopatología como la depresión, ansiedad, esto volviéndolos más vulnerables a presentar ideación suicida pudiendo llegar a cometer el suicidio. Se ha visto los problemas de salud mental se desarrollan entre los 12 y 14 años de edad, pero la mayoría de estos no son detectados y por lo tanto no son tratados, lo que crea jóvenes y adultos vulnerables a depresión e ideación suicida. Lo anterior, lleva a plantear la siguiente pregunta de investigación:

3.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de ideación suicida y su relación con los síntomas depresivos en los adolescentes de 12 a 17 años del HGR con MF N.1 Cuernavaca, Morelos?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

- Determinar la frecuencia de ideación suicida y su relación con los síntomas depresivos en adolescentes derechohabientes del HGR con MF No. 1 Cuernavaca, Morelos.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a los participantes de acuerdo a sus condiciones sociodemográficas y clínicas.
- Conocer la frecuencia de ideación suicida en los adolescentes adscritos al HGR con MF No.1, a través de escala de ideación suicida de Beck.
- Conocer la frecuencia de los síntomas depresivos en los adolescentes adscritos al HGR con MF No.1 por medio del inventario de depresión de Beck.

5. Hipótesis

Con base en la literatura consultada, para este estudio esperamos encontrar una prevalencia que oscile ente 10 a 47% de ideación suicida. Asimismo, se espera encontrar relación de riesgo de aproximadamente una Razón Momios de 7.1 tal como se especifica en el marco referencial, entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes adscritos al HGR con MF No. 1 de Cuernavaca Morelos.

6. Material y métodos

6.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio con diseño transversal, observacional, analítico.

6.2 Unidad de trabajo

Consulta externa de Medicina Familiar del HGR con MF N.1 en Cuernavaca, Morelos

6.3 Tiempo

La totalidad del estudio desde su conceptualización hasta la defensa de tesis se realizó en el periodo de marzo 2019 a febrero 2020.

Cabe señalar que la recolección de los datos, se realizó estrictamente previa obtención del registro ante los comités de Ética e Investigación 1701.

6.4 Universo del Trabajo

Derechohabientes adolescentes entre 12 y 17 años, adscritos al H. G. R. con Medicina Familiar No. 1 que aceptaron participar, bajo consentimiento informado por parte de los padres/madres o tutores y el asentimiento de los adolescentes, previa explicación e información detallada del presente estudio y su finalidad.

6.5 Muestra

Se empleó una fórmula de estimación para una proporción y población infinita.

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Tamaño de muestra total= 267

Zα= 1.96	95%	Nivel de confianza o seguridad del estudio
p	50% (0.52)	Proporción esperada. De acuerdo a la Prevalencia obtenida por Pérez Amezcua, et al, en Adolescentes morelenses
q	1-p	1-0.52 = 0.48
d	6%	Precisión o margen de error

6.6 Técnica de muestreo: No probabilística. Por conveniencia

6.7 Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo en la consulta externa del HGR con MF no. 1, Cuernavaca Morelos. En ambos turnos matutino y vespertino realizando el levantamiento de los datos a todos aquellos derechohabientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron su participación voluntaria en este estudio previa firma de consentimiento informado por parte del padre/madre o tutor (anexo 1) y firma de asentimiento informado del adolescente (anexo 2). Las encuestas se llevaron a cabo con la debida confidencialidad, se aplicó un cuestionario sociodemográfico (anexo 3) así como la escala de ideación suicida de Beck (anexo 4) y el inventario de depresión de Beck (anexo 5), para medir ideación suicida y la sintomatología depresiva respectivamente.

Se consideró un área específica lo más cómodamente posible para que los pacientes entrevistados pudieran contestar libremente. El tiempo aproximado del llenado fue de 30 minutos y el investigador responsable estuvo al pendiente de brindar los elementos necesarios para llevar a cabo esta recolección de forma óptima.

6.8 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

6.8.1 Criterios de Inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres entre 12 y 17 años
- Derechohabientes del IMSS H.G.R. con Medicina Familiar No. 1
- Aceptación voluntaria por parte de los padres e hijos previa firma de consentimiento informado por los padres o tutores y asentimiento informado por parte del adolescente, previo deseo a participar en la investigación.

6.8.2 Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que se encuentren bajo tratamiento farmacológico debido a alguna patología psiquiátrica o neurológica

6.8.3 Criterios de Eliminación:

- No contestar por completo cualquier instrumento de medición.

6.9 Descripción de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Codificación
Ideación suicida	Se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetidos sobre la muerte auto-infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.	Escala de ideación suicida de Beck. Se mide una escala de 19 ítems: ideación suicida los reactivos 4 y 5 cuando ambos reactivos el puntaje sea cero se considera sin ideación suicida y cuando sea diferente a cero se considera ideación suicida.	Dependiente	Cuantitativa discreta que se re-escalará a cualitativa nominal, dicotómica	0: sin ideación 1: con ideación
Síntomas depresivos	Desorden mental caracterizado por largos periodos de tristeza, afectando la conducta, así como, la manera de pensar del individuo.	Inventario de depresión de Beck. Sin depresión 0 a 9 puntos, depresión leve de 10 a 16 puntos, depresión moderada de 17 a 29 puntos y depresión severa de 30 a 69 puntos.	Independiente	Cuantitativa discreta que se re-escalará a cualitativa ordinal	0: sin sintomatología depresiva. 1: síntomas leves 2: síntomas moderados 3: síntomas severos
Sexo	Condición fisiológica que distingue hombre de mujeres.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Hombre 1: Mujer
Edad (años)	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cuantitativa continua	Años
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa ordinal	0: Analfabeta 1: Primaria 2: Secundaria

	escuela para estudiar y recibir enseñanza.				3: Nivel Medio 4: Otro
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Soltero 1: Casado 2: Unión libre 3: Otro
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Ninguno 1: Católico 2: Testigo de Jehová 3: Cristiano 4: Otro
Consumo de tabaco	Se define como la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes, la nicotina.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: No 1: Si
Consumo de alcohol	Padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir <i>alcohol</i> , de forma que existe una dependencia física del mismo.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: No 1: Si
Ocupación	El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer .	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: Estudiante 1: Empleado 2: Ambas
Hijos	Descendiente directo de un animal o de una persona. Los hijos pueden ser biológicos o fruto de la adopción.	Cuestionario sociodemográfico	Covariable	Cualitativa nominal	0: No 1: Si

6.10 Instrumentos de evaluación

6.10.1 Escala de ideación suicida de Beck.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB) no tiene como finalidad predecir el intento suicida, pero ayuda a valorar la intensidad del deseo de suicidarse, es decir, tiene la capacidad de valorar la ideación suicida, permitiendo conocer si el sujeto corre riesgo de suicidarse. Por lo que este constructo permitirá saber si tiene o no la idea de hacerlo, detectarlo de forma oportuna y evitar el suicidio proporcionándole al paciente con detección de ideación un tratamiento adecuado (31).

El constructo ha sido diseñado con la finalidad de poder cuantificar y evaluar la ideación suicida de forma consiente, así como poner una balanza entre el pensamiento suicida y deseo de auto destructividad (31).

