



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN SUICIDA EN
UNIVERSITARIOS USUARIOS DE ATENCIÓN
PSICOLÓGICA
EN EL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
TESIS**

Proyecto terminal de carácter profesional para obtener el grado de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

M.C. Karla Valeria Suberbiel Ramírez

DIRECTORA DE TESIS:

D. en P. S. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

COMITÉ TUTORIAL:

Codirectora: D. en P. S. Norma Angélica Ortega Andrade

Asesor Externo: M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista



Pachuca de Soto, Hidalgo, junio 2018

ACTAS

Pachuca de Soto, Hgo., Mayo 09 del 2018

D. en C. SERGIO MUÑOZ JUÁREZ
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
DIRECTOR OF GRADUATE STUDIES MASTER IN PUBLIC HEALTH

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna **Karla Valeria Suberbiel Ramírez**, con número de cuenta 137448, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado "*Factores asociados a la ideación suicida en universitarios usuarios de atención psicológica en el Instituto de Ciencias de la Salud*" ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente,
"Amor, Orden y Progreso"

D. en P.S. Andrómeda Ivette Valencia Ortíz

Directora



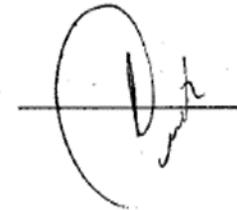
D. en P.S. Norma Angélica Ortega Andrade

Codirectora



M. en S.P. Juan Carlos Paz Bautista

Asesor





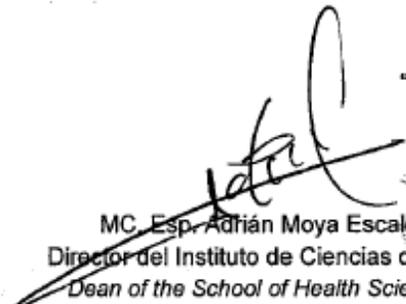
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

Oficio No. ICSa/AAM/MSP/117/2018
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.
 Pachuca de Soto, Hgo., mayo 09 del 2018

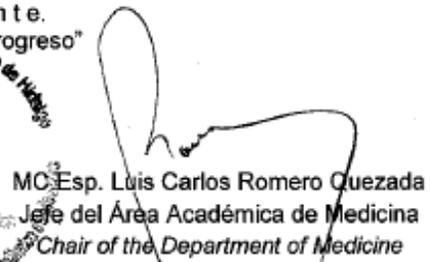
KARLA VALERIA SUBERBIEL RAMÍREZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

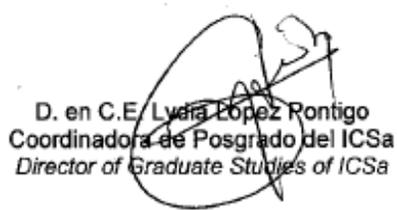
Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **"Factores asociados a la ideación suicida en universitarios usuarios de atención psicológica en el Instituto de Ciencias de la Salud"**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 "Amor, Orden y Progreso"


 MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean of the School of Health Sciences




 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia Lopez Rontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
 Director of Graduate Studies of ICSa


 D. en CSP. Sergio Muñoz Juárez
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

SMJ/mchm*



Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42080
 Teléfono:52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios**, por otorgarme salud, amor, paciencia y sabiduría para lograr mis sueños.

Mi esposo **Murad Helal** quien ha estado conmigo en las buenas y en las malas de esta etapa profesional, quedándose despierto hasta tarde para acompañarme, dándome ánimos para concluir y sobre todo su cariño infinito a nuestra amistad y amor.

Mis padres, **Carlos M. Suberbiel González** y **Ma. de la Luz Ramírez Espinosa** quienes a través de su esfuerzo, amor, protección, educación y valores me han permitido cumplir mis metas y ser una proyección de sus éxitos.

D. en P.S. **Andrómeda Valencia Otíz** por su paciencia, apoyo, consejos, dirección y actitud 100% positiva que me permitió en los momentos más sombríos de este proceso continuar hasta el final sin rendirme.

D. en P.S. **Norma Angélica Ortega Andrade** y M. en S.P. **Juan Carlos Paz Bautista** por su apoyo y tutoría para el logro de este proyecto.

M. en C. **Eduardo Bustos Vázquez** y al M. en S.P. **José Alejandro Müller Sanjuan** por sus conocimientos y experiencia.

A **María Concepción Hinojosa Moedano** por su apoyo, consejos y asesoría durante el desarrollo de la Maestría.

A **Vladimir, Gisela, Javier, Dra. Crispina, Dra. Sandy y Basma** excelentes amigos y compañeros de trabajo, fundamentales para el equilibrio entre mis actividades.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) por su apoyo y patrocinio para la realización de este trabajo de investigación con número de referencia (CVU: 709375).

Dedico este trabajo a todos los que hemos pasado por la pérdida de algún amigo y/o familiar a causa del suicidio, estarás por siempre en mi corazón y pido por tu felicidad eterna “M.E.R.E.”

“La vida es linda, lo malo es que muchos confunden lindo con fácil”

Quino a través de Mafalda.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. LA SALUD MENTAL.....	9
La salud mental como campo de acción para la salud pública.....	9
Políticas en salud mental	17
CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD MENTAL	27
Panorama epidemiológico del paciente deprimido; sintomatología y factores asociados.....	27
Análisis internacional, nacional y estatal de las tasas de morbilidad y mortalidad por depresión	34
Sintomatología y factores asociados a la depresión	42
Comorbilidad presente en el paciente deprimido	48
Diagnóstico y tratamiento para el trastorno depresivo	49
CAPÍTULO 3. EL SUICIDIO.....	57
Conceptualización: el acto suicida como indicador de impacto negativo	57
Panorama epidemiológico de la conducta suicida.....	60
Análisis internacional, nacional y estatal de las tasas de morbilidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente y de la mortalidad por suicidio.....	64
Factores asociados a la conducta suicida.....	71
Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente suicida	83
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	86
Justificación.....	86
Pregunta de Investigación.....	89

Objetivos.....	89
Hipótesis de Investigación.....	90
Material y Métodos.....	90
Muestra.	91
Criterios de elegibilidad.....	91
Sitio del estudio	92
Fuentes de Información	92
Variables	93
Análisis de los datos	98
Consideraciones éticas.....	99
RESULTADOS	100
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	127
REFERENCIAS	138
ANEXOS.....	148

ABREVIATURAS

- **AVAD.** Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad.
- **AVD.** Años Vividos con Discapacidad.
- **AVISA.** Años de Vida Saludables Perdidos.
- **AVPENT.** Años de Vida Perdidos por Enfermedades No Transmisibles.
- **CAUSES.** Catálogo Universal de Servicios de Salud.
- **CENETEC.** Centro de Excelencia Tecnológica en Salud.
- **CES-D.** Escala de Depresión de los Estudios Epidemiológicos.
- **CIE-10.** Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima versión.
- **CISAME.** Centro Integral de Salud Mental.
- **CNDH.** Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- **CONSAME.** Consejo Nacional de Salud Mental.
- **DALY.** Disability Adjusted Life Year (AVAD).
- **DGE.** Dirección General de Epidemiología.
- **DGIS.** Dirección General de Información en Salud.
- **DSM-IV.** Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, cuarta edición.
- **DSM-5.** Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, quinta edición.
- **ENA 2008.** Encuesta Nacional sobre Adicciones 2008.
- **ENED 2002-2003.** Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003.
- **ENEP 2001-2002.** Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2001- 2002.
- **FMREM.** Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental.
- **IASP.** Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio.
- **IC 95%.** Intervalo de confianza del 95%.
- **IHME.** Instituto de Medición y Evaluación en Salud.
- **INEGI.** Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- **OCDE.** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **ONG.** Organizaciones No Gubernamentales.
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud.

