



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15



**PREVALENCIA DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL
PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15
IMSS CIUDAD DE MEXICO**

R-2020-3701-020

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

GIZEH CARRILLO GARCIA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



ASESORES DE TESIS:

DRA. NANCY GARCIA CERVANTES

DR. ALFONSO VARGAS ZUÑIGA

DRA. PATSY DENISE RODRIGUEZ LOPEZ



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3701.
H GRAL ZONA NUM 1-A

Registro COFEPRIS 17 CI 09 014 056

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 018 2018100

FECHA Martes, 04 de febrero de 2020

M.E. Nancy García Cervantes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.15, IMSS, CIUDAD DE MÉXICO.** 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 **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2020-3701-020

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

Dra. MARIA DE LOURDES GONZALEZ HERNANDEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

[Imprimir](#)

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**PREVALENCIA DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 IMSS CIUDAD DE MEXICO**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**GIZEH CARRILLO GARCIA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

AUTORIZACIONES



**DRA. LIDYA CRISTINA BARRIOS DOMINGUEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, IMSS**

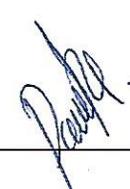


**DRA. DORALIS VILLANUEVA ISIDOR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 15, IMSS**

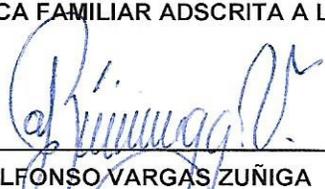
ASESORES DE TESIS



**DRA. NANCY GARCIA CERVANTES
MÉDICA FAMILIAR ADSCRITA A LA UMF 15
IMSS.**



**DRA. PATSY DENISE RODRIGUEZ LOPEZ
MÉDICA FAMILIAR ADSCRITA A LA UMF 15
IMSS.**



**DR. ALFONSO VARGAS ZUÑIGA
MÉDICO DE URGENCIAS ADSCRITO AL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 A
RODOLFO ANTONIO DE MUCHAS MACIAS**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POBLACION**

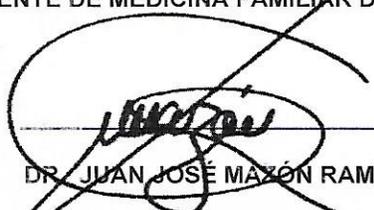
PREVALENCIA DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15 IMSS CIUDAD DE MEXICO

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GIZEH CARRILLO GARCIA

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 15



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. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS.

A mi padre, Jehová Dios por permitirme realizar esta gran lucha, y darme el honor de haberla vencido ...

A mis amados hijos Alejandro y Arturo por ser el gran motor de vida para seguir adelante, por su paciencia en este camino, ya que muchas veces no les di el tiempo que necesitaban, y que prometo recompensarlo con todo el amor.

A mi amado esposo Eduardo, por su apoyo incondicional en todos los aspectos, por ser tan comprensivo, y por qué sé que para ser un buen médico también es en gran parte por el apoyo de la persona a la que amas.

A mis padres Roció y Cecilio por siempre darme ese empujón cada vez que lo necesito, que yo sé que sin ellos y sin demostrarme su coraje y valentía no sería la persona que soy ahora

A mi hermanita amada Kenia por ser el ejemplo de hermana mayor, por compartir la experiencia de vida conmigo, por que siempre con sus sabias palabras me ayuda a salir adelante en muchísimas situaciones... gracias amiga ...

A mi suegra María Guadalupe por regalarme su tiempo y siempre estar disponible cuando más lo necesitaba, por apoyarme con mis hijos, por su crianza y amor infinito.

A mi cuñado Jesús por ser el tío juguetero que mis hijos siempre necesitaban cuando sus padres no se encontraban en casa.

A mis asesores DR. ALFONSO VARGAS, DRA. PATSY RODRÍGUEZ Y DRA. NANCY CERVANTES, por estar ahí, al pie de lucha por terminar este trabajo, por la paciencia y la docencia.

GRACIAS INFINITAS ...

INDICE

1.- RESUMEN.....	4
2.- MARCO TEÓRICO	5
2.1.- ADOLESCENTE.....	5
2.2.- PROGRAMA JUVENIMSS	6
2.3.- RIESGO SUICIDA.....	7
2.4.- SUICIDIO	10
2.5.- FACTORES DE RIESGO	12
2.6.- EPIDEMIOLOGIA.....	15
2.7.- DIAGNÓSTICO	20
2.8.- ESCALAS DE EVALUACION	22
2.9.- VALIDACION DEL INSTRUMENTO EN MEXICO	25
3.- JUSTIFICACION.....	25
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	28
5.- OBJETIVOS	29
5.1.- OBJETIVO GENERAL	29
5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
6.- HIPOTESIS	29
7.- MATERIAL Y METODOS	29
7.1.- DESCRIPCION DEL ESTUDIO	29
7.2.- DISEÑO DE ESTUDIO.....	29
7.5.- MUESTRA.....	30
7.6.- RECOLECCIÓN DE DATOS	31
7.7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	31
7.8.- ASPECTOS ESTADISTICOS	32
7.9.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	33
7.10.- PLAN DE ANALISIS	37
8.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	38
9.- RESULTADOS ESPERADOS Y APORTES DEL ESTUDIO.....	39
10.- ASPECTOS ÉTICOS	39

11.-RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO.....	41
12.- FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO	42
13.-RESULTADOS.....	42
14.- DISCUSIÓN.....	53
15.-CONCLUSIONES	55
16.-RECOMENDACIONES.....	56
17.- BIBLIOGRAFIA.....	57

PREVALENCIA DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DE ETAPA TARDÍA DEL PROGRAMA JUVENIMSS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.15, IMSS, CIUDAD DE MEXICO.

1.- RESUMEN

ANTECEDENTES

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud pública. Según la OMS, a nivel mundial ha ido en aumento las tasas de suicidio entre los jóvenes (15-24 años), y se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. El suicidio en la adolescencia es un problema de salud pública que afecta el entorno social, afectivo y/o económico de familiares y amigos. Las principales causas de muerte en jóvenes son: accidentes vehiculares, homicidios y suicidios, con prevalencias mayores en hombres que en mujeres. Diversas investigaciones han identificado etapas previas al suicidio consumado, como la ideación suicida, que es la idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte, e intentos suicidas en los cuales no necesariamente se busca la muerte (en ocasiones existen otras motivaciones como pretender ganar algo o castigar a alguien).

OBJETIVO

Conocer la prevalencia del riesgo suicida en adolescente de etapa tardía del programa juvenimss adscritos a la unidad de medicina familiar no.15 IMSS Ciudad de México

Material y Métodos

Adolescentes del programa juvenimss de la unidad de medicina familiar no.15 CDMX, diseño de encuesta transversal, con un tamaño de muestra 153 adolescentes, donde se evaluará el riesgo suicida a través de la escala de desesperanza de Beck

Recursos e infraestructura. - Se realizará con recursos propios de los investigadores, utilizando las sesiones de el servicio de trabajo social del programa juvenimss de la unidad de medicina familiar no.15 CDMX

Experiencia del Grupo. - El grupo de investigadores consta de asesores clínicos especialistas en: medicina familiar, y urgencias con amplia experiencia en el abordaje integral del suicidio y todo

alrededor de conducta suicida, por el frecuente contacto que tiene con los pacientes y la relación de confianza con ellos.

Tiempo Para Desarrollarse. - Se espera se realice en un periodo máximo de 2 años, que va de marzo 2017 a septiembre 2019.

Conclusión El uso de este protocolo puede ayudar a prevenir que los pacientes sigan desarrollando ideación suicida e intento suicida de consecuencias inciertas, incluyendo la muerte.

Palabras clave: suicidio; intento de suicidio; riesgo; México.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ADOLESCENTE

El término adolescencia, se remonta al latín "adolescere", que significa "crecer hacia", o "crecer" (ad, que significa crecer "hacia", olescere, "crecer" o ser alimentado).

Hall, 1904 (citado en: Morris, 1992), describe la adolescencia como un periodo de "tormentos y estrés" inevitables, sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos.

Freud, 1905 (Freud, 1917, Morris, 1992), definió la adolescencia como una época de grandes conflictos, ansiedad y tensión.

Brooks (1959), denomina adolescencia, al periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los doce y trece años y los veinte. El periodo se cierra cuando el individuo entra a la edad adulta. En el transcurso de esta época alcanzan madurez las funciones reproductoras, y se presentan cambios físicos, mentales y morales que se producen simultáneamente.

Gessel 1956, (Gesell, 1958, Harrocks, 1984), define la adolescencia como un periodo prominentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo.

Harrocks (1984), ofrece una definición desde el punto de vista biológico. De acuerdo con ello, el individuo se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales secundarias. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad para reproducirse. Es importante mencionar, que han surgido algunas confusiones al considerar

ciertas interpretaciones de la adolescencia, debidos al hecho de que diferentes autores han utilizado criterios diferentes para describir el periodo de la adolescencia o, porque han empleado la misma palabra para describir aspectos distintos y hasta cierto grado, mutuamente excluyentes.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esenciales positivos. no es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

La adolescencia es identificada como un período de transición de la niñez hacia la adultez temprana. Caracterizada por grandes cambios emocionales, sociales y físicos.

2.2.- PROGRAMA JUVENIMSS

Los Programas Integrados de Salud, se reconocen como una estrategia de prestación de servicios, que tienen como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas a la promoción de la salud. Estos programas fueron diseñados con fundamentos de índole biológico, epidemiológico y operativo a través de cinco programas que corresponden a grupos etarios, siendo: JuvenIMSS un programa educativo dirigido a la población adolescentes, el cual se encuentra bajo la responsabilidad del servicio de trabajo social se imparte a través de pláticas sobre diversos tópicos, incluye temas de promoción de la salud, como: nutrición, sexualidad, prevención y detección de enfermedades, higiene, estilos de vida saludables, salud bucal, proyecto de vida, prevención de accidentes y violencia intrafamiliar, entre otros temas.

Es un proceso educativo dirigido a los adolescentes de 10 a 19 años de edad, dividido en juvenimss junior de 10-14 años y juvenimss de 15-19 años en donde a través de dinámicas lúdicas y participativas se obtiene una mayor comunicación.

2.3.- RIESGO SUICIDA

La OMS define el riesgo suicida como toda probable acción por la que un individuo se puede causar a sí mismo un daño con independencia del grado de intención suicida

Según la OPS el riesgo suicida se define como una conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a) La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- b) La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

Este último es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental, así como de los factores estresantes actuales a los que está sometido el individuo, y que puede ir desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio consumado.

La conducta suicida es un fenómeno complejo, ya que no existe una única razón por la que las personas deciden poner fin a su vida. El suicidio es el resultado de la confluencia de un sinnúmero de situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico de conductas suicidas, que irían desde la simple ideación, hasta el suicidio consumado. Las variables que influyen en el origen de la conducta suicida son muchas, como las de índole genético y biológico, además de las variables sociodemográficas, psiquiátricas y psicosociales. Sin embargo, la presencia o ausencia de la conducta suicida, depende de una serie de factores de riesgo y protección.

Con respecto al intento suicida, Carveth y Gottlieb, 1979, (citado en: Casullo, 1998), hacen una jerarquía de los factores de riesgo que intervienen en dicha conducta, estos son:

- 1) nivel de desesperanza
- 2) ideación o plan de suicidio
- 3) intentos previos
- 4) estado emocional y afectivo
- 5) baja densidad de las redes de apoyo social

- 6) signos y síntomas de depresión
- 7) desintegración social
- 8) pérdidas afectivas recientes (soledad)
- 9) estatus mental
- 10) deseo de ayuda.

Por otra parte Blumental y Kupfer (1990 citados en: Casullo, 1998), proponen el “Modelo umbral de las conductas suicidas” en el que señalan la presencia de varios tipos de variables como:

A) Factores predisponentes, los cuales incluyen una historia genética familiar, factores biológicos perinatales y rasgos o estilos de personalidad.

B) Factores de Riesgo, los cuales determinan la vulnerabilidad de un sujeto para cometer actos suicidas, incluyen lo que denominan situaciones contextuales, socioculturales y la presencia de psicopatologías específicas.

Además, señalan como factores precipitantes, la accesibilidad a un método para quitarse la vida y estados o situaciones de soledad y aislamiento provocados por hechos específicos del ciclo vital.