De forma teórica la Escala de Ideación Suicida definida por Beck, Kavac y Weissman en el año 1979, fue elaborada con la finalidad de valorar deseos y planes para cometer un suicidio sin haber realizado un intento, fue originalmente elaborado de 21 reactivos, reportando cuatro factores, organizándose los reactivos de la siguiente manera:

1. Características de las actitudes hacia la vida/muerte, correspondiente a los reactivos del 1 al 5.
2. Características de los pensamientos/deseos de suicidio, mediante los reactivos 6 al 11.
3. Características del intento de suicidio, de los reactivos del 11 al 15.
4. Actualización del intento del 16 al 21

En países como Estados Unidos la escala de ideación suicida, ha sido utilizada desde el ámbito de pacientes psiquiátricos hospitalizados, así como en el contexto ambulatorio, así como en adolescentes y estudiantes mexicanos (32).

En México la escala consta de 19 reactivos que se aplican a través de una entrevista clínica semiestructurada, la cual a través de los reactivos mide la intensidad de las actitudes, conducta y planes específicos para suicidarse (31).

Cada reactivo tiene 3 opciones, el rango valor va del 0 al 2, siendo cada puntaje sumado para obtener un puntaje global, y cuyo rango oscila de 0 a 38 puntos. En caso de que la puntuación de los reactivos “deseo de intentar suicidarse” e “intento pasivo de suicidarse” es igual a 0, se omiten las subsiguientes secciones, suspendiéndose la entrevista y codificándose como “No Aplicable”, es decir no se cuenta con ideación suicida, de lo contrario se continuara aplicándose la entrevista clínica (31).

Díaz MA (2010, México), evaluó la validez interna de las características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck, al someter 19 de los 21 reactivos de la escala (debido a que los últimos 2 reactivos no se califican, ya que miden la severidad y número de intentos previos de suicidarse) a un análisis de confiabilidad obteniendo una coeficiente de alfa de Cronbach de 0.84, teniendo este la validez suficiente para su uso en México (31).

6.10.2 Inventario de depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck (BDI), desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (33) .

La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la sintomatología de gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes 12 años o más de edad. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993) (33,34).

Cuenta con una sensibilidad de 88.2% y una especificidad de 92.1% con un alfa de Cronbach de 0.87; las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-9 sin depresión; 10-16 depresión leve; 17-29 depresión moderada; y 30-63 depresión grave (33).

6.11 Plan de análisis.

6.11.1 Análisis estadístico

Posterior a la recolección de los datos, se realizó la captura de la información obtenida en Microsoft Excel 2016 para generar la base de datos y posteriormente, exportará al programa estadístico Stata versión 14.0; mediante el cual se realizaron todos los análisis estadísticos comenzando con la limpieza de base de datos.

6.11.2 Análisis descriptivo

Se utilizó estadística descriptiva se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se evaluaron criterios de normalidad gráfica y estadística para expresar los resultados según la distribución de las variables. Asimismo, se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas.

6.11.3 Análisis bivariado

Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrada o exacta de Fisher, según correspondió, de acuerdo a las frecuencias esperadas menores de 5 en cada celda, para la relación de variables categóricas y se utilizará la prueba de T test o Wilcoxon para variables cuantitativas, según su distribución de normalidad. Se tomó un valor de significancia estadística de $p < 0.05$

6.11.4 Análisis de asociación

Se ajustó un modelo de regresión logística para evaluar la fuerza de asociación entre las variables de ideación suicida (variable dependiente) con las categorías de sintomatología depresiva ajustado por principales variables confusoras.

7. Aspectos éticos

Este protocolo se realizó acorde a los lineamientos internacionales para realizar investigación clínica en seres humanos dentro de los cuales se encuentran:

Informe Belmont

Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Entre los principios éticos básicos que incluyen sujetos humanos se establecen: *Respeto* a las Personas. Incluye que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos. *Beneficencia*. En este sentido se han formulado dos reglas generales: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. *Justicia*. Se refiere que a cada quien lo que se merece.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki principios éticos que sirven para orientar a los médicos e investigadores que realizan investigación médica en seres humanos vincula al médico con “velar ante todo por la salud del paciente”, además del Código Internacional de Ética Médica. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Bases legales

De acuerdo al artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud en materia de Investigación en Salud es una Investigación riesgo menor al mínimo, ya que al considerarse temas de salud mental y dada la naturaleza sensible de algunas preguntas, podría generar la modificación no intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Como parte del proceso de esta investigación, y dado que se abordan temas sensibles de salud mental en adolescentes, los investigadores se comprometieron a contactar vía telefónica a todos los participantes y a sus padre, madre o tutores para que acudieran al área de consulta externa (previa cita con alguno de los investigadores) por los resultados de su participación, los cuales se les entregaron en un sobre sellado a los padres con el resultado de las escalas realizadas a sus hijos; con la salvedad de que en aquellos, en los cuales se identifique que cursaron (en los últimos 12 meses) con ideación suicida o con algún grado de sintomatología depresiva, se les gestionó una cita con su médico familiar. Cabe mencionar que se contó con el apoyo de la médica psiquiatra investigadora responsable de este proyecto quien en todo momento estuvo al pendiente para brindar atención médica a todo aquel adolescente que requiera una valoración de urgencia o prioritaria para garantizar la salud mental de los adolescentes.

Este protocolo fue sometido para su evaluación y aprobación por el Comité de ética de investigación en Salud y el Comité de Investigación en Salud 1701 y no se realizó ningún procedimiento hasta que se obtuvo el registro correspondiente.

8. Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos:

- Investigadores

Recursos materiales:

- Cuestionarios (Hoja recolectora de datos)
- Copias fotostáticas
- Computadora
- Paquete básico de Office (Word, Excel, Programa estadístico Stata, Powerpoint)
- Papelería en general (lápiz, pluma, gomas, sacapuntas, hojas para impresión, tabla de madera para encuesta)

Recursos físicos:

- Instalaciones del Hospital General de zona c/MF 1, Cuernavaca, Morelos.
- Sala de espera
- Sillas en la sala de espera

Recursos financieros

- Fueron proporcionados por los investigadores.

9. Resultados

En este estudio se evaluaron a 267 adolescentes en edades comprendidas entre 12 a 17 años, los cuales se encontraron en la sala de espera de la consulta externa de medicina familiar del H.G.R. c/MF No.1, identificándose los siguientes resultados expresados en las siguientes tablas como se muestra a continuación.

En la tabla 1 se observan las características sociodemográficas y clínicas de los adolescentes estudiados y la presencia, o no, de ideación suicida. De los 267 adolescentes que participaron en este estudio 129 (48.31%) fueron hombres y 138 (51.69%) fueron mujeres, siendo este último grupo el que predominó en este estudio. Se encontró que 223 (83.52%) no presentaron ideación suicida, de los cuales 115 (51.57%) fueron mujeres y 108 (48.43%) fueron hombres.