- **OR.** Odds Ratio.
- **PAE 2013-2018.** Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018.
- **PND 2013-2018.** Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- **RM.** Razón de Momios.
- **SAP.** Servicios de Atención Psiquiátrica.
- **SEGOB.** Secretaría de Gobernación.
- **SNS.** Sistema Nacional de Salud.
- **SSA.** Secretaria de Salud.
- **SUAVE.** Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.
- **SUPRE.** Programa de la OMS para la prevención del suicidio.
- **TDM.** Trastorno Depresivo Mayor.
- **UNEMES-CISAME.** Unidades Médicas Especializadas para la Atención de la Salud Mental.
- **WHO.** World Health Organization.
- **WMH-CIDI A.** Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2014-2015, México.....	37
Tabla 2. Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2014-2015, Hidalgo.....	38
Tabla 3. Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015, México.....	40
Tabla 4. Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015, Hidalgo.....	41
Tabla 5. Clasificación de los trastornos depresivos, diagnóstico y tiempo de presentación conforme al DSM-5.....	50
Tabla 6. Antidepresivos disponibles en México, dosis recomendada y efectos secundarios conforme al documento de postura “La depresión y otros trastornos psiquiátricos”.....	53
Tabla 7. Países participantes en el Atlas de Salud Mental de la OMS en el informe 2014.	64
Tabla 8. Tasas de morbilidad cruda de las lesiones autoinfligidas intencionalmente por sexo y grupo etario quinquenal, 2015, México.....	67
Tabla 9. Tasas de mortalidad cruda por suicidio en México por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015.	69
Tabla 10. Tasas de mortalidad cruda por suicidio en Hidalgo por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015.....	70
Tabla 11. Descripción de la variable dependiente.....	93
Tabla 12. Descripción de la variable independiente (1).....	94
Tabla 13. Descripción de la variable independiente (2).....	95
Tabla 14. Descripción de la variable independiente (3).....	96
Tabla 15. Descripción de la variable independiente (4).....	97
Tabla 16. Descripción de la variable independiente (5).....	98
Tabla 17. Características sociodemográficas de los universitarios que acudieron a la CAP durante 2015.....	100
Tabla 18. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores sociodemográficos y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.....	104

Tabla 19. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores sociodemográficos y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.....	107
Tabla 20. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores psicológicos y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	111
Tabla 21. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística del periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	112
Tabla 22. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística del periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años de edad y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	114
Tabla 23. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística del periodo de desarrollo de los 12 a los 19 años de edad y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	115
Tabla 24. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores familiares y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	117
Tabla 25. Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los problemas familiares y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	119
Tabla 26. Prevalencias, medidas de asociación y de impacto potencial para la carrera que cursa y su significancia estadística en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	121
Tabla 27. Prevalencias, medidas de asociación y de impacto potencial para los factores psicológicos y su significancia estadística en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	124
Tabla 28. Prevalencias, medidas de asociación y de impacto potencial para el ciclo vital familiar y su significancia estadística en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	125
Tabla 29. Análisis de Regresión Logística Multivariado de los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.	126

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. La salud mental a través de la Gobernanza.....	9
Figura 2. Ajuste de variables en salud pública para los sistemas de salud.	12
Figura 3. Participación en salud para el logro de la salud mental.	13
Figura 4. Actividades en la atención primaria de la salud mental.....	15
Figura 5. Meta de las políticas de salud pública y sus desafíos.	19
Figura 6. Variables para la medición cuantitativa de la felicidad.	20
Figura 7. Pilar de fortalezas a perseguir para la atención a la salud mental y actores negativos actuales.	25
Figura 8. Fortalezas y debilidades de la atención a la salud mental en México.....	26
Figura 9. Trastorno depresivo y su tendencia a la cronicidad; riesgo para la conducta suicida. ...	27
Figura 10. Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por grupo etario quinquenal, 2014-2015, México.	37
Figura 11. Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por grupo etario quinquenal, 2014-2015, Hidalgo.....	38
Figura 12. Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor por grupo etario quinquenal, 2010-2015, México.	39
Figura 13. Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor general por grupo etario quinquenal, 2010-2015, Hidalgo.....	42
Figura 14. Factores asociados a la depresión y estresores negativos en el individuo.	43
Figura 15. Conducta suicida, factores y condicionantes para las estrategias públicas.....	60
Figura 16. Tasas de morbilidad cruda de las lesiones autoinfligidas intencionalmente por grupo etario quinquenal, 2015, México.....	67
Figura 17. Tasas de mortalidad cruda por suicidio en México por grupo etario quinquenal, 2010-2015.....	68
Figura 18. Tasas de mortalidad cruda por suicidio en Hidalgo por grupo etario quinquenal, 2010-2015.....	68
Figura 19. Proporción de universitarios por sexo y grupo etario que acudieron a la CAP durante 2015.....	101

Figura 20. Porcentaje de universitarios que acudieron a la CAP durante 2015 por entidad de residencia.....	102
Figura 21. Proporción de universitarios con y sin actividad laboral y estado civil que acudieron a la CAP durante 2015.	103
Figura 22. Frecuencia relativa de universitarios por carrera y semestre que acudieron a la CAP durante 2015.....	105
Figura 23. Distribución porcentual por sexo de los niveles de ansiedad reportados por universitarios que acudieron a la CAP durante 2015.	108
Figura 24. Distribución porcentual por sexo de los niveles de depresión reportados reportados por universitarios que acudieron a la CAP durante 2015.	109

RESUMEN

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública prevenible que representa una pérdida anual global de veinte millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD); es una de las veinte principales causas de defunción y de carga de enfermedad para todas las edades y en México en los últimos treinta años ha mantenido tasas de crecimiento sostenidas e ininterrumpidas, principalmente en las etapas medias de la vida, aumentando su frecuencia al asociarse con otros trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la ideación suicida en los universitarios que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal a partir de una muestra no probabilística por conveniencia con base en los criterios de elegibilidad que incluyó a 203 universitarios que acudieron durante 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Las fuentes de datos fueron la ficha de admisión, la historia clínica y los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck para la obtención de las variables sociodemográficas, psicológicas y familiares. El análisis estadístico incluyó descripción de variables, estimación de prevalencias, medidas de asociación, de impacto potencial y análisis de regresión logística para los factores asociados.

Resultados: La prevalencia de ideación suicida en la población en estudio fue del 49.26%; siendo más frecuente en los hombres, principalmente en los adolescentes, así como en los que cursaban con depresión leve (OR= 2.29, IC 95%= 1.01-5.19), moderada (OR= 2.51, IC 95%= 1.07-5.90) o grave (OR= 8.39, IC 95%= 3.52-20.00) en quienes se infirió que tienen mayor posibilidad de presentar ideación suicida mientras que aquellos comprendidos entre los 25 y los 29 años de edad (OR= 0.07, IC 95%= 0.01-1.04) o los que formaban parte de familias funcionales (OR= 0.48, IC 95%= 0.23-1.00) tuvieron menor posibilidad de presentar ideación suicida.

Conclusiones: A partir de esta investigación es posible determinar el perfil del paciente en riesgo de suicidio; por lo cual deberá realizarse la búsqueda intencionada de estos e implementarse el uso de los inventarios específicos para conducta suicida para futuras investigaciones que establezcan

causalidad, además de la capacitación a los docentes y a los psicólogos clínicos, así como la conformación de un equipo multidisciplinario y su enlace con las instancias de salud pública mental.

Palabras clave: ideación suicida, universitarios, factores asociados, depresión, ansiedad, familias funcionales, políticas de salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a preventable public health problem that represents an annual global loss of twenty million lives yearly according to the Life Years Adjusted for Disability (DALY). It is one of the twenty leading causes of death for all ages and burden of diseases. Mexico has sustained a continuous increase in suicide rates in the last thirty years; mainly in the middle ages and the suicide frequency increases when it is associated with other mental disorders such as depression, anxiety and substance use.

Objective: To identify the factors associated with university students suicidal ideation and who have attended the Clinic of Psychological Attention (CAP) at the Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), at the Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), from January to December 2015.

Method: This study used an observational, analytical and cross-sectional study method based on a non-probabilistic convenience sample. Participants included 203 university students that were chosen based on the eligibility criteria, which comprised of students that have attended the Clinic of Psychological Attention (CAP) during 2015, at the Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), at the Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). To obtain the sociodemographic, psychological, and family variables, the data was collected from the admission form, the medical history and the Beck's Depression and Anxiety Inventories. The statistical analysis of the associated factors included description of variables, prevalences estimation, association and potential impact measures and logistic regression analysis.

Results: The prevalence of suicidal ideation in the study population was 49.26%; being more frequent in men, mainly in adolescents. The results also showed that suicidal ideation is also associated with those with mild depression (OR = 2.29, 95% CI = 1.01-5.19), moderate depression (OR = 2.51, 95% CI = 1.07-5.90), or severe depression (OR = 8.39, 95% CI = 3.52-20.00), in whom it was inferred that they are more likely to present suicidal ideation. While those between 25 and 29 years of age showed a result of (OR = 0.07, 95% CI = 0.01- 1.04), and those that were part of functional families showed a result of (OR = 0.48, 95% CI = 0.23-1.00), were less likely to present suicidal ideation.

Conclusions: From this investigation, it is possible to determine the profile of the patient at risk of suicide. Therefore, there should be specific inventories to be used to search intentionally and diligently for patients at risk, and suicidal conduct should be implemented for future investigations that establish causality. The training of teachers and clinical psychologists, and the formation of a multidisciplinary team and its liaison with the instances of public mental health should be put in place.