Los factores precipitantes se originan y posibilitan una conjunción entre las dificultades para tener una cierta influencia en los demás, una disfunción cognoscitiva acerca de la relación de las situaciones y una disminución de energías personales. En su conjunto hace que aparezca un afecto intenso y/o una pobre regulación de los afectos que origina una impulsividad para tomar decisiones, dificultad para generar opciones y dificultad para evaluar las consecuencias que pueden tener las acciones propias. En estas situaciones la tasa de ansiedad percibida es muy importante y la impulsividad favorece el paso al acto, que se expresa como una conducta suicida.

Indicios de Riesgo de Suicidio en los Adolescentes

1. Estado de ánimo continuamente deprimido o desesperado.
2. Alteraciones en el comer y el dormir.
3. Disminución del rendimiento escolar.

4. Aislamiento social gradual y una mayor incomunicación con las personas.
5. Ruptura de la comunicación con los padres y otras personas importantes en la vida del joven.
6. Antecedentes de intentos suicidas o complicación en accidentes.
7. Comportamiento aparentemente temerario, autodestructivo, poco usual, como el uso intenso de drogas o de alcohol, así como el manejo imprudente del automóvil

Se ha observado que las probabilidades de padecer daños pueden surgir de sujetos que concentran en sí los factores de riesgo, constituyéndose en individuos de alto riesgo.

Otro aspecto reside en las personas generadoras de riesgo; por ejemplo, aquellos adolescentes jóvenes que parecieran buscar o generar situaciones de riesgo a través de comportamientos que aumentan reiteradamente.

Por otra parte, están los factores protectores. Un factor protector, son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras.

Los factores de protección se pueden distinguir entre internos y externos. Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral. Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía

Blumental y Kupfer (1990, citados en: Casullo, 1998), señalan los siguientes factores protectores de la conducta suicida:

- a) flexibilidad cognitiva
- b) fuertes redes de apoyo social
- c) ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital
- d) ausencia de soledad

- e) existencia de un proyecto de vida
- f) tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas
- g) tratamiento adecuado de los desórdenes de personalidad.

Para Conger (1980), muchos intentos suicidas por parte de los adolescentes, no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar solución a sus problemas.

2.4.- SUICIDIO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es un acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados como la muerte que resulta de un acto suicida, es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

El fenómeno del suicidio ha sido definido y descrito de múltiples formas a lo largo de los años.

Para Durkheim, el suicidio es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado, es decir, “habría suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ésta”.

En 1965, el psiquiatra británico Erwin Stengel definió suicidio como el acto fatal y el intento de suicidio como el acto no fatal, de autoperjuicio. Ambos se realizan con una intención consciente de autodestrucción, la que puede ser vaga o ambigua.

El sociólogo francés Jean Baechler, en su obra “Los suicidios” de 1975, definió el suicidio como toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto.

El psicólogo Edwin S. Shneidman, conocido como el padre de la suicidología, definió el suicidio como “el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”.

En general, las distintas definiciones de suicidio se diferencian en el énfasis que le otorgan a la intencionalidad y consciencia del acto en sí. Actualmente, se considera que, el suicida pretende acabar más bien, es el dolor psicológico y no con la propia vida (Martínez 2008).

Debido a la gran cantidad de definiciones del fenómeno, en 1976 la Organización Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de suicidio: como todo acto con resultado letal deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados como la muerte que resulta de un acto suicida, es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida

En Suicidología se distinguen los siguientes conceptos:

Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.

Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.

Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.

Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Shneidman describió diez características comunes a todo suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución
2. El objetivo común es el cese de la conciencia
3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable

4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
8. La acción común es escapar
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
10. La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida

2.5.- FACTORES DE RIESGO

FACTORES BIOQUIMICOS

La conducta suicida pueda ser el peor pronóstico de algunos cuadros clínicos, esta también se presenta como una conducta voluntaria en sujetos sanos. Los estudios realizados en cerebro postmortem de víctimas de suicidio ha dado suficientes evidencias para señalar que las alteraciones del sistema serotoninérgico es un factor biológico importante en la conducta suicida, al igual que el dopaminérgico, GABA-érgico y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, confirmada por un incremento de la hormona adrenocorticotrófica y reducción del número de receptores para esta hormona en la corteza prefrontal de suicidas.

Se ha estudiado que en los pacientes con depresión e intento de suicidio la cantidad de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el LCR es más bajo que en aquellos pacientes depresivos que no han intentado suicidarse. Proponiéndose que los niveles de 5-HIAA reducidos en el LCR podrían vincularse con el comportamiento suicida. Neuroanatómico.- Con respecto a los cambios morfológicos solo se ha descrito la presencia de una hiperdensidad en la sustancia blanca periventricular en los pacientes con depresión mayor y un historial previo de intento de suicidio, demostrado a través de neuroimagen.

FACTORES FAMILIARES Y CONTEXTUALES:

Historia familiar previa de suicidios. - Estos aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en las mujeres y cuando el intento o el suicidio consumado se ha producido en un familiar de primer grado.

Eventos vitales estresantes. - Situaciones estresantes como pérdidas personales, problemas legales y acontecimientos negativos, pueden desencadenar una conducta suicida.

Religión. - parece ser un factor protector.

Exposición (Efecto-contagio). - Suicidios cercanos o determinado tipo de informaciones, se ha asociado con la conducta suicida, muy común entre los jóvenes. Ejemplo de esto, son los siguientes retos en redes sociales:

La ballena azul: es un reto de 50 días que va desde dibujar una ballena, lastimarse con cuchillas para finalmente terminar el reto lanzándose de un edificio.

Pedro Responde: es un juego donde un grupo de jóvenes se ponen una cita, se graban y gana el reto quien resista más tiempo colgado de una soga al cuello.

Operación 7: es un juego que ya se encuentra en aplicaciones y son desafíos que le enseñan a los niños a ser malandros, enseñándoles a manejar armas, producir drogas y matar.

San Andreas: es un juego que tiene diferentes modalidades desde pornografía, matar, robar y torturar.

Drogas Auditivas: Utilizando música subliminal que inducen al individuo a entrar en un trance, similar a drogas alucinógenas"...

Otros factores. - Historia de maltrato físico o abuso sexual, orientación sexual, acoso por parte de iguales, fácil acceso de armas, medicamentos o tóxicos.

Paciente que sufren algún trastorno mental pueden presentar ideación o conducta suicida después del evento estresante como humillación, tensiones en relaciones interpersonales y el aislamiento social.

Según artículo publicado en el 2014 por la Universidad Autónoma de México sobre factores de Riesgo y Conducta Suicida revela que la conducta suicida es el resultado de la interacción de diversos factores de riesgo: demográficos, psicopatológicos, biológicos, eventos vitales estresantes y factores que protegen de esta conducta. (tabla 3)

Factores demográficos	Factores psicopatológicos	Factores biológicos	Eventos vitales estresantes	Factores protectores
<p>Suicidio consumado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo masculino • Adolescentes o tercera edad <p>Intento de suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino • Jóvenes • Solteros • Bajo nivel educativo • Desempleados 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos mentales (90-95 fallecidos por suicidio) • Trastornos afectivos • Alcohol/drogas • Trastornos de personalidad • Desesperanza • Anhedonia • Impulsividad • Alta reactividad emocional • Historia personal de intentos de suicidio 	<p>Heredabilidad 50%</p> <p>Hipofunción serotoninérgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares • Problemas conyugales • Problemas legales • Profesiones (militares, médicos, policías) • Maltrato perinatal • Enfermedad terminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias religiosas • Soporte social • Embarazo • Tener hijos

No hay un único predictor de riesgo suicida. Varios factores han sido asociados a la etiología de la conducta suicida en los adolescentes. La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con la conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes.

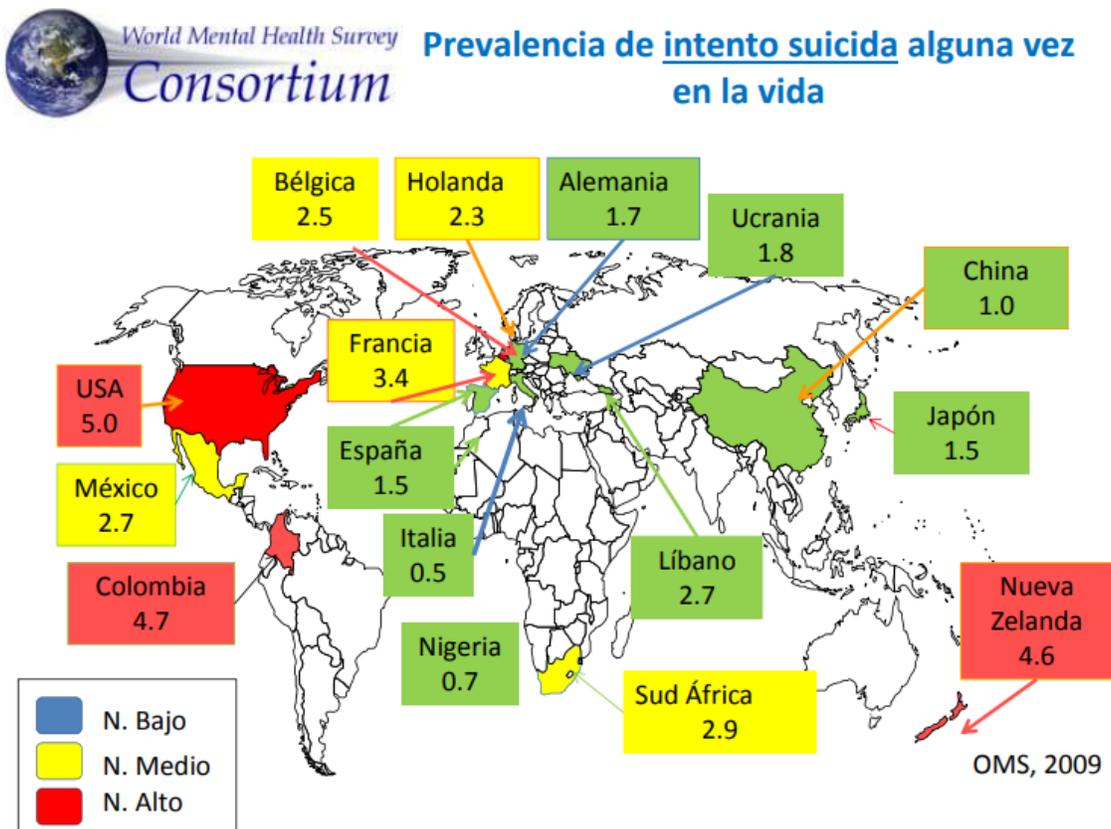
El riesgo de suicidio de los pacientes diagnosticados con depresión mayor es tres veces mayor que en la población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro depresivo.

El papel de la ansiedad en la conducta suicida no ha sido del todo esclarecido, la mayoría de los estudios de seguimiento en poblaciones clínicas sostiene que del 15 a 20% de los decesos de los pacientes con ansiedad se deben al suicidio.⁹ Los estudios epidemiológicos no son concluyentes en lo referente a la relación entre la ansiedad y la conducta suicida.¹⁰ Sin embargo la ansiedad parece jugar un papel en la conducta suicida *per se* y como síntoma comórbido.¹¹

2.6.- EPIDEMIOLOGIA

Según la OMS, unas 800 mil personas se suicidan cada año, lo que representa una tasa estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. Las muertes por propia voluntad representan la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes de entre 15 a 29 años, después de los accidentes de tránsito. Sin embargo, la agencia sanitaria de Naciones Unidas admite que puede haber subnotificación, ya que el estigma y el tabú que rodean a este problema hace que no se denuncien a nivel mundial los casos de comportamientos suicidas no fatales. Se estima que sólo alrededor del 25% de quienes intentan quitarse la vida necesitan o buscan atención médica, según el documento "Prevención del Suicidio. Un instrumento para los profesionales de los medios de comunicación", publicado por OMS.

Tasas de suicidio por 100,000 habitantes, estandarizadas por edad, 2012 (tabla 1).



Los intentos de suicidio son más frecuentes que el suicidio consumado, la OMS estima que para el 2020 esto aumentara en países desarrollados y en vías de desarrollo.

SITUACION GLOBAL

Los países desarrollados notifican elevadas tasas de mortalidad por esta conducta y ofrecen datos que se elevan por encima de 30 suicidios por cada 100.000 habitantes y en algunos sobrepasan los 40; los intentos fallidos se plantean en un indicador de alrededor de 10 por cada suicidio consumado.