De los 44 (16.48%) que presentaron ideación suicida, se encontró que 23 (52.27%) de ellos fueron mujeres y 21 (47.73%) fueron hombres. La edad que predominó tanto en aquellos sin/con ideación fue el grupo de 12 a 13 años, con una escolaridad en su mayoría de secundaria y del sexo femenino.

Por otra parte, no se observaron diferencias estadísticas entre el último promedio escolar, presencia o no de relaciones sexuales, estado civil, presencia de hijos, religión con el estatus de ideación suicida. Se encontraron diferencias marginalmente significativas entre ocupación ($p = 0.05$), relaciones sexuales ($p = 0.09$), y el jefe de familia ($p = 0.06$) con el estatus de ideación suicida. Ver tabla 1

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los adolescentes con ideación suicida del H.G.R. c/MF No.1 Cuernavaca, Morelos (n=267).

Variable	Categoría	Sin ideación suicida n (%)	Con ideación suicida n (%)	Total n (%)	Valor P
Sexo	Hombres	108 (48.43%)	21 (47.73%)	129 (48.31%)	0.93 [£]
	Mujeres	115 (51.57%)	23 (52.27%)	138 (51.69%)	
Edad (años)	12-13	130 (58.30%)	28 (63.64%)	158 (59.18%)	0.73 [£]
	14-15	58 (26.01%)	9 (20.45%)	67(25.09%)	
	16-17	35 (15.70%)	7 (15.91%)	42 (15.73%)	
Escolaridad	Ninguna	1 (0.45%)	0 (0%)	1 (0.37%)	0.84 [¥]
	Primaria	2 (0.90%)	1 (2.27%)	3 (1.12%)	
	Secundaria	181 (81.17%)	35 (79.55%)	216(80.90%)	
	Bachillerato	39 (17.49%)	8 (18.18%)	47 (17.60%)	
Ultimo promedio escolar	<7	35 (15.70%)	8 (18.18%)	43 (16.10%)	0.11 [£]
	7-8	98 (43.95%)	17(38.64%)	115 (43.07%)	
	9	77 (34.53%)	12 (27.27%)	89 (33.33%)	
	10	13 (5.83%)	7 (15.91%)	20 (7.49%)	
Ocupación	Estudiante	214(95.96%)	39 (88.64%)	256(94.76%)	0.05 [¥]
	Empleado	2 (0.90%)	0 (0%)	2 (0.75%)	
	Ambas	7 (3.14%)	5 (11.36%)	12 (1.49%)	
Relaciones sexuales	No	210 (94.17%)	44 (100%)	254(95.13%)	0.09 [¥]
	Si	13 (5.83%)	0 (0%)	13 (4.87%)	
Estado civil	Soltero	216 (96.86%)	44 (100%)	260(97.38%)	0.71 [¥]
	Casado	2 (0.90%)	0 (0%)	2 (0.75%)	
	Unión libre	5 (2.24%)	0 (0%)	5 (1.87%)	
Religión	Ninguna	74 (33.18%)	15 (34.09%)	89 (33.33%)	0.79 [¥]
	Católico	95 (42.60%)	19 (43.18%)	114(42.70%)	
	Testigo de J	8 (3.59%)	2 (4.55%)	10 (3.75%)	
	Cristiano	44 (19.73%)	7 (15.91%)	51 (19.10%)	
	Otro	2 (0.90%)	1 (2.27%)	3 (1.12%)	
Jefe de la familia	Papá	55(24.66%)	10 (22.73%)	65 (24.34%)	0.06 [£]
	Mamá	64(28.70%)	7 (15.9%)	71 (26.59%)	
	Ambos	96(43.05%)	22 (50%)	118(44.19%)	
	Otro	8 (3.59%)	5 (11.36%)	13 (4.87%)	

Fuente: Cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia.

*£ Prueba estadística χ^2 , ¥ Prueba exacta de Fisher

En la tabla (Tabla 2) se describen las características sobre los estilos de vida saludables en los adolescentes. Podemos identificar que solo 2 (0.75%) de los adolescentes manifestaron consumo de alcohol, 10 (3.75%) consumo de tabaco y 5 (1.86%) consumo de alguna otra droga. Al estratificar por estatus de ideación suicida no se observaron diferencias estadísticas.

Tabla 2. Características de estilos de vida no saludables de los adolescentes del estudio (n=267).

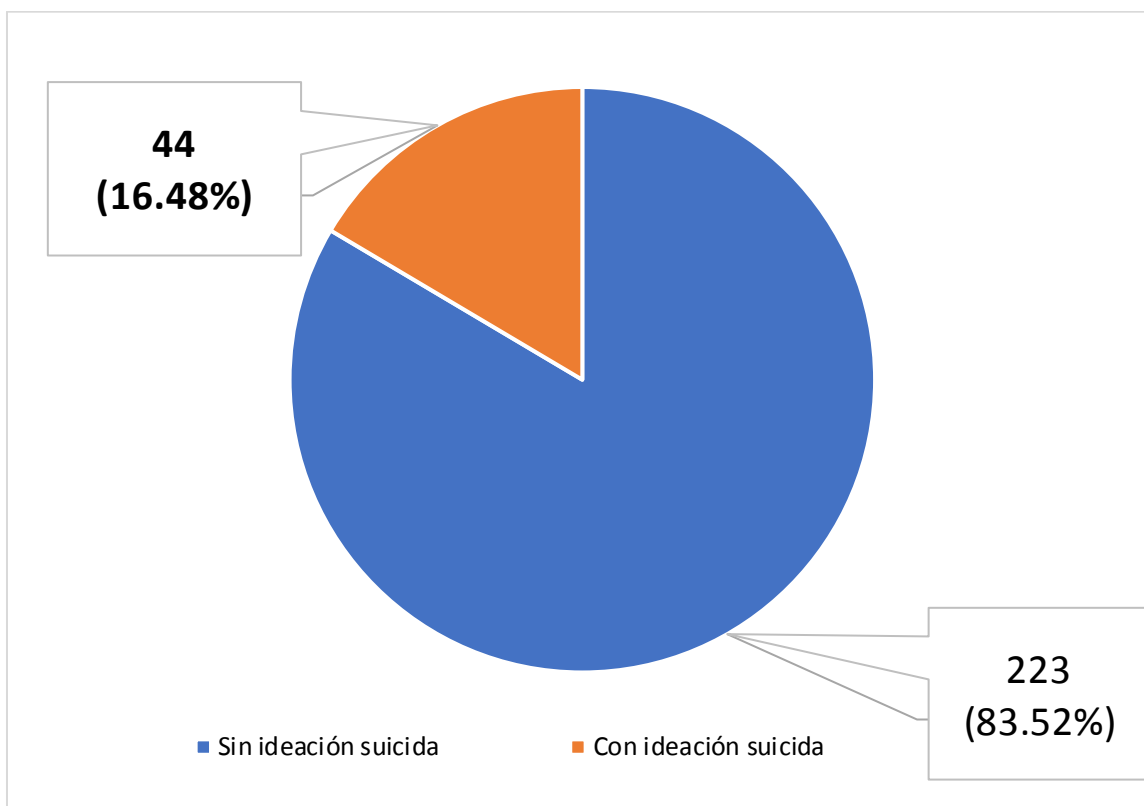
Variable	Categoría	Sin ideación suicida (%)	Con ideación suicida (%)	Total (%)	Valor P
Consumo de alcohol	No	221 (99.10%)	44 (100%)	265 (99.25%)	0.69 [¶]
	Si	2 (0.90%)	0 (0%)	2 (0.75%)	
Consumo de tabaco	No	215 (96.41%)	42 (95.45%)	257 (96.25%)	0.51 [£]
	Si	8 (3.59%)	5 (4.55%)	10 (3.75%)	
Consumo de alguna droga	No	220 (95.65%)	42 (95.45%)	262 (98.13%)	0.19 [¶]
	Marihuana	1 (0.45%)	2 (4.55%)	3 (1.12%)	
	Cocaína	1 (0.45%)	0 (0%)	1 (0.37%)	
	Inhalado (PVC, Thiner)	1 (0.45%)	0 (0%)	1(0.37%)	

Fuente: cuestionario sociodemográfico. Elaboración propia.