Key words: suicidal ideation, university students, associated factors, depression, anxiety, functional families, mental health policies.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al tema de los factores asociados a la ideación suicida en universitarios usuarios de atención psicológica en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH); ubicado en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

Resulta importante definir que el suicidio es un acto autoinfligido, multifactorial y de extrema violencia; deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto sabiendo o esperando su resultado mortal y siendo considerado el resultado como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social (Barrón & Krmpotic, 2016; Bustamante & Florenzano, 2013; Casullo, 2004; Cruzata, Velázquez, Borrero, & Fonseca, 2016; Dávila, Ochoa, & Casique, 2015; Santos, Samira, Martínez, Nunes, & Cabral de Paulo, 2017; Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011; Jasso, 2013; Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales, 2006).

La ideación suicida es un elemento fundamental dentro de la cadena de acontecimientos del comportamiento suicida (Pereira & Cardoso, 2015); el cual se considera un proceso heterogéneo ya que puede abarcar pensamientos de falta de valor de la vida hasta el inicio de un plan letal pasando por deseos de muerte y una intensa preocupación autodestructiva; siendo la ideación suicida uno de los factores de riesgo menos estudiado (Muñoz et al., 2006).

Las características principales del comportamiento suicida, en general, hablándose desde la ideación hasta los planes e intentos autolesivos; son su multicausalidad (Barrón & Krmpotic, 2016; Campo-Arias & Herazo, 2015; Casullo, 2004; Dávila et al., 2015; Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017; Gómez-Restrepo, 2014; Navarro-Gómez, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2014; Pérez-Amezcuca et al., 2010; Sarmiento-Hernández et al., 2014; Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012) y su presencia en las etapas medias de la vida y con mayor frecuencia en jóvenes universitarios (Bustamante & Florenzano 2013; Dávila et al., 2015; Dirección General de Epidemiología, 2015; Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017; Muñoz et al., 2006; Navarro-Gómez, 2017; OMS, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2014; Pereira & Cardoso, 2015).

La investigación de esta problemática se fundamentó en el interés de identificar los factores asociados a la ideación suicida en universitarios que habían acudido durante 2015 a la Clínica de

Atención Psicológica (CAP) que depende del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), con la finalidad de contribuir con la búsqueda intencionada de estos para encontrar de manera oportuna a aquellos pacientes que estuvieran en riesgo de suicidarse, además de otorgar información relevante al equipo de psicólogos clínicos y a los docentes.

Este proyecto se llevó a cabo a partir del análisis de información de la ficha de admisión, la historia clínica y los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, previo consentimiento informado, a los estudiantes universitarios que acudieron a la CAP durante 2015, realizándose un estudio de tipo observacional, analítico, retrospectivo y transversal.

El análisis estadístico correspondió a la descripción de variables, estimación de prevalencias, medidas de asociación, de impacto potencial y análisis de regresión logística para los factores asociados.

La tesis está conformada por tres capítulos. El primer capítulo corresponde a *la salud mental como campo de acción para la salud pública* y en este apartado se establece la importancia de la salud mental en las agendas políticas en un contexto globalizado ante una población cada vez más afectada por el creciente aumento en la incidencia de enfermedades mentales, y que además cursan con marginación social y política debido a la desestimación de los costos y repercusiones a la salud.

Así mismo, se establece la corresponsabilidad que existe entre la población y los organismos gubernamentales para la toma de decisiones en las políticas y estrategias de salud pública mental, respaldadas por información fundamentada en evidencia científica que permita el análisis de los determinantes de la salud para modificar el enfoque biomédico de las actuales políticas públicas de salud mental, a través de la inserción de grupos de atención multidisciplinarios y el reconocimiento de los derechos humanos para la disminución de la discriminación y la limitación en el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, se reconoce la dificultad en la disposición de recursos suficientes para su atención, pero se identifican los logros internacionales, nacionales y locales a partir de la elaboración de programas específicos, así como la necesidad urgente de vincular estos esfuerzos

en los diferentes niveles de atención priorizando la atención primaria para la promoción a la salud mental y la prevención de trastornos mentales fundamentado en las prácticas clínicas vigentes.

El segundo capítulo se refiere a *la depresión como problema de salud mental* en donde se reconoce su trascendencia en la salud pública mundial debido al costo social y su mortalidad asociada con la conducta suicida principalmente en jóvenes y adultos. En este título se explica la fisiopatología de la depresión así como los factores asociados; su prevalencia en la población, el panorama epidemiológico a nivel internacional, nacional y estatal y la importancia de su detección en edades tempranas para evitar episodios depresivos agresivos en posteriores etapas etarias.

De igual manera se analiza la comorbilidad asociada con la depresión ya que actualmente estas enfermedades asociadas tales como las enfermedades cardiacas, la diabetes y la desnutrición se encuentran dentro de las 10 principales causas de morbilidad y mortalidad mundial provocando un aumento en el riesgo de mortalidad por asociación con la depresión y esta con la conducta suicida; por último se analiza el diagnóstico y tratamiento a partir de las guías clínicas disponibles para el personal de salud.

El tercer capítulo está destinado al *suicidio* y de manera similar al segundo título se explica su relevancia como problema de salud mental y se reconoce su vulnerabilidad al no ser un tema prioritario en las agendas gubernamentales. Se detalla su prevalencia en la población, la fisiopatología, la sintomatología, su frecuencia en las etapas medias de la vida, principalmente en los estudiantes, su frecuencia mortal en hombres y de recurrencia en mujeres, los indicadores de morbilidad y mortalidad mundial, nacional y estatal y los factores asociados a esta conducta.

De igual modo, se explican las etapas del proceso suicida y la importancia de la ideación suicida al ser el elemento menos estudiado y reconocido dentro de la conducta autolesiva, pero que podría permitir identificar y prevenir su incidencia. Esta unidad del marco teórico también describe el impacto negativo del suicidio en la sociedad, en las instituciones y principalmente en la familia, los lazos y redes de comunicación destruidos y comenta la necesidad de la investigación epidemiológica de los factores asociados, por último, se revisan aspectos importantes para su prevención diagnóstico y tratamiento.

Los resultados del análisis estadístico entre la ideación suicida de los estudiantes universitarios que acudieron a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa), de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) y su asociación con los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares indicaron que la prevalencia de ideación suicida en la población en estudio fue del 49.26%; siendo más frecuente en los hombres, principalmente en los adolescentes, así como en los que cursaban con depresión leve (OR= 2.29, IC 95%= 1.01-5.19), moderada (OR= 2.51, IC 95%= 1.07-5.90) o grave (OR= 8.39, IC 95%= 3.52-20.00) en quienes se infirió que tienen mayor posibilidad de presentar ideación suicida mientras que aquellos comprendidos entre los 25 y los 29 años de edad (OR= 0.07, IC 95%= 0.01-1.04) o los que formaban parte de familias funcionales (OR= 0.48, IC 95%= 0.23-1.00) tuvieron menor posibilidad de presentar ideación suicida.

De tal manera que a partir de esta investigación es posible determinar el perfil del paciente en riesgo de suicidio; por lo cual deberá realizarse la búsqueda intencionada de estos e implementarse el uso de los inventarios específicos para conducta suicida para futuras investigaciones que establezcan causalidad, además de la capacitación a los docentes y a los psicólogos clínicos, así como la conformación de un equipo multidisciplinario y su enlace con las instancias de salud pública mental.

CAPÍTULO 1. LA SALUD MENTAL

La salud mental como campo de acción para la salud pública

Introducción.

El ser humano es un ente constituido por diversas dimensiones a nivel genético, biológico, psicológico y social cimentado en el aprendizaje a través del crecimiento individual aprendido en el seno familiar, ambiental y comunitario y la conservación de su salud como un medio para alcanzar la realización personal y colectiva, por lo tanto, la salud mental poblacional es un indicador del éxito logrado por la sociedad y sus instituciones de gobierno a través de la gobernanza (ver Figura 1) (Díaz-Castro, Arredondo, Pelcastre-Villafuerte, & Hufty, 2017; Esguerra, 1996).