En países desarrollados murieron por suicidio 189 500 personas, en el tercer mundo murieron 106 500 la mayoría de ellas en las edades de 15 a 29 años.

En Europa occidental Francia encabeza la lista, con 17 suicidios por cada 100 mil personas; Estados Unidos tiene 13 suicidios; México, poco más de 5 y Canadá, 10; Sudamérica, Surinam y Guyana encabezan por mucho la lista, seguidos de Uruguay, Argentina, Cuba y Chile, con 16, 11, 11 y 10 respectivamente; Corea del Sur encabeza Asia, con 25 suicidios, seguido de Japón e India con 17. En líneas generales parece que lo que produce más suicidios es la pobreza, si notamos lo que ocurre en los países africanos y la India, y también el frío, notablemente en los casos de Rusia y Groenlandia. Países como Noruega, Suecia y Finlandia están entre los países con más suicidios en Europa, aunque en esos casos, la economía parece ayudar. También es posible que exista un factor que tenga que ver con el temperamento: los países de Centroamérica, por ejemplo, tienen índices muy bajos, y los países del norte de África están entre los más bajos del mundo. Países como Perú, Algeria, Omán, Indonesia y Turquía, con sólo tres suicidios por cada 100 mil personas, son los menos desgraciados en este sentido. En el caso del mundo árabe, que domina en los países con menor cantidad de suicidios, parece que la fe religiosa juega un rol positivo importante. En contraste con esto tenemos países como Corea del Sur y Japón, en los que las cuestiones culturales parecen hacer efecto.

Según el informe de la OMS Y OPS DE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS Informe regional Washington D.C. 2014

Históricamente, América Latina ha tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, mientras que América del Norte se ubica en un segmento intermedio (Organización Mundial de la Salud, 2013). Los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como “irregulares”, especialmente al compararlos con los datos de los países europeos (Bertolote y Fleishman, 2002). El retraso en el reporte de los datos es uno de los problemas.

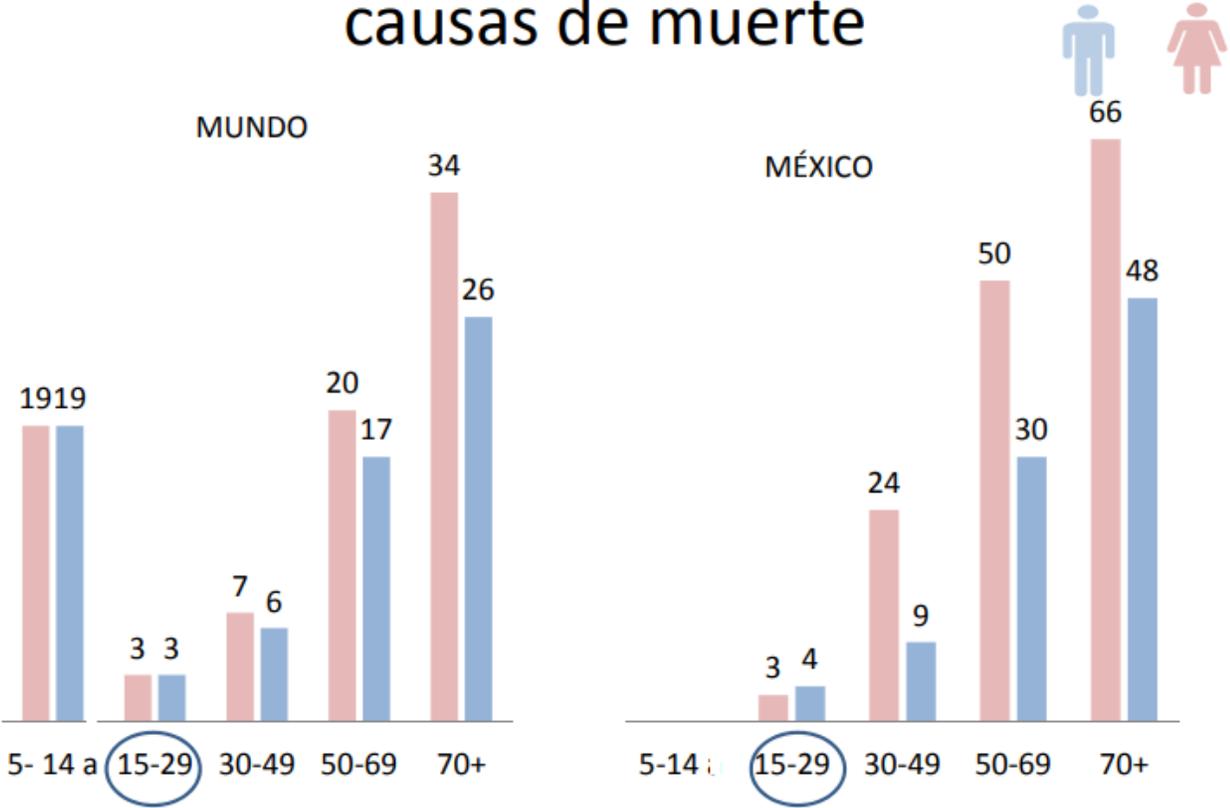
PANORAMA DEL SUICIDIO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Con alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, el suicidio constituye un problema de salud pública de extrema importancia en las Américas. Desde una perspectiva subregional, el Caribe no hispano y América del Norte presentaron las tasas más elevadas en el periodo 2005-2009, mientras que las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y de América del Sur. No obstante, varios países del Caribe no hispano carecen de datos completos por lo que las tasas se deben interpretar con cautela. La tasa ajustada según la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5,2 por 100.000 habitantes para ambos sexos. Por subregiones, las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes, conjuntas para ambos sexos, ajustadas según la edad, fueron: América del Norte, 10,1; América Central, Caribe hispano y México, 5,3; Suramérica, 5,2; y Caribe no hispano, 7,4. Si se incluían todos los grupos de edad, el suicidio en la Región constituía la 36 causa principal de muerte; la 21.^a entre los hombres y la 46.^a entre las mujeres. En América del Norte ocupaba el puesto más alto, ubicándose en la 21.^a posición. Entre las personas de 20 a 24 años era la tercera causa principal de muerte en las Américas; entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años era la cuarta causa de muerte. El suicidio representaba el 12,4% de las causas externas de muerte en las Américas, pero ello variaba según la subregión, con 19,5% en América del Norte y 7,9% en América del Sur. Las tasas de suicidio ajustadas según la edad en la Región eran de 11,5 por 100.000 en los hombres, y de 3,0 por 100.000 entre las mujeres para el período 2005-2009. En América Latina y el Caribe las tasas en los hombres y en las mujeres fueron de 8,4 y 2,1 por 100.000, respectivamente. En las Américas, al igual que en otras partes del mundo, las tasas de suicidio en hombres continúan siendo superiores a las observadas en las mujeres, y representan alrededor del 79% de todas las defunciones por suicidio. En promedio, la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, era de 3,8 en la Región y 4,0 en América Latina y el Caribe. A nivel subregional, América Central, el Caribe hispano y México presentaban la razón hombre-mujer, ajustada según la edad, más alta, 4,2. En cambio, en América del Norte, la razón hombre-mujer era menor, 3,7. A nivel regional, en todos los grupos de edad, los hombres presentaban mayores tasas de suicidio.

SITUACIÓN EN MÉXICO COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 410/18 7 DE SEPTIEMBRE DE 2018 PÁGINA 1/8 “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO” (DATOS

NACIONALES) • En 2016 ocurrieron 6 291 suicidios, lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes • Chihuahua y Yucatán duplican la tasa nacional con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100 000 habitantes, respectivamente • Ocho de cada 10 suicidios ocurridos durante 2016 fueron cometidos por un hombre: esto es 5 116 de los 6 291 suicidios La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el suicidio como un problema grave de salud pública y señala que los efectos en las familias, los amigos y la sociedad, son complejos y perduran aún mucho tiempo después de la pérdida . Dentro de las causas que lo provocan se indican diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Con el propósito de reducir los índices de suicidio, el 10 de septiembre, Día Mundial para la Prevención del Suicidio, se fomentan en todo el mundo compromisos y medidas prácticas para prevenirlos. Como parte de estos propósitos, el INEGI pone a disposición de los usuarios datos de suicidios en México, que se derivan de las estadísticas de mortalidad publicadas por el Instituto (tabla 2)

Lugar que ocupa el suicidio en las causas de muerte



SUICIDIO ACTUAL EN MÉXICO

El suicidio es considerado un acto prevenible, y en la actualidad la tasa de suicidios es un indicador de evaluación para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En México, en 2016, ocurrieron 6 291 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes.

El valor es menor a 2014 y 2015, años en que la tasa de suicidios fue de 5.2 por cada 100 000 habitantes.

La prevalencia de ideación **y riesgo suicida en personas de 15 a 29 años es del 7%** y 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio

El volumen de suicidios varía entre zonas geográficas y entidades federativas, para 2016, las entidades federativas que tuvieron mayores tasas de suicidio fueron Chihuahua y Yucatán con 11.4 y 10.2 suicidios por cada 100 000 habitantes respectivamente; niveles que duplican la tasa nacional, a las entidades mencionadas le siguen Aguascalientes (9.6), Campeche (9.1) y Colima (8.5). En el otro extremo, con las tasas más bajas se encuentran Guerrero, Veracruz y Oaxaca, con 2.1, 2.5 y 2.9 suicidios por cada 100 000 habitantes, respectivamente.

SUICIDIO POR SEXO Y EDAD En nuestro país el fenómeno del suicidio consumado es más frecuente en la población masculina. Para 2016, de los 6 291 fallecidos por suicidio, 5 116 eran hombres, lo que se traduce en que, de cada diez suicidios, ocho son cometidos por hombres, mientras que dos de cada diez (1 173), por mujeres.

En seguida se observa que esta acentuación de los suicidios en los hombres ha sido algo continuo y ha venido cuadruplicando el riesgo en comparación a las mujeres. Para 2016, los hombres presentaron una tasa de 8.6 suicidios por cada 100 000 hombres mientras que en las mujeres fue de 1.9 por cada 100 000 mujeres.

En relación con la edad, en los jóvenes de 20 a 29 años se presentan las tasas más altas de suicidios. Entre las causas que se presentan en este grupo de población se encuentran los problemas familiares, amorosos, depresión y ansiedad, el abuso de alcohol y drogas, entre otras,

intensifican la búsqueda del suicidio. En 2016, la tasa para el grupo de 20 a 24 años fue de 9.5, por cada 100 000 jóvenes; y de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años.

El análisis de las tasas de suicidios por grupo de edad y sexo permiten observar que, en la población masculina, las tasas más altas se presentan entre los grupos de edad de 20 a 44 años, siendo la de los jóvenes de 20 a 24 años la más alta con 16 suicidios por cada 100 000 hombres. En tanto que, en las mujeres, la tasa más alta se presenta en el grupo de edad de 15 a 19 años con 4 suicidios por cada 100 000 mujeres. Es de resaltar también que en la población mayor de 65 años la tasa de suicidios por sexo presenta diferencias significativas: en los varones la tasa es de 10.5 suicidios por cada 100 000 hombres, en tanto que para las mujeres de este grupo de edad la tasa es menor a un suicidio (0.7) por cada 100 000 mujeres.

Los adolescentes representan en México el grupo más vulnerable. Estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) indican que los adolescentes representan el grupo de edad más vulnerable para el suicidio, a causa de situaciones o problemas, aunado a depresión severa reportan suicidio consumado como un acto particularmente masculino, mientras que las mujeres muestran una tendencia a idear, planear e intentar el suicidio.

2.7.- DIAGNÓSTICO

Esquemáticamente, lo primero que debemos hacer para poder diagnosticarlo es detectarlas, es pensar que hay personas que preferirían morir antes que seguir viviendo y que algunas de ellas podrían llegar a quitarse la vida. Debemos considerar esto ante cada uno de los pacientes que atendemos. Podemos dar con pacientes con riesgo suicida entre los que acaban de intentar matarse; entre los que consultan porque tienen ideas o impulsos de suicidarse; entre los que tienen conductas suicidas o entre los pacientes que consultan por cualquier otra molestia. Entonces, si detectamos en el paciente ideas o conductas suicidas, debemos evaluar si su posible riesgo de muerte es mayor que el de la población general.

La identificación oportuna y específica de factores de riesgo de intento y de reintento suicida nos puede ayudar a comprender ya prevenir la incidencia de actos suicidas.