*£ Prueba estadística χ^2 , ¶ Prueba exacta de Fisher

En el gráfico 1, se estimó la frecuencia de ideación suicida en los adolescentes adscritos al H.G.R. c/ MF No.1, a través de escala de ideación suicida de Beck. Se encontró que 44 a adolescentes refirieron ideación suicida, al menos una vez, en los últimos 12 meses lo que representa una frecuencia de ideación suicida de 16.48% en este grupo de estudio.

Gráfico 1. Frecuencia de ideación suicida mediante la aplicación de la escala de ideación suicida de Beck en adolescentes del estudio (n=267).



Fuente: Escala de ideación suicida de Beck

Para conocer la frecuencia de los síntomas depresivos en los adolescentes adscritos al H.G.R. c/ MF No.1 se aplicó el inventario de depresión de Beck. De los 267 adolescentes estudiados, 198 (74.16%) no presentó sintomatología depresiva, 37 (13.86%) presentó síntomas depresivos leves, 16 (5.99%) síntomas depresivos moderados y 16 (5.99%) síntomas depresivos severos.

Al observar las diferencias porcentuales entre los síntomas depresivos con el estatus de ideación suicida se observa que en el estatus sin ideación suicida existe mayor porcentaje de adolescentes sin presentar síntomas depresivos comparados con el estatus con ideación suicida en la cual esta relación es a la inversa, observando mayor porcentaje de adolescentes con algún grado de síntomas depresivos. Estas diferencias porcentuales fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) Tabla 3.

Tabla 3. Análisis de las variables ideación suicida y síntomas depresivos en los adolescentes del estudio (n=267).

	Sin ideación suicida n (%)	Con ideación suicida n (%)	Total n (%)	Valor <i>p</i>
Sin síntomas depresivos	190 (85.20%)	8 (18.18%)	198 (74.16%)	
Síntomas depresivos leves	24 (10.76%)	13 (29.55%)	37 (13.87%)	0.001¥
Síntomas depresivos moderados	9 (4.04%)	7 (15.91%)	16 (5.99%)	
Síntomas depresivos severos	0 (0%)	16 (36.36%)	16 (5.99%)	

Fuente: Escala de depresión de Beck y escala de ideación suicida de Beck.

¥ Prueba exacta de Fisher

Para analizar la asociación entre los síntomas depresivos y el estatus de ideación suicida se ajustaron dos modelos estadísticos, crudo y ajustado, mediante una regresión logística.

Para la especificación de los modelos se requirió se recategorizar la variable de síntomas depresivos severos junto con síntomas depresivos moderados. Esto debido a que en la categoría de síntomas depresivos severos se encontraba un valor de 0 y no ajustaba bien el modelo estadístico. Por tanto, las categorías de la variable independiente quedaron de la siguiente manera. 0 = sin síntomas depresivos (como categoría de referencia), 1 = con síntomas depresivos leves y 2 = con síntomas depresivos moderados-severos.

Los resultados obtenidos de estos modelos se muestran en la tabla 4. En el modelo crudo se observó que aquellos adolescentes con síntomas depresivos leves tenían un OR de 12.86 (IC95% 4.83, 34.19) veces más posibilidad de tener ideación suicida en comparación de aquellos adolescentes sin síntomas depresivos. Asimismo, en aquellos adolescentes con síntomas depresivos moderados-severos tuvieron un OR

de 60.69 (IC95% 21.32, 172.76 $p < 0.005$) veces más posibilidades de tener ideación suicida en comparación con aquellos que no tuvieron síntomas depresivos. Al ajustar el modelo ajustado con las variables de sexo, edad, ocupación y jefe de familia se observó que se incrementó la magnitud de la asociación y se conservó la significancia estadística.

Tabla 4. Modelo de regresión logística entre las variables sintomatología depresiva e ideación suicida.

Síntomas depresivos	Total n	Modelo crudo			Modelo ajustado*		
		OR	IC95%	Valor p	OR	IC95%	Valor p
Sin síntomas depresivos	198	1	Ref	-	1	Ref	-
Síntomas depresivos leves	37	12.86	4.83, 34.19	< 0.0001	15.43	5.26, 45.24	< 0.0001
Síntomas depresivos moderados a severos	32	60.69	21.32, 172.76	< 0.0001	76.26	24.19, 240.35	< 0.0001

IC95% = Intervalo de confianza al 95%.
Modelo ajustado con sexo, edad, ocupación y jefe de familia.

10. Discusión

El objetivo general de este estudio fue determinar la frecuencia de ideación suicida y su relación con los síntomas depresivos en los adolescentes derechohabientes a esta unidad. Se encontró una frecuencia de ideación suicida en los adolescentes adscritos a la unidad de medicina familiar No.1 a través de la escala de ideación suicida de Beck, en los últimos 12 meses del 16.43%, similar a lo encontrado por Astocondo AJ *et al.* (26), quienes en su estudio reportaron una prevalencia de ideación suicida del 15%, esto explicado probablemente a que en ambos estudios se utilizó la misma escala de medición para determinar la prevalencia de la variable ideación suicida. Contrario a lo que reportaron Narváez-Sánchez Y *et al.* (27), que pese a que también utilizaron la escala de ideación suicida de Beck encontraron una prevalencia de ideación suicida de 9.1%. Esto potencialmente explicado a que el grupo de edad de este último fue de 15 a 19 años. En este estudio se abarcó edades comprendidas entre 12 a 17 años. lo que pudo incrementar la frecuencia de la variable ideación suicida. Contrario a lo reportado en la ENCODAT 2016 (28) que reportó una prevalencia de ideación suicida en los últimos 12 meses del 2.3%, siendo esto explicado a que la ENCODAT tiene representatividad nacional y el grupo de edad evaluada fue de 12 a 65 años. Además se encontró que los síntomas depresivos leves tienen un OR ajustado de 15.43 y los síntomas depresivos moderados-severos un OR ajustado de 76.26 que indica que el presentar algún grado de sintomatología depresiva se relaciona con un mayor riesgo a presentar ideación suicida. Similar a la encontrado por Astocondo AJ *et al.* (26), quienes encontraron que los adolescentes que tuvieron depresión también tuvieron más frecuencia de tener ideas suicidas de grado medio y alta con un OR 7.1 y un IC 95%: 3.8-13.2 con una valor $p < 0.0001$ observándose en ambos estudios que existe una asociación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos e ideación suicida. Se puede observar que de forma constante los síntomas depresivos son factores de riesgo relevantes asociados con la conducta suicida en adolescentes