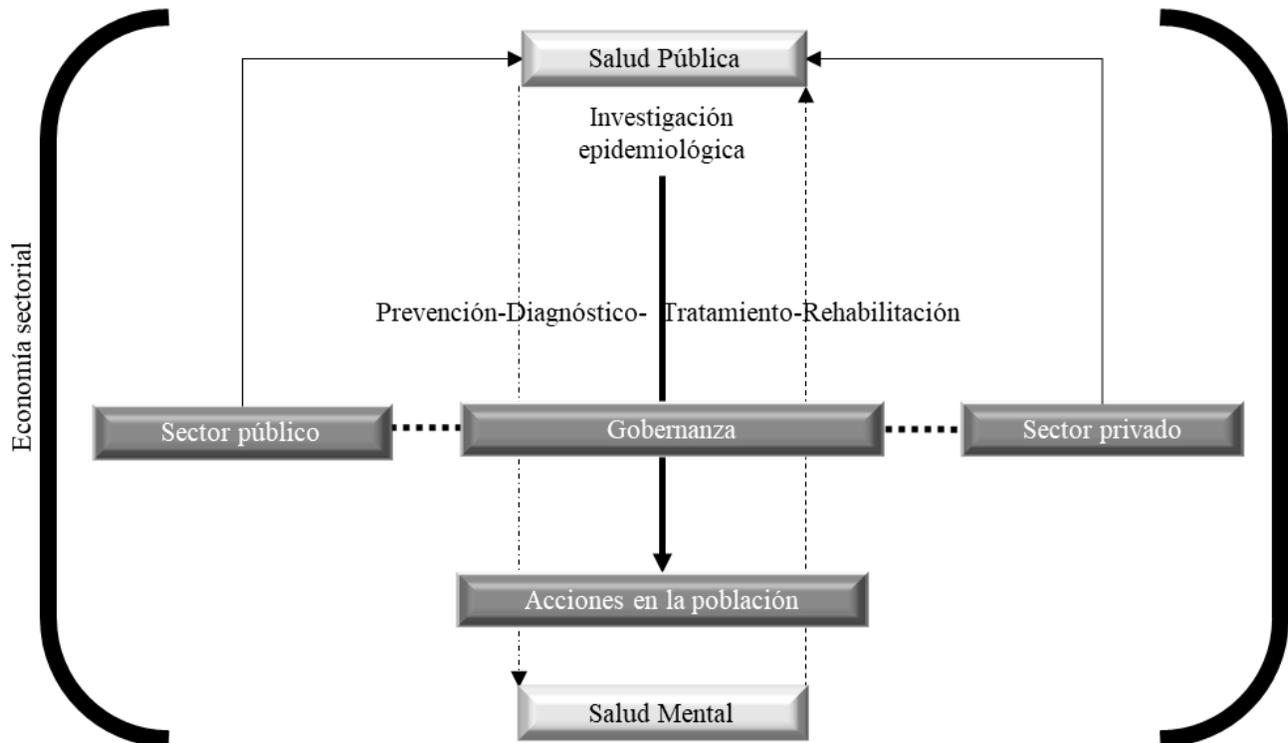


Figura 1. La salud mental a través de la Gobernanza.

Fuente. Elaboración propia.

Esto permite la toma de decisiones con base en el bienestar del paciente a partir de información en salud basada en evidencia científica; indispensable para la elaboración de leyes, políticas, programas y servicios de salud mental que deberán incluir los puntos de vista de los sectores de salud, educación, gobierno, justicia y desarrollo social para establecer estrategias

multidisciplinarias para su difusión y garantizar la corresponsabilidad entre los prestadores de servicios y usuarios apegados a los instrumentos internacionales y nacionales en materia de derechos humanos para la protección de los grupos vulnerables y marginados (OMS, 2013; OMS & OPS, 1992; Roura, 2009).

En el caso del enfermo mental la interacción entre estas dimensiones se encuentra en desequilibrio ocasionando el auto rechazo, la marginación familiar y comunitaria. El origen conceptual individualista de la enfermedad mental bajo un enfoque biomédico de reduccionismo biologicista y cerebro centrista en donde la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas reduce el nivel de análisis de la salud mental a un tema meramente biológico ocasionando un sufrimiento recíproco entre sus actores participantes ya que desconocen cómo interactuar entre ellos, lo cual conduce al uso de adjetivos descalificativos así como al alejamiento de las instituciones públicas proveedoras de salud, de los familiares y de la comunidad. De tal forma que las políticas públicas de salud mental están centradas en la atención biomédica del paciente más no en el enfoque holístico de la atención mental que requiere grupos multidisciplinarios (Diego, Restrepo, Jaramillo, & Juan, 2012; Esguerra, 1996; Fernández-Jaimes, 2012; Novoa-Gómez, 2012).

Actualmente es difícil escuchar al profesional de la salud mental, ya sean psicólogos, médicos, psiquiatras e incluso otros actores como la clase política el uso de descalificativos para referirse al enfermo mental; ahora son reconocidos los derechos humanos del paciente, su inclusión social y laboral, otorgando un estatus al enfermo mental de garante de prosperidad económica de un pueblo, sin embargo es común todavía encontrar enfermos mentales que son discriminados, estigmatizados y limitados en el acceso a los servicios de salud, así como su difícil inserción laboral y los recortes a los programas de protección social que sirven como amortiguador de los efectos del desempleo en los individuos con trastornos mentales ocasionando un círculo vicioso de abandono (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012; Fernández-Jaimes, 2012; Periago, 2005).

La salud mental y su integración al sistema sanitario público.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, en países como Inglaterra, Francia y Alemania, resultó necesario el surgimiento y prosperidad en la dinámica de la salud mental, específicamente en el discurso psiquiátrico que trascendía del manicomio como principal forma de manejo para los trastornos mentales, comparados en ese momento con los campos de concentración, por lo que surge la doctrina postesquiroliana que pretendía superar la definición de Esquirol de 1819 que definía a los manicomios como el tratamiento ideal para las enfermedades mentales (Huertas, 1991).

La estancia prolongada en los manicomios, la falta de atención terapéutica, la marginación del enfermo mental, la burocratización de las instituciones y la concepción por parte del psiquiatra del internamiento como una conducta primitiva de la comunidad hacia el enfermo mental son algunas de las razones por las que se cuestionó la definición de Esquirol y surgió una visión integral para el manejo de la salud mental comunitaria a través de la psicoterapia institucional basada en los ideales de la higiene mental hospitalaria y por otro lado la atención psiquiátrica extra hospitalaria que se maneja en la comunidad que permitió la participación del Estado en el aporte económico, la administración y la gestión de los servicios de salud mental con la incorporación de los principios de la salud pública (Huertas, 1991; Vanegas-Medina & de la Espriella-Guerrero, 2015).

De esta manera surge la psiquiatría preventiva que pretende disminuir en la comunidad la frecuencia de trastornos mentales, su duración y el deterioro de la salud mental de los individuos haciendo referencia a la atención primaria, secundaria y terciaria a partir del número adecuado de profesionales altamente calificados y concientizados con formación pedagógica en la necesidad del ser, el hacer, el servir y el trascender en los mínimos valores con proyección a la comunidad mediante la concepción de hospitales con puertas abiertas como lo describió Basaglia en 1968 y retomado en la Declaración de Caracas durante 1990, que propuso integrar en la atención primaria y en los sistemas locales de salud la atención a la salud mental en actual concordancia con el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2013; Periago, 2005; Tobón, 2005).

La salud pública cuya perspectiva poblacional, a través de sus diferentes connotaciones de acción gubernamental, de carácter público y colectivo, así como de atención a la prevención en los grupos marginados, establece que un tema prioritario se define por su pertinencia y vulnerabilidad, es decir, su factibilidad para ser intervenido y la capacidad que tenga el sistema de salud para implementar medidas de control (OMS & OPS, 1992).

Por lo que la atención integral a la salud mental es un componente esencial y priorizable de todas las agendas internacionales a través de la responsabilidad gubernamental, la prevención, el tratamiento, el cuidado y la rehabilitación en las instituciones proveedoras de servicios de salud, así como la responsabilidad económica del Estado, el área privada y los ciudadanos de tal forma que sea posible incidir en la individualidad y la colectividad mediante el ajuste de variables (ver Figura 2) tales como el género, el nivel socioeconómico, la escolaridad, la cultura y las costumbres así como el marco político, de comunicación social y el ejercicio de los derechos del paciente (Diego et al., 2012; Esguerra, 1996; Novoa-Gómez, 2012; OMS, 2014; Roura, 2009; Sepúlveda et al., 1994; Tobón, 2005; Urrego & Cocoma, 1991).

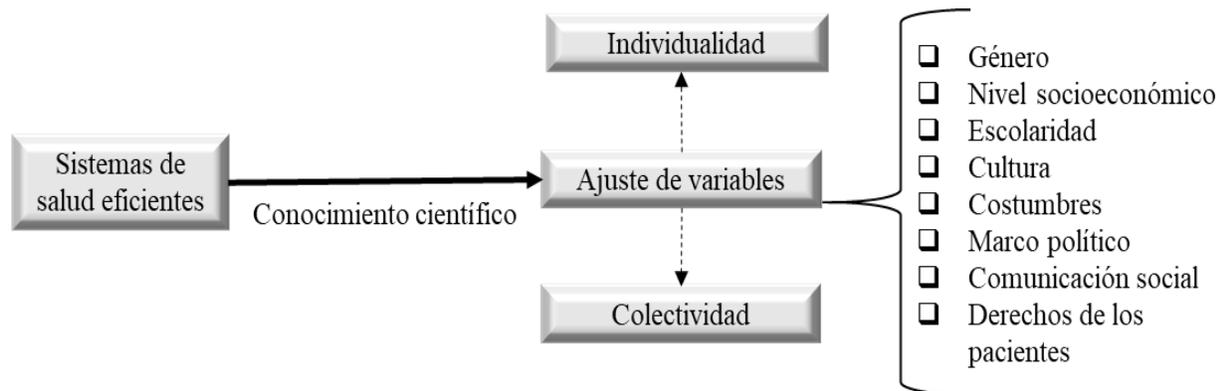


Figura 2. Ajuste de variables en salud pública para los sistemas de salud.
Fuente. Elaboración propia.