Entrevista clínica. - Instrumento esencial en la valoración del riesgo suicidio. Se evalúan factores psicológicos y contextuales, características de la conducta suicida

Conociendo los factores de riesgo suicida, el médico de atención primaria está en mejores condiciones para detectar aquellos individuos suicidas en potencia y las guías prácticas pueden trazar la conducta que se debe seguir para que este tipo de paciente sea valorado de forma precoz por profesionales de la salud mental, los que sin objeción, están científicamente más capacitados para profundizar en el diagnóstico nosológico, perdurabilidad y letalidad potencial de la persona con riesgo de autodestrucción, así como la terapéutica que debe seguir, sea hospitalizado o de forma ambulatoria.

No obstante, la prevención de este acto no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos. En la medida en que mayor cantidad de personas, sean profesionales o voluntarios, sepan qué hacer frente a un paciente con riesgo suicida, mayor será la posibilidad de evitar que se autolesione.

se debe saber es que una persona con dicho riesgo no siempre estará sentada frente a un médico de atención primaria o un psiquiatra. Se le puede encontrar como vecino, amigo, familiar, compañero de estudios o de trabajo, etcétera, por lo cual la primera ayuda puede y debe ser brindada por aquel que esté más cerca de él en el momento de crisis.

Lo segundo es que una persona en crisis suicida no es un criminal ni un loco furioso capaz de realizar cualquier agresión, no sólo contra él sino contra otros. Generalmente se trata de personas muy infelices que piensan en autodestruirse por no tener otras formas de adaptarse a situaciones dolorosas de sus vidas. Y tercero, se hace necesario eliminar creencias erróneas que se han arraigado en los que desconocen esta conducta

Y es por todas estas razones, que surge la necesidad de la detección precoz en todo adolescente. La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes, y las crisis ante esta transición se pueden hacerse presentes, como la necesidad de independencia, tendencia grupal, la evolución del pensamiento concreto al abstracto, las manifestaciones y conductas sexuales y el de riesgo suicida, la cual es una conducta prevenible y detectable a tiempo

2.8.- ESCALAS DE EVALUACION

En psiquiatría se cuenta con la entrevista semiestructurada como patrón de oro de diagnóstico; sin embargo, se han diseñado múltiples escalas para definir síntomas y su gravedad, tratando de hacer más objetiva y reproducible la evaluación del paciente. Estas escalas se han desarrollado para calificar la gravedad de los síntomas en diferentes trastornos mentales, tratando de hacer reproducible la información y estableciendo un pronóstico que permita evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos utilizados. Respecto a la evaluación del riesgo suicida, las escalas inicialmente diseñadas son del tipo lista de chequeo de variables demográficas relacionadas con el aumento de riesgo, estas son útiles a la hora de establecer grupos de alto riesgo en estudios epidemiológicos.

En seguida se enlistan las diferentes escalas de evaluación del riesgo suicida, cabe mencionar que estas evaluaciones no se han aplicado en el territorio nacional, sin embargo se realizan con fines bibliográficos para la realización del presente estudio.

- **Scale For Suicide Ideation (SSI):** Cuantifica el grado de planeación de un intento suicida evaluando dimensiones de pensamientos autodestructivos. Se compone de 19 ítems que se califican de 0 a 2, donde 0 corresponde a de moderado a fuerte, 1 a débil y 2 a ninguno. Se evalúan tres factores: deseo suicida activo, deseo suicida pasivo y preparación del acto suicida. La escala se llena con base en las respuestas obtenidas en una entrevista semiestructurada.
- **Plutchik Suicide Risk Scale:** Instrumento autoaplicado que se compone de 26 ítems que se califican con sí o no. Se encarga de evaluar intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos. Es fácil y rápido de administrar —1-2 minutos—, distingue pacientes con tentativa de suicidio, con antecedentes de ideación o con intentos suicidas; tiene una confiabilidad buena (α de Cronbach=0.84). Los autores proponen un punto de corte de 8 puntos con una sensibilidad y especificidad de 68%.
- **Sad Persons Scale:** Utiliza un acrónimo en inglés para evaluar las siguientes condiciones que aumentan el riesgo de suicidio: género, edad, depresión, intento previo, uso de alcohol, alteración del juicio de realidad, falta de red de apoyo, plan estructurado, no

conyugue y enfermedad. Se puntúan en uno si están presentes y de acuerdo al puntaje total se define la conducta. Un puntaje mayor a 6 tiene sensibilidad de 94% y especificidad de 71% para la necesidad de hospitalización. Aunque se postula como un instrumento útil y sencillo de usar, no hay estudios posteriores que muestren datos de validez y confiabilidad para recomendar su uso en el servicio de urgencias.

- **Suicide Assessment Scale (SUAS):** Se construyó para medir el riesgo de suicidio en el tiempo. Se compone de 20 ítems que se califican de 0 a 4 con base en una entrevista semi estructurada y tarda de 20 a 30 minutos. Al establecer el riesgo suicida tiene la ventaja de evaluar los dominios afecto, estado corporal, control y afrontamiento, reactividad emocional, pensamientos y comportamientos suicidas, a diferencia de otros instrumentos que solo evalúan un dominio. Tiene una confiabilidad inter evaluador de 0.78-0.88. Se encontró una validez de criterio satisfactoria dada por un puntaje mayor en un grupo de personas que realizaron intentos de suicidio, en contraste con el grupo en el que no se presentó esta situación.

Hay una gran cantidad de escalas disponibles en la literatura; sin embargo, ninguna ha sido utilizada ampliamente por el personal médico. Causas probables de su poco uso son el desconocimiento de ellas y la dificultad que representa su validación a los diferentes idiomas, situaciones que impiden difundirlas como método confiable de tamizaje y señalan las limitaciones que tienen dichos instrumentos de evaluación. Otra limitación de las escalas es que ninguna logrará predecir el riesgo suicida en los pacientes con una sensibilidad y especificidad del 100%, pues no es posible crear un ítem que evalúe la variabilidad en la toma de decisiones de los humanos y las diferentes situaciones de la vida que pueden hacer que se modifiquen estas; ni siquiera a través de la entrevista psiquiátrica se consigue predecir sin margen de error si el paciente cometerá o no suicidio.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

La Escala de Desesperanza de Beck fue construida por Aaron T. Beck et al. en el Centro de Terapia Cognitiva del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, para evaluar el pesimismo en los pacientes con riesgo suicida. Beck y sus colaboradores construyeron un instrumento a partir de enunciados pesimistas sobre el futuro

que fueron seleccionados de las descripciones realizadas por los pacientes. Las 20 proposiciones escogidas las denominaron Escala de Expectativas Generales (GES, por sus siglas en inglés). En 1974, se cambiaron algunas palabras en ciertas proposiciones y se presentó en forma definitiva la actual versión de la escala. La escala está compuesta por 20 proposiciones definibles por verdadero o falso que evalúan el alcance de las expectativas negativas referidas al futuro inmediato y a largo plazo. Las respuestas son sumadas para dar un puntaje que va de 0 a 20, con un punto de corte de 9 o 10 de acuerdo con la población en que se validó. Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto, y los que no la indican se califican con 0 puntos. Los puntajes proveen una medida de la severidad de desesperanza: 0-3 mínimo o normal, 4-8 leve, 9-14 moderado y 15-20 severo. El objetivo principal de la escala es medir la desesperanza, sin embargo, varios estudios mostraron que era un buen predictor de intentos suicidas y de riesgo suicida.

La Escala de Desesperanza de Beck es un cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus expectativas futuras. La Escala de Desesperanza de Beck **evalúa el factor afectivo (sentimientos de futuro), el motivacional (pérdida o no de motivación) y el cognitivo (expectativas de futuro).**

Sus resultados indican la severidad de la desesperanza de una persona, lo que puede ser un factor de riesgo de pensamientos suicidas e intentos autolíticos. Para realizarla, hay que contestar verdadero o falso a 20 preguntas.

Puntuación

Aplicando la puntuación correspondiente a cada respuesta se obtiene un resultado que puede orientar acerca del estado de desesperanza que vive la persona.

La evaluación de las respuestas de la Escala de Desesperanza de Beck se realiza del siguiente modo:

- 1 punto cuando se ha contestado “verdadero” a las siguientes cuestiones: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.
- 1 punto cuando se ha contestado “falso” a las preguntas: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19.

- 0 puntos en todos los demás casos.

Resultados

Los expertos consideran que, a partir de 9 puntos, ya puede haber cierto riesgo de ideas suicidas, por lo que conviene consultar con un profesional médico especializado

- **0-3 puntos:** Normalidad
- **4-8 puntos:** Leve desesperanza
- **9-14 puntos:** Moderada desesperanza
- **15-20 puntos:** Severa desesperanza

2.9.- VALIDACION DEL INSTRUMENTO EN MEXICO

En un estudio realizado en la ciudad de México en el 2014 con una muestra de 971 estudiantes de ambos sexos elegidos en forma aleatoria, con un promedio de edad de 16.75 años, se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck. Se calculó la consistencia interna y la estructura factorial con el procedimiento reportado por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) en muestra total y por sexo. Los resultados indicaron confiabilidad adecuada ($\geq .70$), con una especificidad del 94% y sensibilidad 97%.

3.- JUSTIFICACION

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es la segunda causa de muerte en la adolescencia y adultos jóvenes, hablar sobre riesgo suicida en la adolescencia resulta difícil por varias razones; porque se considera un tema trágico, un tabú que preferimos no mencionar, por temor a que se incremente el riesgo en adolescentes que intenten quitarse la vida, por considerar que el suicidio no es tan frecuente en estas edades, pues es una etapa de la vida con muchas potencialidades para desarrollar una existencia creativa y creer que cuando ocurre, puede ser un acto impulsivo, no bien pensado.

Cada una de estas razones constituyen mitos relacionados con la conducta suicida y no reflejan en modo alguno las evidencias del suicidio en la adolescencia. Aprender a cuidar la única vida que tenemos los seres humanos es una cualidad que debe ser desarrollada desde la más temprana infancia. Enfrentar la vida con soluciones no suicidas mejorará la calidad de vida, de los adolescentes.

Según la OMS cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.

Al suicidio solo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes en vehículos de motor y lo más grave es la tendencia a incrementarse según los estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En México 4 de cada 10 jóvenes entre 15 a 29 años, muere por suicidio, en el cual la conducta suicida es el principal factor de riesgo y está se desarrolla por diversos factores, entre los cuales la funcionalidad familiar contribuye sobre el intento suicida.

Es en este periodo de transición de la niñez hacia la adultez donde se presentan una serie de eventos que de no ser identificados en forma oportuna pueden tener efectos devastadores en la vida del adolescente, los programas integrados de salud están diseñados para mejorar la calidad de vida de los derechohabientes, desde el ámbito preventivo hasta la atención de algún padecimiento. De igual forma, se busca mejorar la atención brindada en los servicios de salud, siendo este el principal objetivo del programa de prevención juvenimss.

Es difícil establecer límites cronológicos para el periodo de adolescencia, es por ello que el programa juvenimss se rige de acuerdo con los conceptos convencionalmente aceptados por la organización mundial de la salud, dividiendo la adolescencia en 2 fases, adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años).

Se ha estudiado que la tendencia de riesgo suicida es mayor en el grupo de adolescencia tardía debido a todos los cambios físicos, emocionales y psicológicos que implican la posterior transición a la adultez, es por esto la necesidad de realizar tamizaje de riesgo suicida en este grupo etario (15-19 años) el cual no debe pasar desapercibido. Lo que demanda nuevas estrategias y

programas preventivos y el reto que se debe plantear el médico familiar es mantener una adolescencia saludable en un contexto biopsicosocial

Dado lo anterior se realizará el presente estudio motivados por conocer la prevalencia de riesgo de suicidio en el adolescente de 15-19 años del programa juvenimss en la población de la UMF 15, CDMX. e identificar factores asociados para fortalecer la cultura de prevención mediante el tamizaje como potenciales dianas para el posterior diseño de estudios de intervención.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen la aparición de determinada condición mórbida es una estrategia válida para su prevención. Este principio es aplicable a el riesgo suicida.

Ante todo, hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial, así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Los adolescentes deben lidiar simultáneamente con una variedad de problemas psicosociales, consolidar un sentido de identidad y madurar cognoscitiva y emocionalmente. Son confrontados

con la emergencia de una autonomía, el rechazo a la autoridad parental, el incremento de responsabilidades sociales y académicas y un deseo de intimar con otros.