Uno de los objetivos de este estudio fue caracterizar a los adolescentes de acuerdo a sus condiciones sociodemográficas y clínicas; se encontró que las características que predominaron entre los adolescentes fueron: el sexo femenino, la categoría de los 12-13 años, con una escolaridad de secundaria, un promedio escolar de 7-8 de calificación en el año previo a la entrevista, la mayoría reportó ser solteros, sin hijos, de religión católica, el jefe de familia y con quien vivían fueron considerados ambos padres. Esto consistente con Narváez-Sánchez Y *et al.* (27), que obtuvieron que el 54.3% de su población fueron del sexo femenino, el 90.7% eran estudiantes y no trabajaban, el 76% reportaron como religión la católica y el 67.4% vivía con ambos padres, notándose como única diferencia que la edad que predominó fue de 16 años en un 40.3% contrario a lo reportado en este estudio. Esto potencialmente explicado por qué ya que este autor utilizó adolescentes de edades comprendidas entre los 15 a 19 años contrario al grupo de edad del de nosotros que fue de 12 a 17 años de edad. También se encontró que más del 90% de los adolescentes negaron consumo de alcohol, tabaco y/o drogas, sin encontrarse diferencias estadísticas entre el consumo de estas sustancias al estatus de ideación suicida. Contrario a lo reportado por Pérez- Amezcua B *et al.* (15) quienes reportaron que el consumo de tabaco y alcohol eran factores relacionados con altas tasas de suicidio. Esto posiblemente debido a que este autor evaluó una población de más de 12 mil adolescentes con muestra representativa nacional y este estudio solo realizó el levantamiento de encuesta de 267 adolescentes.

Por último, conocer la frecuencia de los síntomas depresivos en los adolescentes se encontró una prevalencia de 13.86% para síntomas depresivos leves, 5.99% para síntomas depresivos moderados y 5.99% para síntomas depresivos severos por lo que el 25.84% de los adolescentes estudiados presentó algún grado de depresión. Contrario a lo que reportaron Ceballos-Ospino GA *et al.* (30), quienes encontraron que el 16% de su población presentó alguna sintomatología depresiva a pesar de que en ambos estudios se utilizó el inventario de depresión de Beck, con la diferencia a que su estudio fue dirigido a adolescentes entre 15 a 19 años de edad. Siendo también contrario al estudio que realizaron Siabato ME *et al.* (29), que encontraron que el 9% de sus adolescentes estudiados reportó síntomas

depresivos, notándose una clara diferencia entre ambos estudios. Esto quizá a que Siabato ME utilizó el cuestionario de depresión infantil (CDI) para medir la sintomatología depresiva.

Limitaciones del estudio:

- Es un estudio transversal por lo que no se puede establecer causalidad.
- Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia.
- Algunas variables independientes fueron medidas sin instrumentos validados y únicamente de forma exploratoria para generar nuevas hipótesis que requirieran de estudios con mayor rigor metodológico para ser explicadas

Fortalezas del estudio:

- Se utilizaron cuestionarios validados en población mexicana para las principales variables de estudio (síntomas depresivos e ideación suicida).
- Se realizó cálculo de tamaño de muestra.

11. Conclusiones

En el presente estudio se determinó la frecuencia de ideación suicida y su relación con los síntomas depresivos en adolescentes de 12 a 17 años de la consulta externa del H.G.R. c/M.F. No.1, Cuernavaca, Morelos. Se encontró que la frecuencia de ideación suicida fue de 16.48% y que tuvo una asociación estadísticamente significativa con un OR de 15.43 con los síntomas leves y un OR de 76.26 con los síntomas moderado-severo. Por lo que podemos concluir que el presentar algún grado de sintomatología depresiva tiene relación con mayor posibilidad de presentar ideación suicida.

Por lo que se concluye que es necesario establecer redes de apoyo familiar, social y educativo, que brinden atención preventiva y oportuna a la salud mental de estos adolescentes considerando que la ideación suicida es un predictor del intento suicida.

También se observó alta frecuencia de sintomatología depresiva encontrada en esta muestra de estudio; lo que nos debe alertar sobre establecer medidas vigentes para la detección y prevención ya que cerca del 50% de las enfermedades de salud mental aparecen a los 14 años, pero la mitad de estas no son diagnosticadas, ni mucho menos tratadas, por lo que se deben realizar medidas de sensibilización a los prestadores de salud en el primer nivel de atención para que tengan implementada la importancia de la detección de estas enfermedades para lograr una atención oportuna con un manejo multidisciplinario.

Esto debido a que la depresión se considera el factor de riesgo más importante para que estos adolescentes tengan ideas suicidas y culmine en conductas de riesgo autolesivas que deriven en un intento suicida y su consecuencia devastadora que es la muerte por suicidio.

Por lo que un diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención de síntomas depresivos en los adolescentes puede prevenir la aparición y presencia de ideación suicida o incluso la muerte del adolescente.

12. Referencias bibliográficas

1. Hernández-Palazuelos G. Conductas Suicidas. Hipócrates Revista Médica 2011;6(27):10-14.
2. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. Salud mental 2006;29(5):66-74.
3. World Health Organization. Suicide [Internet]. [Citado en 2019 agosto 24]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. [Citado en 2014 septiembre 10]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
5. Pacheco B, Peralta P. Conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. Rev ciencias médicas 2015; 40(1):47-55
6. Cañón-Buitrago SC, Carmona-Parra JA. Ideación y conducta suicida en adolescentes y jóvenes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019; 20(8): 2987-397.
7. Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Rev Neuropsiquiatria. 2012; 75(1):19-28.
8. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. [Internet]. [Citado en 2016]. Disponible en:
<http://www.iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. [Internet]. [Citado en 2014 septiembre]. Disponible en:
http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. [Internet]. [Citado en 2018 septiembre 7]. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf.