Importancia de la salud mental en la atención primaria de la salud.

La OMS sostiene que la salud mental de un individuo depende del equilibrio entre sus factores físicos, mentales y sociales y no sólo la ausencia de enfermedad, así como las relaciones que establezca con los demás y su participación (ver Figura 3) para generar cambios positivos en su comunidad. En el mundo las enfermedades mentales presentan diversos patrones conforme al desarrollo económico nacional que deberán abordarse mediante estrategias holísticas en materia de

prevención, promoción a la salud, tratamiento y rehabilitación, así como objeto de investigación, acción profesional, decisiones políticas, distribución equitativa de recursos, intervenciones específicas y organización de los sistemas de salud (Diego et al., 2012; OMS, 2013; Urrego & Cocomá, 1991).

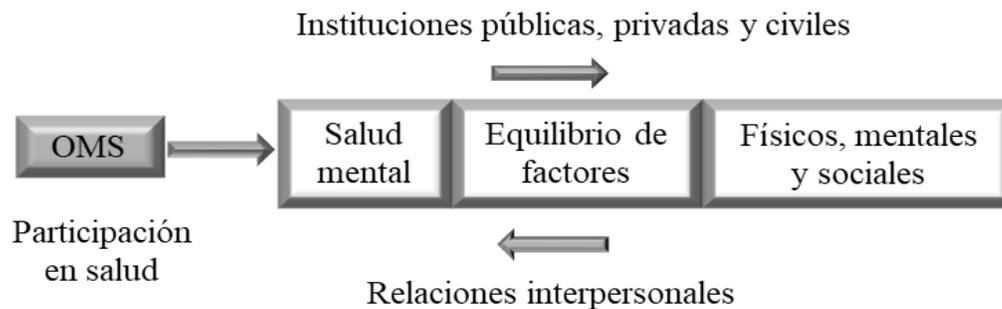


Figura 3. Participación en salud para el logro de la salud mental.
Fuente. Elaboración propia.

En 1999, la Conferencia Europea sobre la promoción de la salud mental y la inserción social destacó la importancia de la atención primaria a través de la promoción de la salud mental y la investigación de los trastornos mentales (Tobón, 2005).

En 2012 durante la 65a Asamblea Mundial de la Salud se adoptó la resolución WHA65.4 que hace referencia a la carga mundial por enfermedades mentales y la urgencia de una respuesta internacional, por lo cual se elaboró el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 que tiene entre sus metas que al menos el 80% de los países hayan elaborado o actualizado sus planes de salud mental para el año 2020 en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales, así como en la accesibilidad a la atención a la salud mental mediante la universalización sanitaria, la protección a los derechos humanos, la planeación de las estrategias e intervenciones terapéuticas a partir de información en salud basada en evidencia científica, la atención al ciclo vital del paciente, es decir desde la lactancia hasta la ancianidad para cubrir las necesidades sanitarias y sociales, la atención multisectorial con intervención pública y privada, y el empoderamiento de las personas con trastornos mentales para su participación en la elaboración de estrategias de prevención, promoción y evaluación en materia de salud mental (OMS, 2013).

Los sistemas de salud son responsables de la calidad en los servicios de atención a la salud, de los recursos y de las políticas, sin embargo, actualmente estas estructuras sanitarias se enfrentan a la falta de recursos humanos, infraestructura, medicamentos y tratamientos no farmacológicos,

así como la difícil vinculación entre el primer nivel de atención y el área de especialidades (Díaz-Castro et al., 2017; OMS, 2013; Sepúlveda et al., 1994).

En el modelo tradicional de atención médica el primer contacto del paciente con enfermedad mental es el médico general o familiar, para ser después referido al servicio de psiquiatría, por lo cual el primer nivel de atención resulta ser un punto clave para el diagnóstico y seguimiento del paciente, el problema radica en la mínima o nula capacitación al primer nivel de atención médica para lograr un diagnóstico integral, de tal forma, que la mayoría de los casos permanecen en la comunidad aislados y sin tratamiento (Arango, 2010; Borges, Medina-Mora, & López-Moreno, 2004; Esguerra, 1996; Novoa-Gómez, 2012; Roura, 2009).

Por lo tanto, el primer nivel de atención a la salud deberá implementar estrategias de promoción a la salud mental, así como la prevención de trastornos, lo cual reducirá la incidencia de enfermedades orgánicas, salvando vidas y ahorrando dinero tanto al paciente como a las instituciones, además de que colaborará con los diferentes prestadores y niveles del sistema de salud, formales e informales, e impulsará la auto asistencia (OMS, 2013; Thomas et al., 2016).

Esto será posible a través del acercamiento biopsicosocial mediante el análisis de los determinantes de la salud de la población, la capacitación del equipo multidisciplinario para que identifiquen de manera oportuna los principales factores de riesgo y la vinculación intersectorial con otras instituciones de salud o inherentes a la problemática que sirvan de apoyo a las metas e indicadores que plantee el primer nivel de atención en los planes de trabajo anuales con el fin de garantizar el bienestar mental de todos los ciudadanos (Henaó et al., 2016; OMS, 2013; Thomas et al., 2016).

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental en las agendas sanitarias públicas.

De manera histórica la prevalencia mundial de las enfermedades mentales, los costos y las repercusiones han sido desestimados. Tan sólo en los países de ingresos bajos y medios más del 70% de las personas con trastornos mentales graves no han recibido tratamiento aun cuando las organizaciones internacionales de salud como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reconocido que son un importante problema de salud pública y han solicitado a los

gobiernos e instituciones integrar la salud mental en todos los aspectos; esto implica un cambio de actitud afectiva por parte de la comunidad y las instituciones de salud de tal forma que se reconozca que la salud mental depende del acceso completo, equitativo y eficaz al sistema de salud desde el embarazo y la niñez hasta la vejez (Benjet et al., 2009; Diego et al., 2012; Esguerra, 1996; OMS, 2013; Periago, 2005; Roura, 2009).

La prevención del suicidio es una de las principales prioridades en donde la mayoría de los individuos que lo intentan proceden de poblaciones vulnerables y marginadas ocasionado con sus actos autolesivos un sufrimiento mental tanto al actor como a su comunidad, siendo necesario el reconocimiento y tratamiento precoz de los trastornos mentales y conductas suicidas así como la disponibilidad de información para el análisis del riesgo suicida por parte de los clínicos, de esta forma el valor preventivo de la salud mental que depende de la influencia de la genética, la interacción armoniosa entre la familia y el ambiente son una pieza importante que garantiza el éxito en la compleja unión mente-organismo humano (Borges, Orozco, Benjet, & Medina-Mora, 2010; OMS, 2013; Tobón, 2005).

Las estrategias de promoción a la salud y prevención de los trastornos mentales durante todas las etapas vitales, pueden basarse en políticas contra la discriminación, la estigmatización y las violaciones de derechos humanos hacia los enfermos mentales, la atención psicológica en las primeras etapas de la vida, detección, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta; principalmente en la niñez y adolescencia, implementación de condiciones saludables de vida y de trabajo, programas o redes que luchen contra la violencia en el ámbito doméstico o comunitario así como la protección social de las poblaciones marginadas (ver Figura 4) (OMS, 2013).

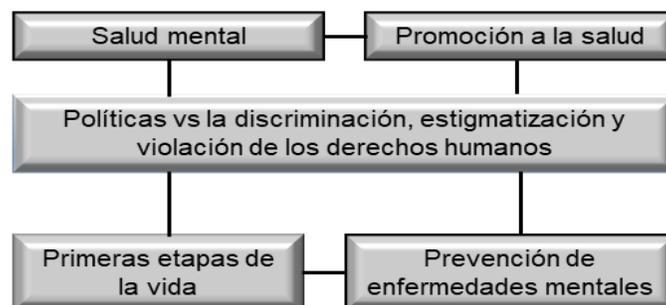


Figura 4. Actividades en la atención primaria de la salud mental.
Fuente. Elaboración propia.

Vigilancia epidemiológica e investigación para la atención de los trastornos mentales.

La epidemiología de los trastornos mentales surge a partir de tres puntos claves en la historia, la primera fase corresponde a los estudios centrados en el uso de registros e informantes para determinar la prevalencia en la población, la segunda fase ocurre al término de la Segunda Guerra Mundial cuando surgen las entrevistas individuales a muestras comunitarias y por último a través de instrumentos de medición epidemiológicos utilizados para detectar trastornos mentales específicos aunado a la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que permitieron el desarrollo de instrumentos de entrevista enfocados a la comunidad con diagnósticos y nomenclatura específicos (Borges et al., 2004).