Este período de transición representa un tiempo de exploración de la identidad donde se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de trabajo o estudio y en la visión del mundo. Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes cursen con síntomas depresivos o conductas suicidas por la inhabilidad de enfrentar cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante este período crucial del desarrollo. El programa preventivo juvenimss busca brindar a los adolescentes las armas para enfrentar dichos cambios brindando la información de los principales riesgos que se pueden enfrentar en la adolescencia, evitando así conductas desadaptativas asociada a sus rápidas experiencias de cambios.

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública, según las estimaciones de la a nivel mundial ha aumentado las tasas del suicidio entre los jóvenes.

Existe poco interés respecto a las necesidades sentidas por los adolescentes dado que se considera se encuentran “en la edad de la punzada”, por lo cual se toma como normal los cambios de estado de ánimo que se presentan y es un pensamiento erróneo, pues muchos adolescentes no se sienten satisfechos de sus vidas. La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando cuenta con un miembro adolescente, es frecuente que los profesionales de salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades, sin tener en cuenta el contexto familiar y las etapas de ciclo vital de la familia donde se generan un sin número de cambios, contribuyendo esto a un desequilibrio biopsicosocial, en México no existe la cultura de tamizaje respecto a esta área, y son pocos los estudios y las herramientas encaminados a detectar el riesgo suicida en el adolescente ya que muchas de ellas no están validadas en el país.

Con base en lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia del riesgo suicida en adolescentes en etapa tardía del programa juvenimss de la unidad de medicina familiar no15 IMSS Ciudad de México?

5.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

conocer la prevalencia de riesgo suicida en adolescentes en etapa tardía del programa juvenimss de la unidad de medicina familiar no.15, IMSS ciudad de México

5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el grado de riesgo suicida en el adolescente.
2. Identificar el sexo predisponente a el riesgo suicida.
2. determinar el riesgo suicida por genero y edad.
- 3.- Identificar los factores de riesgo modificables para riesgo suicida en los adolescentes a los que se les aplique el instrumento de evaluación.

6.- HIPOTESIS

La prevalencia del riesgo suicida en adolescentes en etapa tardía es igual a la reportada en la literatura del 7%

7.- MATERIAL Y METODOS

7.1.- DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el comité local de investigación y las autoridades correspondientes de la unidad de medicina familiar, se procederá a aplicar la escala de desesperanza de Beck a adolescentes del programa juvenimss, en las instituciones escolares correspondientes que el programa de juvenimss de la unidad ya tiene establecido, siempre y cuando se cumplan con los criterios de inclusión, a cada uno de los participantes se les hará saber la finalidad del estudio y previo consentimiento informado se aplicara la escala para recabar datos

7.2.- DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, analítico, transversal y prospectivo.

Universo de trabajo.

La población de adolescentes en etapa tardía (15 -19 años) adscritos a la UMF No. 15 del programa juvenimss, CDMX.

Tipo de muestreo: a conveniencia.

Tamaño de la muestra: 153.77, se redondeó a 153 adolescentes en etapa tardía.

Cálculo del tamaño de muestra.

7.5.- MUESTRA

Se calculó el tamaño de muestra con base a la fórmula para poblaciones finitas.

Donde:

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la fórmula sería

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = número de muestra

- N = Total de la población..... 336
- Z_{α} = intervalo de confianza..... (1.96²)
- p = proporción de observación o esperada..... (en este caso 7% = 0.07)
- q = 1 – p..... (en este caso 1-0.07 = 0.93)
- d = precisión..... 3 %

$$\frac{336 * 3.84 * 0.06}{((0.0009) (9423)) + 3.84 * 0.06}$$

Tamaño de muestra: 153,77 sujetos adolescentes que hacen parte del programa juvenimss

Población: 153

7.6.- RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se llevará a cabo mediante el siguiente orden:

A.- La recolección de datos de llevara a cabo en las sesiones propuestas por el servicio de trabajo social dentro del programa juvenimss.

B.- Autorización de autoridades escolares y padres de familia.

C.- Se considerará un área específica lo más cómodamente posible (aulas o auditorios).

D.- Plática informativa acerca del tema

E.- Llenado de los cuestionarios con un tiempo aproximado de 30 minutos, por parte de los adolescentes

F.- Recolección de datos por parte del investigador responsable.

E.- Todos aquellos sujetos que sean detectados con riesgo suida, se les bridarán apoyo mediante canalización con el servicio de psiquiatría su valoración integral.

7.7.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de Inclusión:

- ✓ Adolescentes en etapa tardía hombres y mujeres que pertenezcan al programa juvenimss
- ✓ Firmar consentimiento informado por parte de las autoridades de la institución académica a la que se acude
- ✓ Que los adolescentes participen de forma voluntaria

Criterios de Exclusión:

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

Criterios de Eliminación:

- ✓ No contestar por completo el instrumento de medición.

7.8.- ASPECTOS ESTADISTICOS

Se realizo cálculo de la muestra mediante la fórmula de población finita, con un porcentaje de error del 3%, nivel de confianza 95% lo cual nos da una muestra de 153

Población: personas adolescentes en etapa tardía de a partir de los 15 años a 19 años, que pertenezcan al programa juvenimss de la Unidad de Medicina Familiar No. 15 Prado Churubusco de la Ciudad de México.

Periodo de estudio: junio-septiembre 2019

Recolección de muestra: agosto 2019

Técnica de muestreo: probabilístico.

7.9.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	FUNCION	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	CODIFICACION
Variable dependiente Riesgo Suicida	Proceso que inicia con la idea de suicidio, planeación hasta el intento suicida, es un proceso heterogéneo, que en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Escala de Beck 0-3 puntos normal 4-8 puntos leve desesperanza 9-14 puntos moderada desesperanza 15-20 puntos severa desesperanza	Riesgo leve Riesgo Moderado Riesgo Severo
Edad	La etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Los adolescentes luchan por la identificación del Yo y por la estructuración de su existencia basada en esa identidad	Co-variable	Cuantitativa Continua	Pregunta en Cuestionario Adolescentes de 15-19 años	Años
Sexo	Condición Biológica que distingue a las personas en hombre y mujeres	Co-variable	Cualitativa Nominal	Pregunta en Cuestionario Masculino Femenino	Masculino= 0 Femenino= 1

Escolaridad	Periodo de tiempo que dura un joven en una escuela para estudiar y recibir enseñanza.	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Pregunta en Cuestionario Analfabeta Primaria Secundaria Nivel medio Otro	Analfabeta= 0 Primaria= 1 Secundaria= 2 Nivel medio= 3 Otro=4
Rendimiento escolar	Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar.	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Pregunta en cuestionario Menor a 7= malo 7-8= regular 8-9= bueno 10= excelente	Malo= 0 Regular=1 Bueno=2 Excelente=3
Ocupación	Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo y se ejerce públicamente	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Pregunta en Cuestionario Estudiante Empleado Ambos	Estudiante= 0 Empleado= 1 Ambos=2
Vida sexual activa	Tiene en cuenta la primera relación sexual de una persona con su pareja	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Pregunta en Cuestionario No Si	No= 0 Si=1

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Pregunta en Cuestionario Soltero Casado Unión libre Otro	Soltero= 0 Casado= 1 Unión libre=2 Otro= 3
Hijos	Aquel individuo respecto de su madre y de su padre; esta situación implica una relación de consanguinidad entre padres e hijos.	Co-variable	Cualitativa Ordinal	Pregunta en Cuestionario No Si	No=0 Si=1
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Co-variable	Cualitativa Nominal	Pregunta en Cuestionario Ninguna Católica Testigo de jehová Cristiano Otra	Ninguna= 0 Católica= 1 Testigo de Jehová =2 Cristiano= 3 Otras= 4
Tabaquismo	Adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos, la nicotina.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Pregunta en Cuestionario No Si	No=0 Si=1

Alcoholismo	Consumo de alcohol, cerca de cinco o más bebidas en dos horas para los hombres y cuatro o más bebidas en dos horas para mujeres.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Pregunta en Cuestionario No Si	No=0 Si=1
Otras drogas (marihuana, cocaína, etc.)	consumo de determinados productos, en especial drogas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica	Co-variable	Cualitativa Nominal	Pregunta en Cuestionario Ninguno Marihuana Cocaína Inhalantes Otros	Ninguno=0 Marihuana=1 Cocaína=2 Inhalables (PVC, thinner, resistol)=3 Otros= 4
Comorbilidades	Termino medico en el cual, se encuentra un grado de asociación entre dos patologías diferentes en un mismo sujeto.	Co-variable	Cualitativa Nominal	Pregunta en Cuestionario Ninguna Asma Dm1 Enf del corazón Otras	Ninguna=0 Asma=1 DM1=2 Enf. Del corazón=3 Otras= 4

7.10.- PLAN DE ANALISIS

Análisis estadístico

Una vez que se recolecten los datos mediante los instrumentos de recolección propuestos se procederá a la captura de la información en Microsoft Office Excel 2015. Posteriormente se exportará la base de datos al programa estadístico SPSS v. 25 de IBM Mediante el cual se realizará limpieza y depuración de datos aberrantes, erróneos o faltantes, así como valores fuera de rango.

Para el análisis descriptivo se utilizarán estadística descriptiva con medidas de frecuencia tales como media, mediana, moda y de dispersión como desviación estándar, valores mínimos y máximos, rangos para variables cuantitativas y proporciones o porcentajes para variables cualitativas, se realizará prueba para prevalencia de población (prueba z), y búsqueda intencionada de factores de riesgo con razón de momio

8.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PREVALENCIA DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES DEL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.15, IMSS, CIUDAD DE MÉXICO.

TIEMPO	2017		2018		2019	
	MARZO MAYO	JUNIO AGOSTO SEPTIEMBRE DICIEMBRE	ENERO FEBRERO MAYO	JUNIO AGOSTO	ENERO FEBRERO	MARZO ABRIL MAYO JUNIO JULIO AGOSTO SEPTIEMBRE
Elección de tema y revisión bibliográfica	R	R				
Elaboración protocolo	R	R	R	R		
Presentación /autorización del proyecto por el CJES						P
Recolección datos						P
Análisis resultados						P
Redacción tesis						P

T=Tiempo P=Programar R=Real

9.- RESULTADOS ESPERADOS Y APORTES DEL ESTUDIO

Limitaciones del estudio:

Nos enfrentaremos a diferentes limitaciones propias de los diseños transversales. Entre la más considerable el nivel de relación causal será débil. Además de potenciales sesgos de medición: generados por los participantes, entrevistadores e instrumentos. Dado que se trata de información sensible se cuestiona la validez y confiabilidad de las respuestas.

10.- ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se llevará a cabo de acuerdo con los principios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la principalmente en su título primero (Disposiciones generales que tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, el cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado. se Aplica en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social) y en el segundo (De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos).

Calificando la investigación de acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud con un riesgo mínimo obteniendo datos por medio de procedimientos comunes.

El presente estudio se regirá por informe Belmont en sus aspectos vigentes de Respeto, Beneficencia y Justicia, se han validado a través del uso del consentimiento informado que se entregara al paciente adolescente donde se expresa de manera detallada en qué consiste el estudio, así como los propósitos de este, quedando abierta la posibilidad de no participar si lo consideran necesario.

La participación será voluntaria y se protegerá los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación. Prevaleciendo el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurará la confiabilidad de dichos datos.

En la realización del presente proyecto no se violenta la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos Asamblea General 52°, en Edimburgo, Escocia en el año 2000.

El riesgo es mínimo, solo la molestia y pérdida de tiempo que le tome al participante adolescente de realizar el cuestionario. No se realizarán procedimientos invasivos. Sin embargo, todos los participantes se le someterá al proceso de consentimiento informado y de asentimiento, el cual será firmado previa lectura y explicación del protocolo, así la participación será voluntaria, el beneficio que el participante adolescente obtendrá será el de conocer el resultado de su evaluación, el cual le será entregado con posterioridad.

Código de Nuremberg

En 1997, el Código de Nüremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. Sus recomendaciones son las siguientes:

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.

VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

11.-RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO

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 de la Unidad de Medicina Familiar No.15
- Sala de espera
- Sillas en la sala de espera

Recursos financieros

- Serán proporcionados por el investigador principal.