11. Borges G, Orozco R, Benjet C, et al. Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Pub Mex.* 2010; 52(4): 292-304
12. Sampasa-Kanyinga H, Dupuis LC, Ray R. Prevalence and correlates of suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *International journal of adolescent medicine and health.* 2017;29(2):869-879.
13. Boeninger, Dk, Masyn, KE, Feldman BJ, et al. Sex Differences in Developmental Trends of Suicide Ideation, Plans, and Attempts among European American Adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior.* 2010; 40(5):451-464.
14. Toprak S, Cetin I, Guven T, et al. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Research.* 2011;187(6):140–144.
15. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica Mex.* 2010;52(4):324–33.
16. Benjet C, Menendez D, Albor Y, et al. Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide-Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48(6):755-766.
17. Borges D, Orozco R, Villatoro J, et al. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud pública de México.* 2019;61(1):6-15.
18. Toro R, Grajalés F, Sarmiento J. Riesgo suicida según la triada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan Colombia.* 2016;16(4):473-486
19. Álvarez M, Atienza G, Cañedo C, et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida del Sistema Nacional de Salud 2012.
20. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un imperativo global; Ginebra: OMS. [internet] [Citado 2015 mayo 31]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

21. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida. [Internet] [Citado en 2016 octubre]. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [Citado 2019 diciembre 4]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
23. Berenzon S, Lara MA, Robles R, et al. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública de México. 2013; 55(1): 74-80.
24. Organización Mundial de la Salud. Salud para los adolescentes del mundo. [Internet]. [Citado en 2019 diciembre 12]. Disponible en:
<http://www.who.int/adolescent/second-decade>.
25. Fondo de las Naciones Unidas en la Infancia. La adolescencia: una época de oportunidades. Est Mundial de la Infan. 2011; 1(1): 1-48
26. Astocondor AJ, Ruiz SL, Mejía CR. Influencia de la depresión en la ideación suicida de los estudiantes de la selva peruana. Horiz Med (Lima). 2019;19(1): 53-58
27. Narváez-Sánchez Y, Hernández-Juárez M, Vázquez-Hernández M, et al. Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior den Tenosique, Tabasco. Salud en Tabasco. 2017; 23(1,2): 28-33
28. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. Salud pública de México. 2018;61(1):6-15.
29. Siabato ME, Foraneo MI, Salamanca CY, et al. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensamiento psicológ. 2017; 15 (1): 51-61
30. Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colrado Y, Suescún-Arregocés J, et al. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes. Rev Facult Ciencias de la Salud. 2015; 12 (1): 15-22.

31. Cordova M, Rosales JC. Confiabilidad y validez del constructo de la Escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Alternativas en psicología*. 2012; 16(26): 17-25.
32. González S, Díaz A, Ortiz S, et al. Escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2000; 23(2): 21-30.
33. Beltrán MC, Freyre MA, Hernández-Guzmán L. El inventario de depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): 5-13.
34. Vega-Deinstmaier J, Coronado-Molina O, Guido M. validez de una versión en español del inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014; 77(2): 95-103.

13. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p> <p style="text-align: center;">CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>
Nombre del estudio:	Frecuencia de ideación suicida y su relación con síntomas depresivos en adolescentes del HGR con MF N.1 Cuernavaca, Morelos
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Cuernavaca, Morelos a del mes de enero de 2020
Número de registro:	R-2020-1701-002
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El suicidio es una problemática de salud pública, ya que se encuentra entre las primeras 3 causas de muerte entre los adolescentes, según la OMS, la ideación suicida es parte de esta conducta la cual puede llegar a desenlaces fatales. Siendo la adolescencia la etapa de mayor vulnerabilidad emocional, donde es importante un adecuado desarrollo de habilidades para afrontar los diversos cambios metabólicos, hormonales, sociales, para tener un desarrollo intelectual y social adecuado, en algunos casos la inhabilidad e poder sobrellevar esta etapa provoca frustración, cambios de humos, llanto así como aislamiento social.</p> <p>Objetivo del estudio: Determinar la frecuencia de ideación suicida y su relación con los síntomas depresivos en adolescentes derechohabientes del HGR con MF No. 1 Cuernavaca, Morelos.</p> <p>Con el fin de brindar un panorama de la problemática en esta unidad hospitalaria, que sirva como punto de partida para la implementación de programas de detección oportuna y tratamiento temprano</p>
Procedimientos:	<p>Queremos pedirle su autorización para que su hijo(a) participe en este estudio. El (ella) fue seleccionado (a), al igual que otros adolescentes para ser encuestados. Si usted acepta que su hijo (a) colabore con nosotros se le aplicarán tres instrumentos de evaluación: 1) Con la finalidad de obtener datos generales y conocer el entorno del adolescente participante se aplicará un cuestionario sociodemográfico; 2) el instrumento de ideación suicida de Beck el cual permitirá evaluar si su hijo (a) ha presentado en los últimos 12 meses algún pensamiento de ideación suicida y 3) la escala de depresión modificada por Beck que nos permitirá conocer si su hijo presenta alguna sintomatología depresiva en sus grados leve, moderado o severo. Estos cuestionarios serán aplicados en un sitio específico de la consulta externa de Medicina Familiar de este hospital (HGR c/MF No. 1), buscando ante todo la comodidad, privacidad y confidencialidad de los participantes.</p>

	<p>En caso de aceptar que su hijo (a) participe en este estudio deseamos expresarle lo siguiente: Las respuestas de su hijo son confidenciales, nadie podrá identificar ni a su hijo (a) ni a usted. La participación de su hijo es absolutamente voluntaria. Su hijo (a) puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. En caso de que usted haya otorgado su consentimiento para que su hijo (a) participe en nuestro estudio, pero si, él o ella no desea hacerlo, no es obligatoria su participación. Para que su hijo (a) se sienta con plena libertad y confianza de responder las preguntas, la entrevista se realizará en las mayores condiciones de privacidad, por lo que usted como padre/madre o tutor no podrá estar presente.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Dada la naturaleza sensible de algunas preguntas, es posible que su hijo (a) pueda sentirse incomodo (a). Si éste fuera el caso, su hijo (a) tendrá la absoluta libertad de comentarlo con el entrevistador y no responder a cualquier pregunta e incluso suspender la entrevista si así lo decide.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>En el caso de aquellos participantes en quien se detecte algún grado de ideación suicida o síntoma depresivo, se realizarán las gestiones necesarias para su atención prioritaria inicial por su médico familiar y en su caso su referencia a segundo nivel de atención en la consulta de psiquiatría. Todo previo contacto con usted padre/madre o tutor. También queremos hacerle saber, que la participación de su hijo (a) será de gran utilidad para generar conocimiento sobre cómo mejorar y/o crear estrategias de prevención del suicidio en adolescentes.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Se le informará acerca de los resultados en un sobre sellado y en caso de requerir valoración por su médico familiar y/o envío a segundo nivel para su atención por psiquiatría, se le informará a usted padre/madre o tutor.</p>
Participación o retiro:	<p>La participación de su hijo (a) será de forma voluntaria y en caso de querer abandonar el estudio lo podrá hacer en cualquier momento, así como expresar sus dudas de los cuestionarios aplicados. La permanencia o abandono en estas entrevistas, no condiciona de ninguna manera la atención médica o servicios dentro del IMSS, ni para su hijo (a) ni para usted.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Se mantendrá en todo momento respeto al participante. Sus datos personales y de identificación se mantendrán en secreto. Tras la difusión de los resultados obtenidos (en tesis, carteles, foros de investigación o artículos científicos) se privilegiará la confidencialidad de la información acorde a los lineamientos éticos vigentes. Únicamente el encuestador y el personal que trabaja en el estudio conocerán la información. No se proporcionará esta información, ni de usted ni de su hijo (a), a ninguna institución o persona ajena. Su hijo (a) será identificado (a) mediante un número de folio y no por su nombre.</p>
<p>En caso de colección de material biológico (si aplica): <input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra <input type="checkbox"/> Si autoriza que se tome la muestra solo para este estudio <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros</p> <p>Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):</p>	<p>Siempre que el participante así lo desee.</p>