En el mundo, las enfermedades mentales son objeto de estudio de la epidemiología debido a su tendencia a la cronicidad, su alta prevalencia, pocos tratamientos y el alto riesgo de ocasionar discapacidad. Su campo de acción es multifacético y se encarga de analizar los factores de riesgo, el diseño y métodos de muestreo, la relación entre la investigación biológica, la genética y las disciplinas sociales, así como la evaluación de los tratamientos y servicios; de tal modo que contribuye en la generación de conocimiento para la psicopatología clínica y el campo de la prevención (Borges et al., 2004; Martínez, 2014; OMS & OPS, 1992).

La mayor parte de la investigación epidemiológica es a través del auto reporte, la observación de las conductas y la evaluación cognitiva del paciente, por lo cual la creación de instrumentos de medición y evaluación para el análisis de los trastornos mentales es fundamental para su vigilancia epidemiológica, información para la acción, por lo cual es necesario formar epidemiólogos con conocimientos en psicología y psiquiatría así como equipos multidisciplinarios en el primer nivel de atención capacitados para la identificación de los principales factores de riesgo, el adecuado manejo del paciente y las actividades de vigilancia epidemiológica a través del análisis de la población diana o vulnerable (Borges et al., 2004; Jaramillo, 2015; Sepúlveda et al., 1994; Thomas et al., 2016).

Actualmente la metodología de la investigación epidemiológica para el análisis de las enfermedades mentales es a través del uso de los diseños transversales, casos y controles, así como

los de cohorte enriquecidos con las aportaciones de la psicología clínica, social y de la psicometría, sin embargo, aún se realizan con mayor frecuencia estudios de tipo descriptivos, principalmente transversales y por consiguiente presentan importantes limitaciones y sesgos debido a su diseño (Benjet et al., 2009).

Los retos ante un panorama epidemiológico creciente en complejidad se basarán en la actualización y creación de instrumentos de medición sofisticados apoyados en los avances de la tecnología, la eficiencia metodológica con enfoque causal y multidisciplinario, mayor énfasis en el uso de estudios de casos y controles, diseños de estudio enfocados a la población adolescente y su vinculación con la investigación biológica, genética y social (Borges et al., 2004).

La OMS además insta a los Estados miembros a realizar el cálculo de indicadores básicos de salud mental tales como, el análisis de la prevalencia de los trastornos mentales, la identificación de los factores de riesgo y de protección (ver Figura 1), las tasas de suicidio y de mortalidad prematura, resultados sociales y económicos tales como nivel de estudio, acceso a la vivienda, empleo e ingresos en las personas con trastornos mentales todo esto desglosado por sexo y edad así como por área geográfica (OMS, 2013).

Políticas en salud mental

Políticas públicas internacionales con enfoque preventivo en el primer nivel de atención.

Las políticas públicas en salud mental son un conjunto de valores, principios y objetivos que permiten mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo de las comunidades estableciendo metas, estrategias y responsabilidades entre los individuos y el gobierno asignándose los recursos financieros, estructurales y humanos para su intervención. Estas políticas deberán privilegiar el interés de la población y consultar la voluntad de los involucrados afectando directa e indirectamente la salud de la población. La salud mental es parte de la subjetividad de una época específica que afecta la economía, la política y a la sociedad (Acosta, Enrique, & Quiñones, 2016; Henao et al., 2016).

Las consecuencias sanitarias y sociales más evidentes de la marginación en políticas públicas hacia las personas con trastornos mentales y sus familias, son los altos costos económicos

en salud, la falta de programas sociales, así como el desempleo que provocan la reducción de la calidad de vida y el estrés emocional. Por ejemplo, se estima que el porcentaje de casos por trastornos mentales y de comportamiento en el grupo etario de 15 a 44 años de edad aumente del 12% en 1999 al 15% en el año 2020 y hasta 28% de Años Vividos con Discapacidad (AVD) y es una de las tres principales causas de mortalidad entre los individuos de los 15 a los 35 años por asociación con conductas suicidas sobre todo en los países en desarrollo (OMS, 2011).

La actual carga de morbilidad Mundial de la OMS y del Instituto de Medición y Evaluación en Salud (IHME) informan que la depresión mayor será una de las principales condiciones que más Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) tendrá en el mundo para el año 2030 (Encina, 2014).

Además, cada 7 segundos alguien desarrolla demencia y para el año 2020 existirán un millón y medio de suicidios consumados y entre 15 y 30 millones de intentos de suicidio registrados (Ramón de la Fuente, 2012).

La OMS en su plan de acción integral sobre salud mental 2012- 2020 establece objetivos basados en el liderazgo y la gobernanza en materia de salud mental, servicios de salud integrales, asistencia social basada en la comunidad, aplicación de estrategias de promoción y prevención y fortalecimiento de los sistemas de información e investigación (ver Figura 5). A partir de esto se redactó el atlas de salud mental elaborado por primera vez en 2001 y con última actualización en el año 2015 cuyo objetivo primordial es alcanzar las metas del plan de acción 2013-2020 (OMS, 2013; Vanegas-Medina & de la Espriella-Guerrero, 2015).

De igual manera este organismo refiere que más del 40% de los países necesitan políticas y programas de salud mental, así como suficientes profesionales de la salud y medicamentos psiquiátricos en el primer nivel de atención médica, por lo cual el atlas de salud mental apoya a la formulación de políticas, la planeación de servicios, planes y legislación para la salud mental en base a las necesidades de salud de la población a partir de la equidad y la solidaridad (Martínez, 2014).

Aunado a esto, algunos grupos vulnerables como las poblaciones indígenas, los expuestos a los desastres y las guerras, los inmigrantes y los enfermos crónicos son más propensos a la aparición de problemas de salud mental y necesitan una atención especial sobre todo, si además

presentan alguna comorbilidad (por ejemplo, cáncer, cardiopatía coronaria, diabetes y/o VIH/SIDA); por lo cual se recomienda que las políticas públicas se basen en el panorama epidemiológico y que se priorice el primer nivel de atención para asegurar la equidad, calidad y máxima cobertura de los servicios (ver Figura 5) (de Lellis, 2013).

Anteriormente durante los años 80 la consulta de salud mental dependía del servicio de psiquiatría hospitalaria. Actualmente es necesario que las políticas en salud mental estén enfocadas en equipos multidisciplinarios (ver Figura 5) para la atención primaria a la salud con formación académica en materia de prevención de conductas de riesgo y capacidad de diagnóstico en todos los grupos etarios mediante los recursos tecnológicos actuales y la existencia de cuadros básicos de farmacoterapia completos (Benassini, 2001).



Figura 5. Meta de las políticas de salud pública y sus desafíos.
Fuente. Elaboración propia.

Medición de la felicidad en el mundo, la desigualdad en la atención de la salud mental.

El primer reporte mundial sobre felicidad fue publicado en 2012 siendo considerado un instrumento de medición del progreso social y de los aciertos en las políticas públicas con el principal objetivo de tratar de medir cuantitativamente la subjetividad humana. El análisis de la felicidad responde a 6 variables: ingreso económico per cápita, apoyo social, expectativa de vida saludable, libertad de elección, generosidad y percepción de corrupción (ver Figura 6) calculándose la media a nivel mundial de 5.35 con una desviación estándar de 2.24 (Helliwell, Layard, & Sachs, 2016).

De manera consistente se ha encontrado que países como Finlandia, Noruega, Dinamarca, Islandia, Países Bajos, Canadá, Nueva Zelandia, Suecia y Australia tienen los promedios más altos entre 7.6 y 7.2. Los países con los promedios más bajos tienen por debajo de 3.5; la mayoría ubicados en el continente africano (Malawi, Liberia, Ruanda, Tanzania, Sudán y Burundi) en un rango entre los 3.5 y 2.9; mientras que aquellos países que cursan por conflictos bélicos como Siria (3.4) y Yemen (3.3) ocupan las posiciones 150 y 152 de 156 países. México se ubica en la posición 24 con 6.4 puntos; por debajo de Francia (6.5) y superior a Chile (6.3) (Helliwell, Layard, & Sachs, 2018; Helliwell et al., 2016).