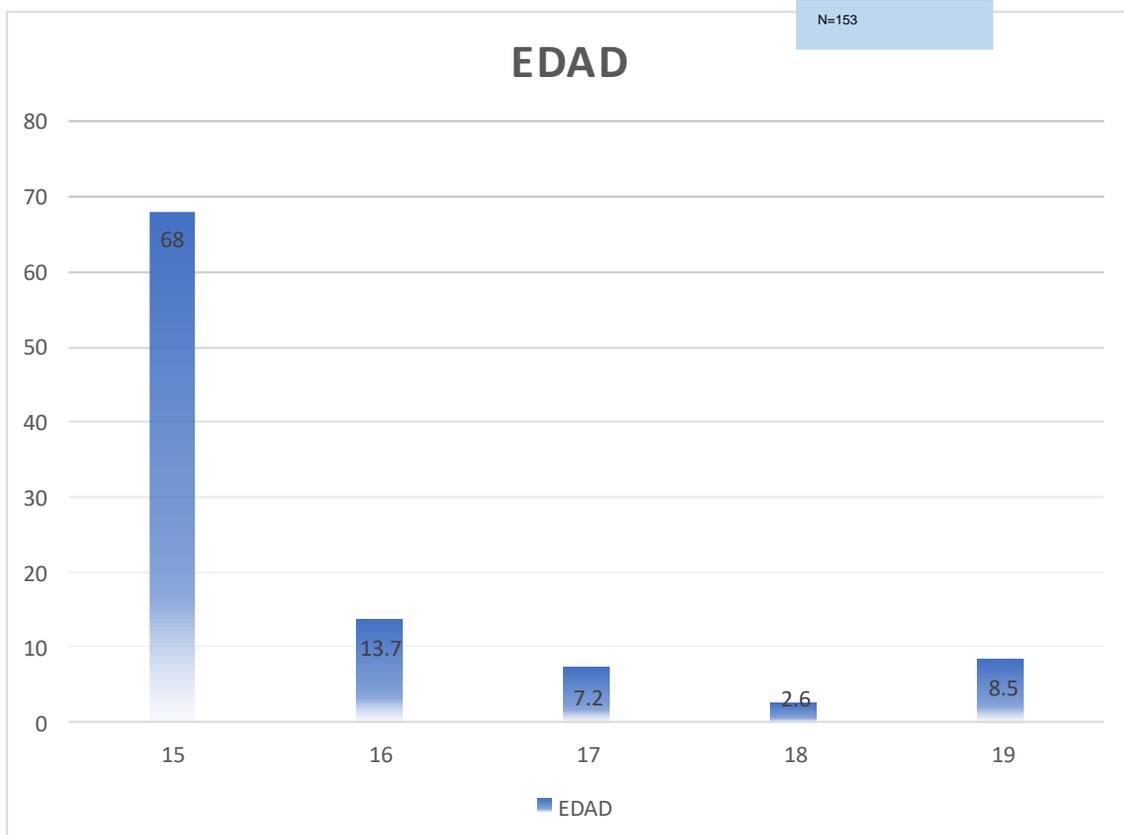
12.- FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Es un estudio factible ya que se cuenta con el equipo de investigadores y experta clínica y metodológica, que tienen experiencia en el tema a desarrollar.

13.-RESULTADOS

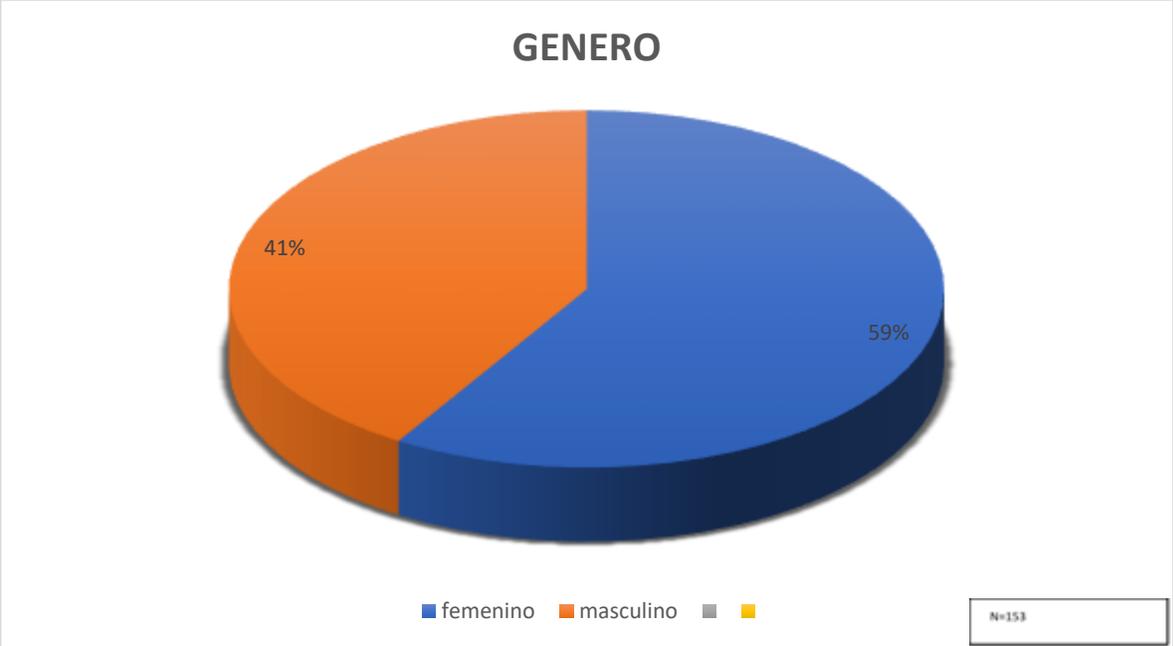
El presente estudio fue conformado por 153 adolescentes entre las edades 15-19 años con una media de 15.7 años, mediana de 15 años, y una moda de 15 años, con una desviación estándar 1.241 años.

Grafica 1.- Grupo por edad de adolescentes encuestados (Escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no. 15 año 2019.



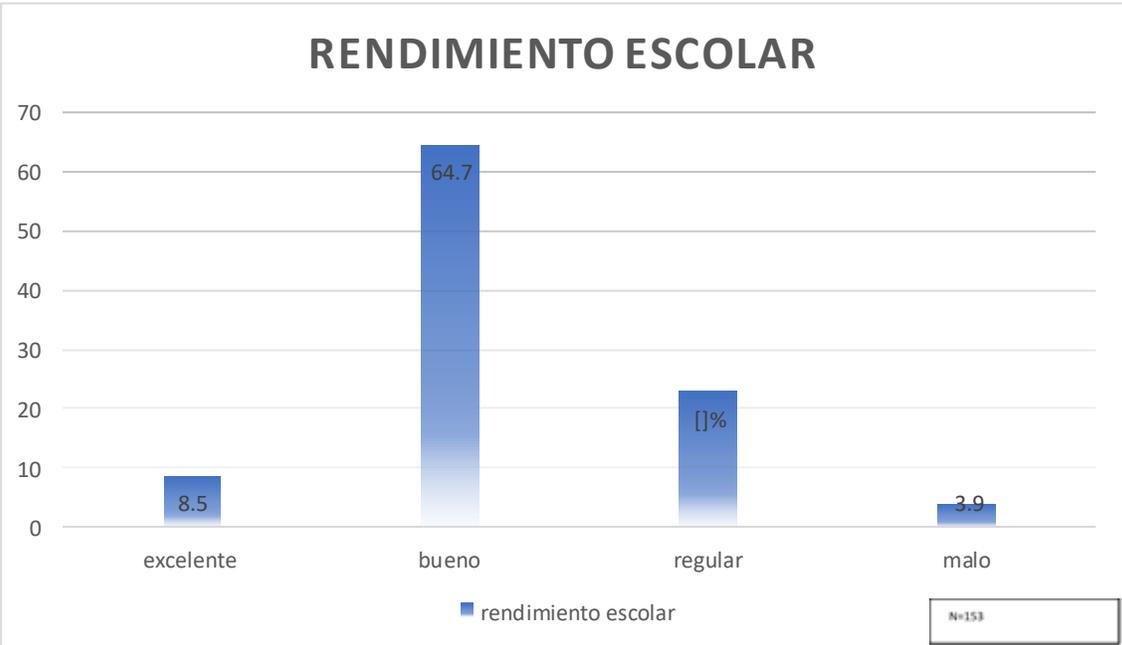
En la encuesta se observó mayor porcentaje en sexo femenino en un 58.8% en comparación con el masculino en un porcentaje del 41.2 % (ver grafica 2)

Grafica 2.- Grupo por genero de adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



Otro punto a destacar fue el rendimiento escolar, de los 153 encuestados donde la mayoría tienen un rendimiento bueno en el 64.7 %, seguido de un rendimiento regular de un 22.9 %, (grafica 3).

Grafica 3.- Grupo por rendimiento escolar de adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



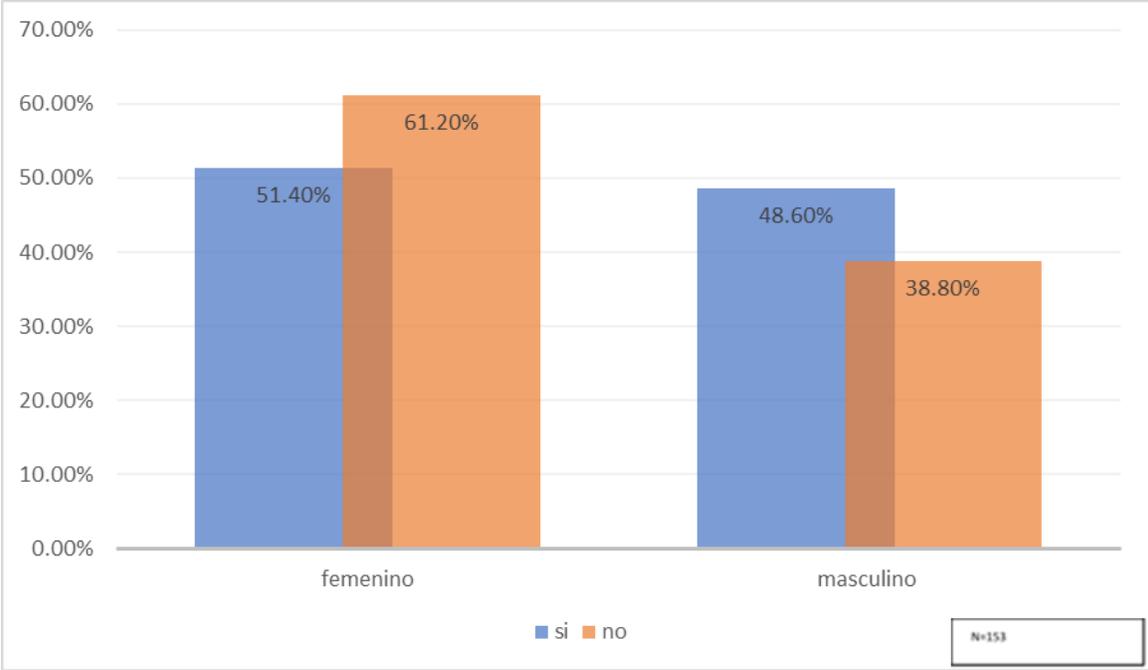
Otro rubro que se evaluó fue la ocupación de los encuestados, donde se observó que la mayoría estudiaba (91.5%). (grafica 4)

Grafica 4.- Grupo por ocupación de los adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