Beneficios al término del estudio:

Detección de algún factor de riesgo prevenible, así como en caso de requerirlo manejo integral y apoyo a través de la vinculación de primer y segundo nivel de atención.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Nancy Juárez Huicochea. Médico no Familiar, Psiquiatra Adscrita al Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos, Correo electrónico: nancyej81@hotmail.com. Cel. 7773041623

Colaboradores: Dr. Ricardo Castrejón Salgado, Médico Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.3 Jiutepec, Morelos, Correo electrónico: carisal13@hotmail.com. Cel. 7771972111
Dra. Franco Neri Blanca Ivett, Médico residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos correo electrónico: blanqui765@hotmail.com. Cel. 7771580540.
Dra. Mendieta Avila Zuleyma, Médico residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos correo electrónico: zule313@yahoo.com.mx Cel. 7351837929
Dr. Espinosa Pineda Edgar, Residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, correo electrónico: drespinosapineda@hotmail.com. Cel. 5537074708

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante de este proyecto de esta investigación usted podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 17018 en el Hospital General Regional c/MF No.1 del IMSS: Avenida Plan de Ayala No. 1201, Colonia Flores Magón, Cuernavaca, Morelos. CP 62450. Teléfono (777) 3 15 50 00 ext. 51313, correo electrónico: comitedeetica17018HGR1@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Carta de asentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
CUERNAVACA MORELOS**

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO DEL MENOR PARA PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Cuernavaca Morelos a _____ de _____ del 2020.

Te invito a participar de forma voluntaria a los estudios de investigación que tienen como título:

FRECUENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y SU RELACIÓN CON SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES DEL HGR CON MF No. 1 CUERNAVACA, MORELOS

El cual tiene como objetivo: determinar la frecuencia de ideación suicida y su relación con los síntomas depresivos en adolescentes derechohabientes del HGR con MF No. 1 Cuernavaca, Morelos

Como muchos otros adolescentes fuiste seleccionado(a) para participar en este proyecto de investigación en el cual, si aceptas colaborar, te pediremos que respondas tres cuestionarios: uno de ellos con preguntas generales sobre tu persona; el segundo es una escala para identificar si en los últimos 12 meses has presentado pensamientos de ideación suicida y el tercero nos permitirá conocer si presentas alguna sintomatología depresiva en sus grados leve, moderado o severo. Los cuestionarios aplicados te tomarán un tiempo de respuesta aproximado de 30 minutos.

Se te proporcionarán los cuestionarios y tendrás la libertad de elegir la respuesta que tu consideres mejor y nadie, incluidos tus padres o tutor, podrá identificar o leer tus respuestas que elijas en ese momento. Te pediremos, con la autorización de tu padre/madre o tutor, que contestes estos cuestionarios en un lugar donde te sientas cómodo y que sea apropiado para realizar la entrevista, que reúna las mayores condiciones de privacidad, en el cual te sientas tranquilo y en confianza para responder a las preguntas. Tu padre/madre o tutor estará pendiente de ti en todo momento.

Beneficios potenciales: Si nosotros como investigadores identificamos algún problema que requiera atención inmediata. En ese momento te contactaremos e informaremos a tu padre, madre o tutor (a) de los resultados obtenidos, para que generemos una consulta prioritaria con tu médico familiar, el servicio de psicología y/o psiquiatría para que en forma conjunta se te brinde una atención oportuna y rápida.

Riesgo o incomodidades asociadas al estudio. Dada la naturaleza sensible de algunas preguntas (pensamientos ideación suicida, síntomas depresivos), es posible que te sientas incomodo(a), si este

fuera el caso tienes la libertad de hacerlo saber al entrevistador. Tendrás derecho de no responder a cualquier pregunta que te incomode o incluso suspender la entrevista en el momento que así lo decidas.

Participación voluntaria y retiro. Tu participación en este estudio es totalmente voluntaria. Aun cuando tu padre/madre o tutor haya autorizado tu participación, si tú no deseas hacerlo, no estás obligado a participar.

Confidencialidad. Tus respuestas son confidenciales, ninguna persona podrá identificarte ni leer lo que escribas en ellas, solo el encuestador y demás investigadores asociados al proyecto conocerán la información. La información que tú nos proporciones es anónima, solo podrás ser identificado mediante un folio y no serás reconocido(a) en ninguna publicación o reporte que genere la investigación. Únicamente en aquellos casos que detectemos que tu salud está en riesgo contactaremos a tu padre / madre o tutor (a) para informar de los resultados y en forma conjunta buscar ayuda de especialista especialistas como tu médico familiar, psicología o psiquiatría.

En caso de dudas que tengas con el estudio podrás dirigirte con:

Dra. Nancy Juárez Huicochea. Psiquiatra Adscrita al Hospital Gral. Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos, correo electrónico: nancyej81@hotmail.com. Cel. 7773041623

Dr. Ricardo Castrejón Salgado, Médico Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No.3 Jiutepec, Morelos, Correo electrónico: carisal13@hotmail.com. Cel. 7771972111

Dra. Franco Neri Blanca Ivett, Médico residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos correo electrónico: blanqui765@hotmail.com. Cel. 7771580540.

Dra. Mendieta Avila Zuleyma, Médico residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos correo electrónico: zule313@yahoo.com.mx Cel. 7351837929

Dr. Espinosa Pineda Edgar, Residente de Medicina Familiar del Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1, Cuernavaca, Morelos, correo electrónico: drespinosapineda@hotmail.com. Cel. 5537074708

También puedes dirigirte a Comité de Ética en Investigación 17018 en el Hospital General Regional c/MF No.1 del IMSS: Avenida Plan de Ayala No. 1201, Colonia Flores Magón, Cuernavaca, Morelos. CP 62450. Teléfono (777) 3155000 ext. 51313, correo electrónico: comitedeetica17018HGR1@gmail.com

Acepto participar.