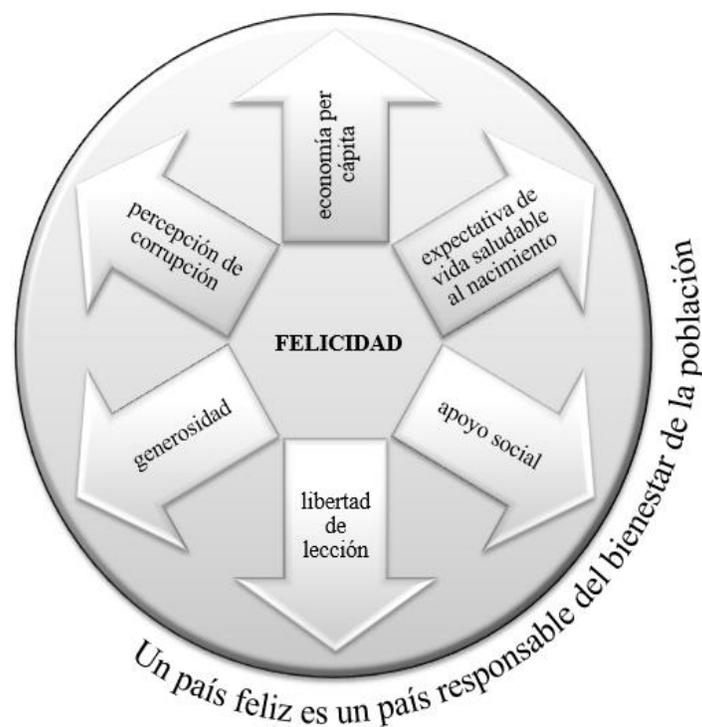


Figura 6. Variables para la medición cuantitativa de la felicidad.
Fuente. Elaboración propia.

El estudio de las variables asignadas a la medición cuantitativa de la felicidad indica que aquellas vidas más felices viven más tiempo, lo cual afecta a la variable expectativa de calidad de vida, repercutiendo en las otras cinco variables ya que se presentan personas más generosas, con mayor poder adquisitivo, con sociedades menos corruptas y libres, que son capaces de lograr su bienestar físico y mental (Helliwell et al., 2018).

Factores sociales como los cambios en la estructura y la dinámica de las familias sumado al fenómeno migratorio e influenciados por la economía, así como la tendencia al consumismo de tipo alimentario, informativo, cultural y social, provocan en la comunidad y en los individuos un pensamiento generalizado de realidades virtuales que ocasionan la identificación con símbolos estéticamente superficiales que permiten la confusión entre bienestar y felicidad incidiendo en la problemática mental actual de las sociedades en vías de desarrollo (Ramón de la Fuente, 2012).

Políticas de salud mental en la región de las Américas, la crisis económica-sanitaria.

Las políticas nacionales basan sus estrategias en materia de salud mental a partir de las directrices que brinda la OMS. Al principio, las primeras políticas en salud mental en esta región mantenían a los pacientes en el aislamiento (de Lellis, 2013). Actualmente la legislación jurídica internacional en materia de salud mental incluye la protección de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales, el internamiento y los tratamientos involuntarios, el alta tutelada, la capacitación profesional y la estructura de los servicios (OPS, 2016).

Es así como a principios del siglo XXI países como Paraguay, Colombia, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú elaboraron políticas públicas de salud mental alineadas al ámbito Internacional, cuyos ejes centrales son la promoción de la salud, la prevención y la capacitación de equipos profesionales para superar el modelo hospital-manicomio, basándose en sus contextos sociales, en la integridad y equidad, así como en la participación y derechos ciudadanos (Henaó et al., 2016; Vanegas-Medina & de la Espriella-Guerrero, 2015).

Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia de los trastornos mentales, aproximadamente un 46% de los países de la región de las Américas asignan a los programas de salud mental menos del 5% de su presupuesto sanitario (Encina, 2014; Henaó et al., 2016). En Países como Brasil, Chile, Ecuador, Jamaica, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname se estima una tasa de profesionales para la atención a la salud mental de aproximadamente 21.1 por cada 100 mil habitantes, con mayor fuerza laboral en el Caribe Latino (Belize y Jamaica) con una tasa de profesionales de 69.2, en América del Sur con una tasa de 27.7 y en Centroamérica, México y el Caribe con una tasa de 8.7 profesionales (OPS, 2016).

A esto se agrega la falta de capacitación del personal de salud. En un estudio realizado en Buenos Aires hacia el personal para la atención a la salud mental en cuanto a su labor profesional, se concluyó que no existe homogeneidad en la práctica clínica pública y privada, así como la falta de capacitación sobre promoción de la salud y el escaso interés del personal para involucrarse en el desarrollo de políticas públicas (de Lellis, 2013).

Esfuerzos históricos sobre políticas nacionales y estatales para la implementación de servicios de salud mental en México.

A lo largo de la evolución histórica del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México, la Secretaría de Salud (SSA) se ha definido como rectora de la normatividad y área de coordinación de las actividades para la salud en las instituciones públicas y privadas (Secretaría de Gobernación, 2013).

De tal manera que la atención a la salud mental en México se remonta a la inauguración en 1910 del manicomio de la Castañeda sustituido en 1968 por el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para adultos, el hospital Juan N. Navarro para niños y adolescentes, los hospitales campestres para usuarios con padecimientos crónicos, como el hospital psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y el hospital psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” y por último el modelo Miguel Hidalgo impulsado por la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental (FMREM) (Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza, 2001).

A partir de 1979 se inician actividades de investigación y de formación de recursos humanos especializados dedicados al diseño de programas para el proceso de atención a la salud de los hospitales psiquiátricos. Ante el aumento en la incidencia de los casos por trastornos mentales, así como el consumo de alcohol y drogas, se decide la elaboración de la norma oficial mexicana (NOM) para la atención psiquiátrica vigente desde 1995 y creándose en 1997 la coordinación de salud mental (Benassini, 2001).

Las políticas en salud mental en México persiguen la integración de los servicios de salud mental a las redes comunitarias de medicina general, el aumento en el financiamiento para la estructura y los recursos humanos, la promoción de la salud y la participación ciudadana en la construcción de políticas y programas para la salud mental (ver figura 7) (OMS, 2011).

La normativa para la atención a la salud mental está contemplada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el programa específico para la atención a la salud mental 2013-2018 y el programa específico de atención psicológica en caso de desastres (Secretaría de Salud, 2014).

El Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) interviene en la consolidación del programa de salud mental: el modelo Miguel Hidalgo para la atención a la salud mental y los Servicios de Atención psiquiátrica (SAP) que coordinan la atención médica especializada, la actualización de la normatividad vigente y la formulación de instrumentos normativos y de evaluación (SSA, 2015a).

La atención de la salud mental en México se divide en establecimientos de salud mental ambulatorio, casas de medio camino que funcionan como áreas de rehabilitación, las unidades de hospitalización, los establecimientos residenciales comunitarios, otros que funcionan como hogares para indigentes y aquellos con problemas de adicciones, además de los hospitales psiquiátricos que mantienen seguimiento en la comunidad y otorgan al menos un medicamento psicotrópico (OMS, 2011).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) recomienda que los modelos de atención a la salud mental estén dirigidos a la disminución de la dependencia del servicio hospitalario y una mayor dependencia y capacidad resolutive del primer nivel de atención (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2016, 2017). México ha actualizado sus planes y programas en materia de salud mental en un 70% en los últimos 10 años estableciendo políticas de atención a la salud mental en la comunidad (OPS, 2016).

El Programa de Acción Específico de Salud Mental (PAE) 2013-2018 se realizó de acuerdo con las metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 siendo base para el modelo Miguel Hidalgo de atención a la salud mental. El PAE 2013-2018 identifica a los trastornos mentales como un grave problema de salud pública con un alto costo social que afecta a cualquier persona, así como la influencia que existe entre los trastornos mentales y otras enfermedades crónicas y se enfoca en la reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura proponiendo

estancias cortas en hospitales psiquiátricos y la rehabilitación psicosocial para la reinserción del individuo en la comunidad (SEGOB, 2013).

El modelo Miguel Hidalgo de atención a la salud mental se basa en el respeto a los derechos humanos de los usuarios, detección e intervención precoz y efectiva de los trastornos mentales y sus factores de riesgo, servicios de salud con calidad y gratuitos, promoción a la salud, prevención, atención ambulatoria y hospitalaria, así como la reinserción social. Este modelo establece que en los centros de salud se brinde atención a psicopatologías leves e identificación de padecimientos mentales para su referencia a un centro de salud con módulo de salud mental o a un centro integral y posteriormente recibir su contra referencia para continuar su seguimiento y tratamiento (SSA, 2014).

Dentro de la red de servicios del modelo Miguel Hidalgo se encuentra el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) que brinda atención ambulatoria y referencia hospitalaria. Se conforman de un psiquiatra, un psicólogo clínico, un psicólogo especialista en psicoterapia, trabajo social, enfermería, admisión, farmacia y administrativos (SSA, 2016).

En Hidalgo, el modelo Miguel Hidalgo surge con la comunidad de terapia psicosocial “Villa Ocaranza” en noviembre de 2001 posterior al cierre del hospital psiquiátrico campestre “Dr. Fernando Ocaranza”; al inicio con 120 usuarios de larga estancia y 16 usuarios agudos (Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza, 2001).