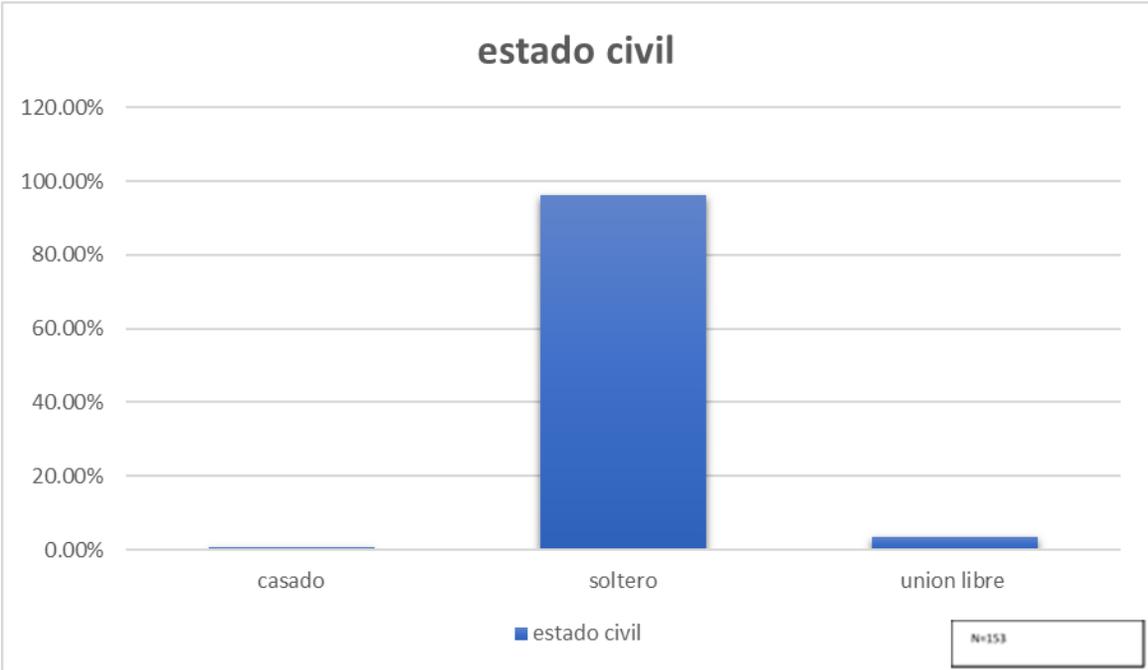
De lo observado en cuanto a la vida sexual activa se obtuvo que la mayoría de los encuestados no ha iniciado vida sexual en un 75.8%, en comparación con los que ya tienen vida sexual que es un 24.2%. de lo anterior se tiene que el sexo femenino en un 54.1% ha iniciado su vida sexual activa en comparación con los varones encuestados. (ver grafica 5)

Grafica 5.-Grupo por vida sexual activa de los adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



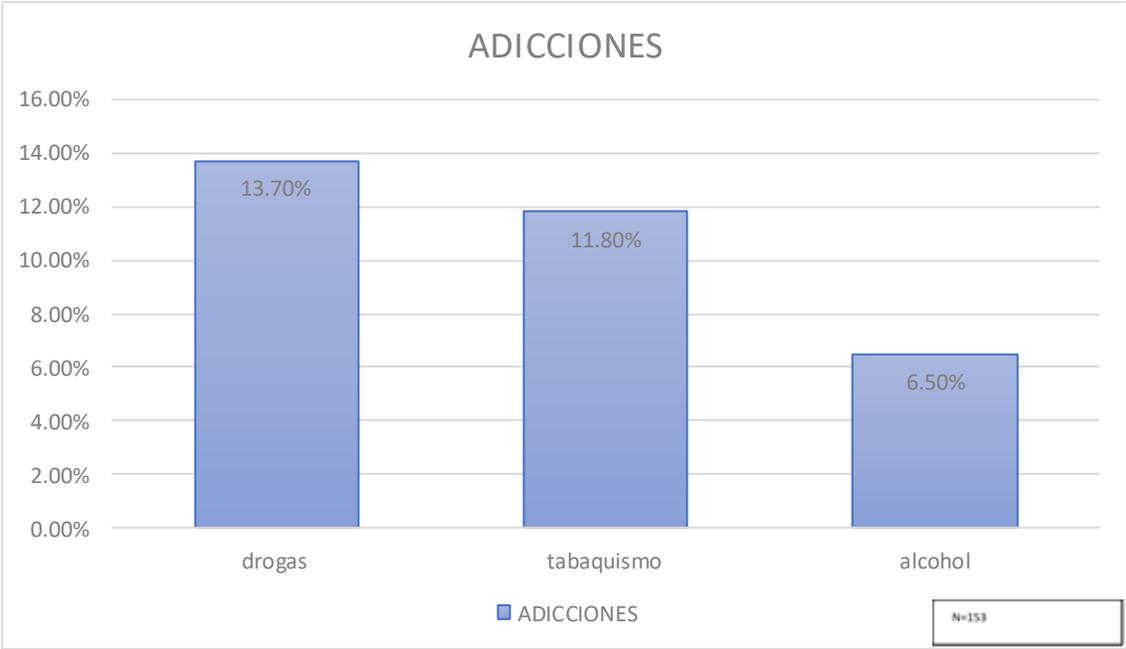
Se busco intencionadamente el grado de responsabilidad de los encuestados , mediante estado civil y el numero de hijos , ya que estos se concideran indicadores de alta responsabilidad. con respecto al estado civil se observó que la mayoría son solteros en un 96.1%, seguido de unión libre en un 3.3%; de los encuestados que tienen hijos representan el 1.3%. (ver grafica 6)

Grafica 6 Grupo estado civil de los adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



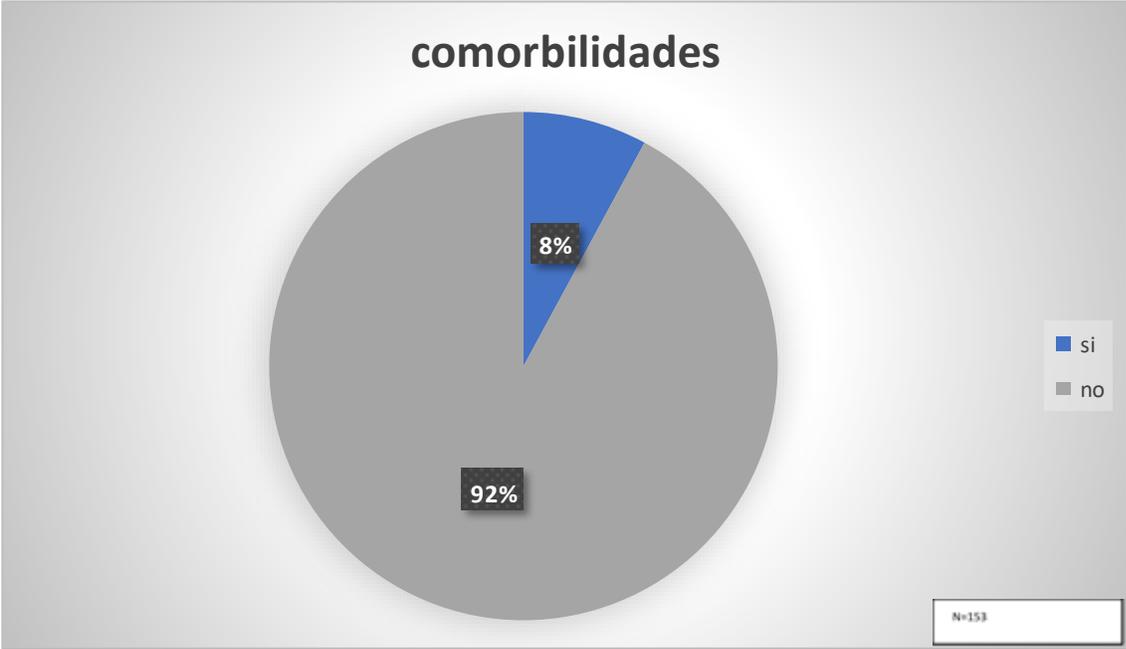
Dentro de las adicciones que se evaluaron se obtuvo como respuestas que en un 13.7% se consumen otro tipo de drogas (inhalantes cocaina, mantanfetaminas etc), en según lugar en un 11.8% el tabaquismo, y quedando en un 3 er lugar con un 6.5 % el alcohol. La marihuana como droga recreativa se encontro en el 5,2 % de “otro tipo de drogas” . (ver grafica 7)

Grafica 7.- Grupo de adicciones de los adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



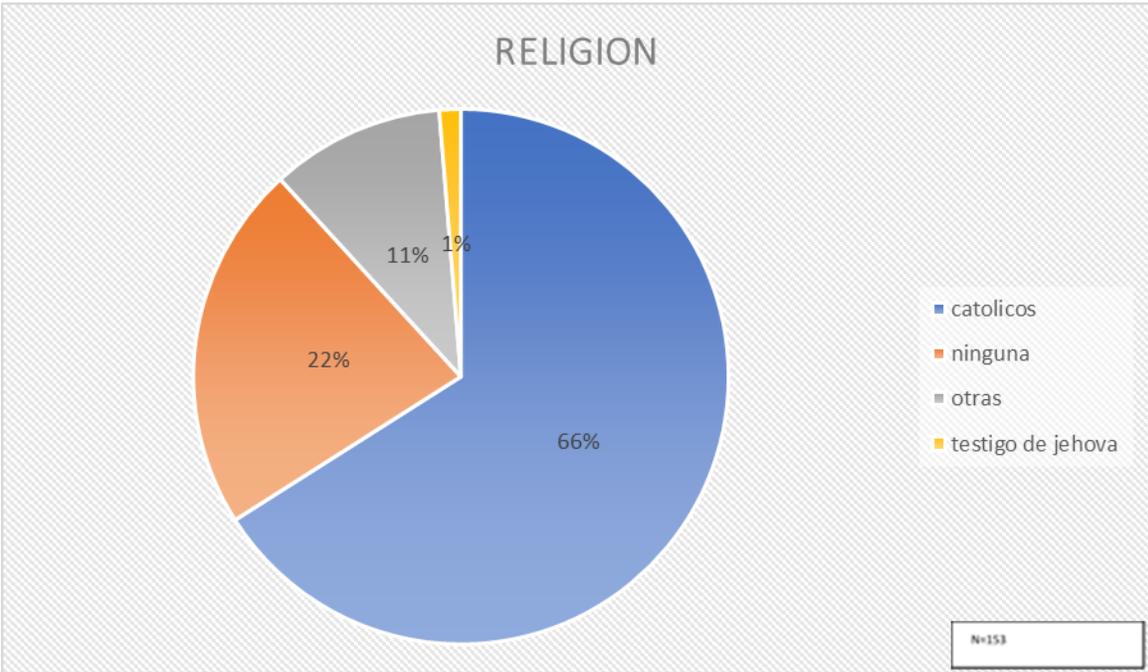
Se encuestaron comorbilidades, en donde se observó que un 7.9% de la población encuestada la presenta, (asma 0.7%, enfermedades del corazón 2.6%, y otras 4.6%) (ver grafica 8)

Grafica 8.- Grupo de comorbilidades de los adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



Se ha estudiado en la literatura que los que tienen un tipo de creencia, cuentan con menor prevalencia de riesgo suicida ya que se encuentra como factor protector; en su mayoría católicos en el 66 % seguidos de ninguna religión 22.2%. (grafica no. 9)

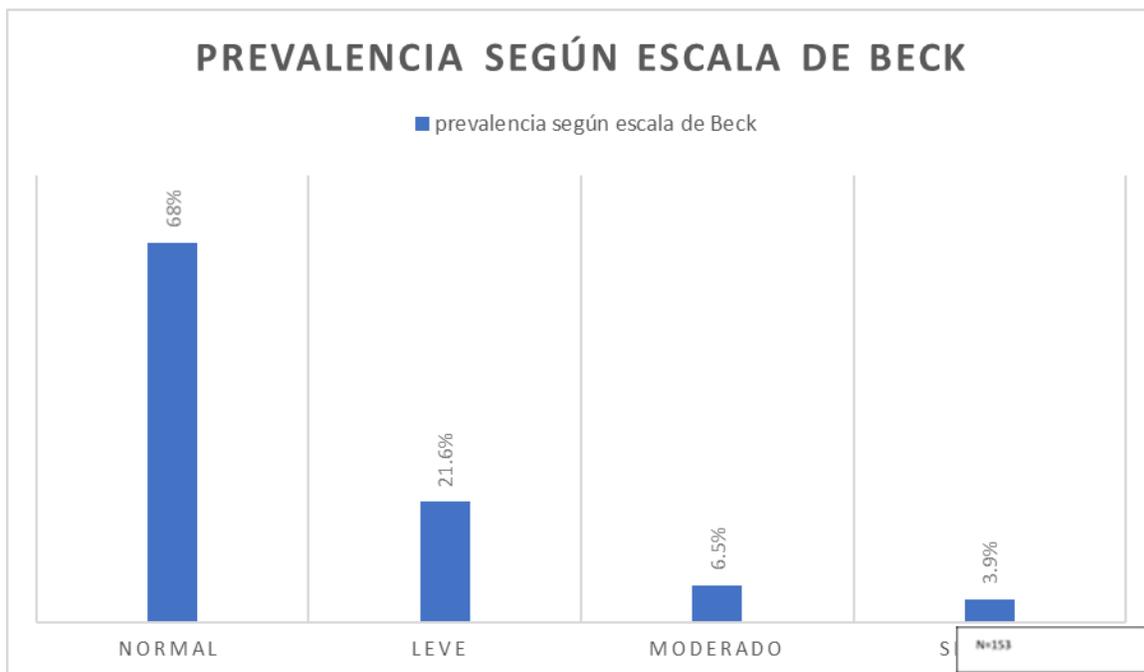
Grafica 9.- Grupo de creencias religiosas de los adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



PREVALENCIA DEL RIESGO SUICIDA SEGÚN LA ESCALA DE BECK

La Escala de Beck cuenta con 20 ítems para evaluar, de los cuales darán como resultado de acuerdo con puntuación leve, moderado o severo riesgo para suicidio. En función de la puntuación total el corte divide a escala en riesgo bajo de cometer suicidio (0-8 puntos) y riesgo alto de cometer suicidio (9-20 puntos). los resultados obtenidos en las encuestas dieron como resultado un 10.4% de riesgo alto de cometer suicidio ver grafica (grafica 10)

Grafica 10: porcentaje de riesgo suicida según Escala de Beck adolescentes encuestados (escala de Beck) del programa juvenimss unidad de medicina familiar no 15 año 2019.