Nombre Completo del adolescente

Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
CUERNAVACA MORELOS**

FOLIO: _____ Nombre Completo:

Número de Seguro Social:

Adscripción: HGR01 c/MF

Turno: Matutino
Vespertino

Consultorio:

Dirección:

Número Telefónico:

Padre/Tutor o familiar responsable:

1. Sexo: M
F

2. Edad en años:

3. Escolaridad: 0: Ninguna
1: Primaria
2: Secundaria
3: Nivel Medio
4: Otro Especifique:

4. Último Promedio: 0: < 7
1: 7-8
2: 9
3: 10

5. Ocupación: 0: Estudiante
1: Empleado
2: Ambas

6. ¿Tienes relaciones sexuales?:
0: Si
1: No

7. Estado Civil: 0: Soltero
1: Casado
2: Unión Libre
3: Otro Especifique:

8. ¿Tienes Hijos?:
0: No
1: Si
Cuántos:

9. Religión: 0: Ninguna
1: católica
2: Testigo de Jehová
3: cristiano
4: Otro Especifique:

2. ¿Actualmente consumes cigarrillos?:
0: No
1: Si
En caso de ser si, ¿Cuántos cigarrillos al mes?:

3. Actualmente consumes de alcohol:
0: No
1: Si

12. Otras Drogas: 0: No
1: Marihuana
2: Cocaína
3: Inhalado
4: Otro Especifique:

13. ¿Cursas alguna enfermedad con la que tomes algún medicamento?:
0: Ninguna 3: Enfermedades del Corazón
1: Asma 4: Otra Especifique:
2: Diabetes

Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
CUERNAVACA MORELOS

FOLIO: _____ Nombre Completo:

Número de Seguro Social:

Adscripción: HGR01 c/MF

Turno: Matutino
Vespertino

Consultorio:

Dirección:

Número Telefónico:

Padre/Tutor o familiar responsable:

14. ¿Con quién vives?: 0: Papá
1: Mamá
2: Papá y Mamá
3: Hermana y/o Hermano
4: Abuelo y/o Abuela
5: Amigo (s)
6: Otro

15. ¿En qué trabaja tu papá?:

16. ¿Quién es el jefe de familia?: 0: Papá
1: Mamá
2: Ambos
3: Otros

17. ¿Quién aporta principalmente el dinero en tu casa?

18. ¿En tu casa quiénes trabajan?

19. ¿En tu casa quién da los permisos para salir?

20. ¿En tu casa quién es la persona encargada de los deberes y juntas de la escuela?

21. ¿Tienes agua potable en casa?
0: No
1: Si

22. ¿Tienes Drenaje?
0: No
1: Si

23. ¿Tienes alumbrado público?
0: No
1: Si

24. ¿Hay transporte público hasta tu casa?
0: No
1: Si

25. ¿Hay camión recolector de basura y acude regularmente a tu domicilio?
0: No
1: Si

26. ¿Hay vigilancia en el lugar dónde vives?
0: No
1: Si

¡¡¡GRACIAS!!!

Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck

NOMBRE:

FECHA:

FOLIO:

INSTRUCCIONES: En la siguiente lista se muestra algunas preguntas que nos ayudaran a identificar ciertas características que Podrían ayudarnos a determinar algún riesgo a presentar algún grado de ideación suicida, subraye la respuesta que más le ajuste a su situación actual.

Podrían ayudarnos a determinar algún riesgo a presentar algún grado de ideación suicida, subraye la respuesta que más le ajuste a su situación actual. **1.- Tu deseo de vivir es:**

- 0.- Moderado a fuerte
- 1.- Poco (débil)
- 2.- Ninguno (no tiene)

2.- Tu deseo de morir es:

- 0.- Ninguno (no tiene)
- 1.- Poco (débil)
- 2.- Moderado a fuerte

3.- Para ti, es preferible:

- 0.- Vivir supera a morir
- 1.- Equilibrado (es igual)
- 2.- Morir supera a vivir

4.- Deseo de realizar un intento de suicidio activo

- 0.- Ninguno (inexistente)
- 1.- Poco (débil)
- 2.- Moderado a fuerte

5.- Deseo pasivo de suicidio

- 0.- Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1.- Dejaría la vida/muerte a la suerte
- 2.- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

6.- ¿Qué tanto tiempo piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?

- 0.- Breves, periodos pasajeros
- 1.- Periodos largos
- 2.- Continuos (crónicos) casi continuos

7.- ¿Qué tanto seguido piensas en la posibilidad de atentar contra tu vida?

- 0.- Rara (ocasionalmente)
- 1.- Intermitente
- 2.- Persistentes y continuos

8.- Cuando tienes esos pensamientos ¿Qué haces con ellos?

- 0.- Rechazo
- 1.- Indiferente
- 2.- Aceptación

9.- Control sobre la acción/deseo de suicidio

- 0.- Tiene sentido de control
- 1.- Inseguridad de control
- 2.- No tiene sentido de control

10.- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)

- 0.- No lo intentaría porque algo lo detiene
- 1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- 2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen.

Anexo 4. Escala de ideación suicida de Beck

NOMBRE:

FECHA:

FOLIO:

11.- ¿Qué razones tendrías para llevar a cabo un intento?

- 0.- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
- 1.- Combinación de 0 y 2
- 2.- Escapar, acabar, salir de problemas

12.- ¿Has planeado la forma en que te podrías quitar la vida?

- 0.- Sin considerar
- 1.- Considerado, pero sin elaborar los detalles
- 2.- Detalles elaborados/bien formulados

13.- ¿Que tan difícil te sería conseguir lo necesario para llevar a cabo el intento?

- 0.- Método no disponible, no oportunidad
- 1.- Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
- 2.- Método y oportunidad disponible
- 2a.- Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método

14.- ¿Crees que podrías llevar a cabo un intento?

- 0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
- 1.- No está seguro de tener valor
- 2.- Está seguro de tener valor

15.- ¿Has pensado en las consecuencias que tendría en que acabaras con tu vida?

- 0.- No
- 1.- Sin seguridad, sin claridad

16.- Últimamente, ¿has preparado y planeado como quitarte la vida?

- 0.- Ninguna
- 1.- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
- 2.- Completa

17.- ¿Has planeado escribir o enviar una Nota suicida?

- 0.- Ninguna
- 1.- Sólo pensada, iniciada, sin terminar
- 2.- Escrita, terminada

18.- Actualmente, has pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de tus bienes

- 0.- No
- 1.- Sólo pensados, arreglos parciales
- 2.- Terminados

19.- Actualmente, has dejado entrever tus intenciones de quitarte la vida

- 0.- Revela las ideas abiertamente
- 1.- Revela las ideas con reserva
- 2.- Encubre, engaña, miente

Anexo 5. Inventario de depresión de Beck



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
CUERNAVACA MORELOS

NOMBRE. - _____ EDAD. - _____
FECHA. - _____ FOLIO. - _____

INSTRUCCIONES: señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2 .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO

Anexo 6. Cronograma de actividades

Frecuencia de ideación suicida y su relación con síntomas depresivos en adolescentes del HGR con MF N.1 Cuernavaca, Morelos

Juárez-Huicochea N¹, Castrejón-Salgado R², Mendieta-Avila Z³, Franco-Neri BI⁴, Espinosa-Pineda JE⁵

¹Médico Psiquiatra HGR. c/Medicina Familiar No.1, IMSS Cuernavaca, ²Médico Familiar Unidad de Medicina Familiar 03, IMSS Jiutepec, ^{4,5,6} Residentes de 3er año Medicina Familiar, HGR. c/ Medicina Familiar, IMSS Cuernavaca

Actividades	Marzo abril 2019	Mayo junio 2019	Julio agosto 2019	Septiembre octubre 2019	Noviembre diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020
Búsqueda bibliográfica							
Elaboración del protocolo							
Presentación y autorización del proyecto por los comités de ética e Investigación							
Recolección de datos							
Análisis de la base de datos							
Escritura de los resultados							
Discusión							
Conclusiones del estudio							
Defensa de tesis							

Actividades realizadas	
Actividades por realizar	