En el presente estudio, el sexo masculino , tuvo mayor prevalencia en un 15.9% en comparacion con el sexo femenino que se obtuvo un 6.6% .

En este estudio realizado los adolescentes del programa juvenimss se observo que habia una relacion en el 20% al consumo de alcohol, 16.7% al tabaquismo y un 38.1% a otras drogas relacionado con el riesgo suicida.

En cuanto a rendimiento escolar bajo se observo que el 24.4 % tenian un riesgo suicida según la escala de beck.

El inicio de vida sexual temprana en este estudio arrojó un 13.5% en aquellos adolescentes del programa juvenimss con puntaje alto para riesgo suicida según la escala de beck .

Hablando del estado civil, se observo en un 9.5% de riesgo alto según la escala de beck.

Los resultados obtenidos por puntuación de la escala de Beck en la población estudiada se obtuvo un mínimo de 0 y un máximo de 17 puntos con una media 3.46, mediana 2, moda 1 desviación estándar de 3.905

El resultado de la prueba z es de $z=3.4$ (0.315), lo que indica este resultado es que la prevalencia de estudio no es igual a la reportada a la literatura

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RIESGO SUICIDA SEGÚN LA ESCALA DE BECK

Factor de riesgo	Razón de momios	Rango Minino	Rango Máximo
Menor a 16 años	0.44	0.141	1.399
Mayor a 16 años	2.2	0.7	7.1
Genero	0.379	0.130	1.102
Rendimiento Escolar malo	5.699	1.919	16.923
Ocupación	4.741	1.269	17.712
Vida sexual	1.491	0.482	4.611
Estado civil	0.211	0.035	1.254
Alcohol	2.304	0.445	11.931
Drogas	9.538	3.068	29.658
Tabaquismo	1.877	0.479	7.350
Comorbilidades	1.814	0.361	9.126
Hijos	1.19	1.059	1.182
Religión	2.336	0.782	6.975

Dentro de los factores de riesgo que se buscaron intencionadamente, sobresalieron: el rendimiento escolar 5.699 (IC 95% 1.919-16.923), ocupación 4.741 (IC 95%1.269-17.712),

Drogas 9.538 (IC 95% 3.068 -29.658), Hijos 1.19 (IC 95% 1.059-1.182). Los demás factores que se buscaron no resultaron significativos.

14.- DISCUSIÓN

El estudio fue compuesto por 153 encuestas para adolescentes del programa juveimss, entre las edades de 15 a 19 años, prevaleciendo en un 68%, con edad de 15 años, en esta población la mayoría en un 58.8% fue del sexo femenino.

La mayoría de los encuestados solo estudiaba en un (91.5%), con un rendimiento escolar bueno del 64.7%. De estos adolescentes el 24.2 % tienen vida sexual activa; encontrándose el sexo femenino con mayor porcentaje en un (54.1%).

En la población estudiada la mayoría son solteros con un 96.1%, seguidos de unión libre con el 3.3% y de estos el 1.3% tienen hijos.

De los adolescentes encuestados se encontró que consumen otro tipo de drogas (inhalantes, cocaína, etc.) en el 13.7%, en segundo lugar, tabaquismo con 11.8% y en tercer lugar el alcohol con 6.5%, cabe mencionar que la marihuana ocupó el 5.6 % como droga recreativa.

Se buscaron comorbilidades en donde se observó, que el asma, enfermedades del corazón (sin especificar) otras comorbilidades (sin especificar) nos da un 7.9% de la población.

La religión como factor protector alcanza a un 66% siendo el catolicismo la más frecuente, seguido de 22,2% que no tenían ninguna religión.

El trabajo realizado en la unidad de medicina familiar No. 15, reportó que la **prevalencia de riesgo suicida en la población de juvenimss fue del 10.4%**, notándose un incremento a partir de referencias del año 2017, el cual fue del 7%, para el año 1997 la prevalencia fue del 8.3% y para el 2000 fue del 9.5%. para el presente estudio se observa un incremento del más del 3%. En México, los datos epidemiológicos muestran un incremento constante en la tasa de riesgo suicida en la población joven, en particular a la población de 15 a 19 años. A diferencia de otros estudios anteriores la mayor proporción de riesgo suicida correspondió al sexo masculino (15.9%), mientras que el 6.6 % de los riesgos suicidas fue femenino.

Con respecto a las adicciones otras drogas (inhalantes, cocaína, cristales etc.) fue la adicción más prevalente en el riesgo suicida, seguida de alcoholismo, y tabaquismo en un tercer lugar; es de suma relevancia este punto observado, ya que la prevalencia del consumo de drogas es más alta que el consumo de drogas socialmente aceptadas.

El inicio de vida sexual temprana estuvo relacionado con puntaje alto de la escala de Beck en un 13.5%.

La literatura nos habla de factores de riesgo, como los son: el género, el rendimiento escolar, la ocupación, la vida sexual, estado civil, drogas, alcohol y tabaco, así como factores protectores tales como: las creencias religiosas y los hijos que en este estudio se encontraron como factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo que se buscaron intencionadamente, sobresalieron: el rendimiento escolar 5.699 (ic 95% 1.919-16.923), ocupación 4.741 (ic 95%1.269-17.712), drogas 9.538 (ic 95% 3.068 -29.658), hijos 1.19 (ic 95% 1.059-1.182).

15.-CONCLUSIONES

- 1.- La prevalencia observa en este estudio (10.4%) es mayor a la reportada en la literatura nacional, de este el 3.9 % correspondió a riesgo severo, y el 6.5% a riesgo moderado y 21. % a riesgo leve. por lo que es importante verlo como un problema de salud en el adolescente real.
- 2.- El género masculino a diferencia de la literatura reportada tuvo mayor prevalencia que las mujeres, en un 15.9%.
- 3.- Las otras drogas (inhalantes, cocaína, cristales etc.) en un 13.7%, en nuestra población encuestada tuvo mayor prevalencia a diferencia a lo reportado en la literatura, dejando al tabaquismo y alcoholismo en segundo y tercer lugar.
- 4.-Estos resultados nos hacen pensar que hay un sub-diagnóstico de riesgo suicida en el adolescente de 15 a 19 años del programa juvenimss.

16.-RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar sesiones para el personal de salud, y dar a conocer la problemática actual del riesgo suicida en el adolescente que se reconozca como un problema de salud pública, que puede ser prevenible.
- 2.- Fomentar el conocimiento de escalas pesquisa como lo es la escala de Beck de riesgo suicida en adolescentes, para el personal de salud.
- 3.-Promover el Funcionamiento Familiar, (alta cohesión y bajo nivel de conflictos familiares), a través de la comunicación medico paciente en la consulta, o realizar grupos de terapia familiar en cada unidad de Medicina Familiar.
- 4.- Darle un realce al día internacional de la prevención al suicido de adolescentes (10 de septiembre) ya sea con jornada, semanas nacionales de la prevención del suicidio.
- 5.-Crear un grupo multidisciplinario (medico familiar, psicología, psiquiatría) en cada unidad de medicina familiar.
- 6.-Difusion de problemática en trípticos, carteles, spots en radio, televisión y videos IMSS en hospitales y unidades de medicina familiar que hablen de este problema.
- 7.- Tamizaje con escala de Beck por parte de trabajo social, al acudir a las escuelas.
- 8.- Promover un Proyecto Educativo de orientación al docente en el cual pueda guiarse en caso de contar con alumno con riesgo suicida.
- 9.- Promover la detección de adicciones en adolescentes, tanto a sustancia licitas como ilícitas.

17.- BIBLIOGRAFIA

1. Brausch AM, Muelhlenkamp J, Body image and suicidal ideation in adolescents. *Bodyimage* 2007; 4:207-217.
2. Vargas HB, Saavedra JE, Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *RevNeuropsiquiatria* 2012; 75(1):19-28.
3. Álvarez-Ariza M, Atienza-Merino G, Cañedo-Magariños C, Et al. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida del SNS 2012.
4. Teraiza E, Meza R. Psycho-Sociocultural and neurobiological factors of suicidal behavior. Artículo de revisión 2009; 1:1-14.
5. Gutiérrez-García A, Contreras C. El suicidio y algunos correlatos neurobiológicos. *Salud mental* 2008; 31(4):321-330.
6. Martín-Campo A, González C, Bustamante J. Adolescent Suicide. *Revista del Hospital General de México* 2013; 4:200-209.
7. OPS. Prevención de la conducta suicida [Internet]. 2016. 91 p.
8. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas[Internet].2014.92p.Availablefrom:
http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=253&Itemid=224.
9. Ventura-Juncá R, Carvajal C, Undurraga S, et al. Prevalencia de ideación suicida en adolescentes de la Región metropolitana de Santiago de Chile. *Rev. Med. Chile* 2010; 138:309-315.
10. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas Suicidas en México; Retrospectiva y situación actual. *Salud pública México* 2010; 52(4):292-304.
11. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales. 2016;(2006):1–13. Availablefrom:
<http://www.idsn.gov.co/index.php/noticias/2148-10-de-septiembre-dia-nacional-y-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio>

12. Pacheco B, Peralta P. Conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. Rev ciencias médicas 2015; 40(1):47-55. Toro-Tobar R, Grajales-Giraldo F, Sarmiento-López J. Riesgo suicida según la triada
13. cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. Aquichan Colombia III-2016;16(4):473-486. Doi:10.5294/aquí.2016.16.4.6
14. Sánchez-Pedraza R, Gómez D, Pinzón A, et al. Aspectos generales sobre evaluación y manejo del paciente con conducta suicida. Revista de la facultad de medicina, Colombia 2001; 49:105-109
15. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb. JA. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta psiquiatría clínica. Editorial medica panamericana; 7ª. Edición: 277-290.
16. Membrillo Luna A, Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Et al. Familia, introducción al estudio de sus elementos. México ETM; 2008. 1ª. Edicion:35-37.
17. Huerta González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. México Alfil; 2005. 1ª. Edición:12-13.
18. Eguilluz-Romo LL, Ayala-Mira M. Relación entre idea suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. Psicología Iberoamericana. México 2014;22(2):72-80.
19. Córdova-Osmaya M, Rosales-Pérez JC. Confiabilidad y validez de Constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. México 2012; 16(26):16-25.
20. González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S, Et al. Escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes Universitarios de la Ciudad de México. Rev salud mental. México 2000; 23(2):21-30.
21. Muñoz J, Pinto V, Catalla H, Et al. Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. RevMed salud pública 2006; 23(4):239-246.

- 22.** Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Villarreal-González ME, Et al. Suicidal ideation among adolescents: A psychosocial analysis. Colegio oficial de psicólogos de Madrid, Rev intervención psicosocial 2010; 19(3):279-287.
- 23.** Cortes-Alfaro A, Aguilar-Valdés J, Suárez-Medina R, Et al. Risk factors associated with the suicide attempt and the criterios on it happened in the adolescents. Rev Cubana de medicina Integral. Cuba 2011; 27(1):33-41.
- 24.** Quitl-Meléndez MM, Nava-Ernult A. Ideación suicida y su relación con el funcionamiento familiar en jóvenes Universitarios Tlaxcaltecas. Acta Universitaria. 2015; 25(2):70-74. Doi:10.15174/au.2015871
- 25.** Ceballos-Ospino G, Suárez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Et al. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Martha. Rev Duazary. Colombia 2015; 12(1):15-22. ISSN 1794-5992.