Los talleres psicosociales en Villa Ocaranza se dividieron para los hombres en las villas: Margaritas, Tulipanes, Magnolias, Gardenias, Azucenas y Jazmines y para las mujeres las villas: Dalias, Rosas, Gardenias, Azaleas y Bugambilias. Cada casa contó con un equipo multidisciplinario llamado “eje”, compuesto por una trabajadora social, un terapeuta, un psicólogo, una enfermera, una afanadora y un cocinero (Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza, 2001). Actualmente “Villa Ocaranza” opera con las áreas de consulta externa, área de observación y terapia continua (Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza, 2015).

Las fortalezas de la atención a la salud mental en México radican en que existe la normatividad y los programas para las estrategias, acciones y metas sumándose la atención médica por parte del seguro popular que incluye la cobertura de los principales trastornos mentales para su

medicación y la actuación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Mientras que las debilidades radican en que la atención no es integral en los programas de salud mental siendo insuficiente el trabajo multidisciplinario ante la falta de recursos humanos y financieros, la nula existencia de programas de salud mental para niños y adultos mayores, la atención basada principalmente en la hospitalización psiquiátrica, la escasa profesionalización y la ausencia de programas de reinserción social (ver Figura 8) (OMS, 2011).

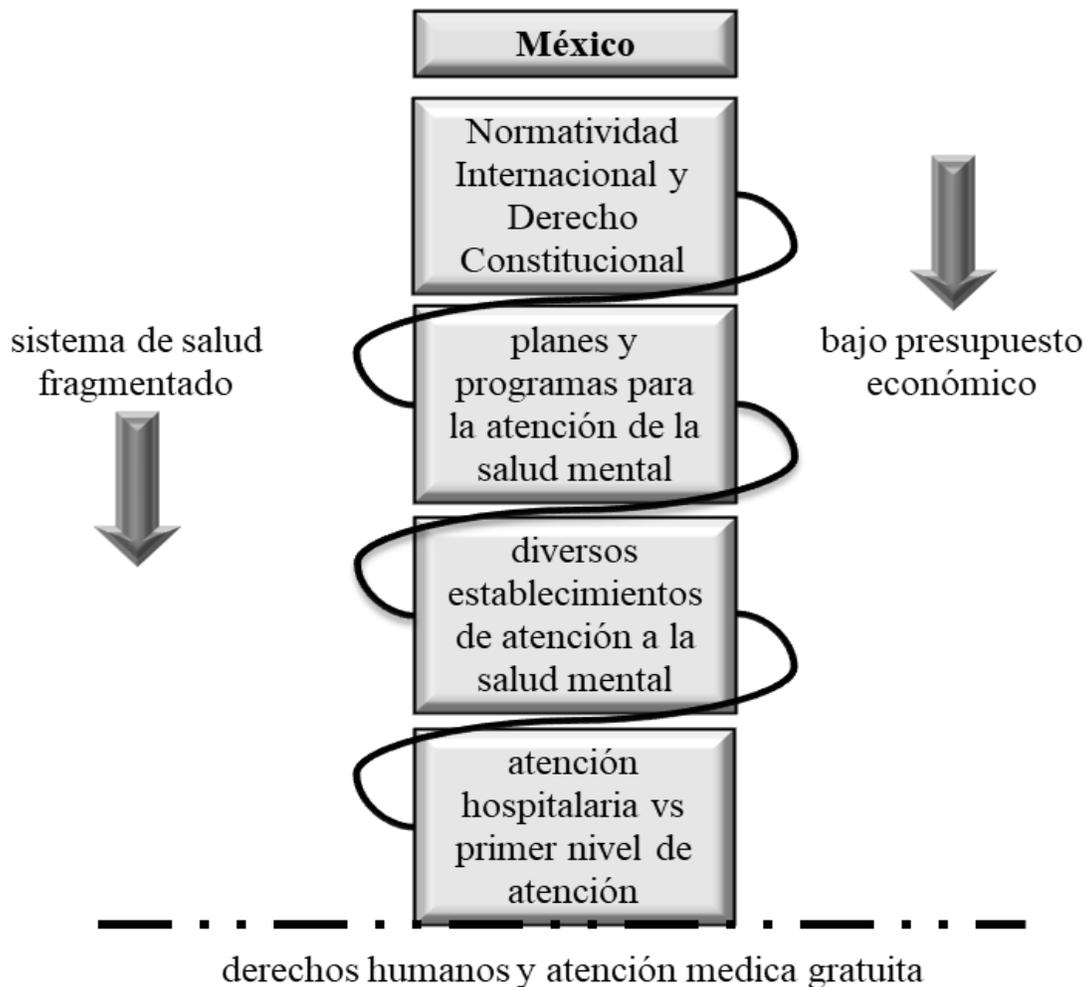


Figura 7. Pilar de fortalezas a perseguir para la atención a la salud mental y actores negativos actuales.

Fuente. Elaboración propia.

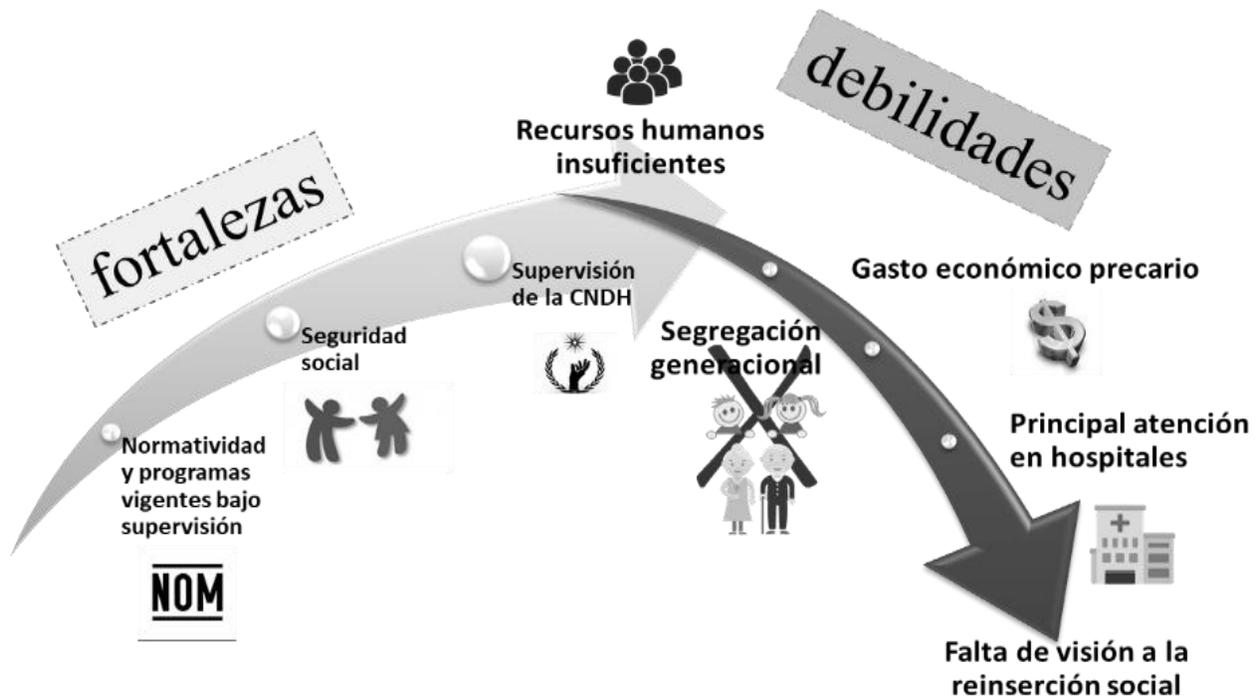


Figura 8. Fortalezas y debilidades de la atención a la salud mental en México.
Fuente. Elaboración propia.

Es así que la importancia de la salud mental en las agendas políticas gubernamentales permite que los tomadores de decisiones establezcan las pautas necesarias para asegurar decisiones basadas en evidencia científica vigente y grupos de atención multidisciplinarios para el reconocimiento de los derechos humanos, así como el acceso a los servicios de salud y que la población participe en el cuidado de su salud. El siguiente capítulo está destinado a *la depresión como problema de salud mental* en donde se reconoce su trascendencia en la salud pública mundial debido al costo social y su mortalidad asociada con la conducta suicida principalmente en jóvenes y adultos.

CAPÍTULO 2. DEPRESIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD MENTAL

Panorama epidemiológico del paciente deprimido; sintomatología y factores asociados

Es común y universal sentir tristeza, ya sea por un proceso de duelo ante la pérdida de una persona amada o una enfermedad invalidante, su duración es corta, y no afecta la fisiología, las actividades profesionales, sociales, académicas, familiares y de pareja; es un momento habitual de gran desánimo, no obstante este sentimiento puede mantener un pulso crónico anormal presentándose la respuesta desproporcionada o como trastorno depresivo caracterizado por la falta de satisfacción de vivir, de realizar actividades y de desesperanza (ver Figura 9) (Erazo, 2005).

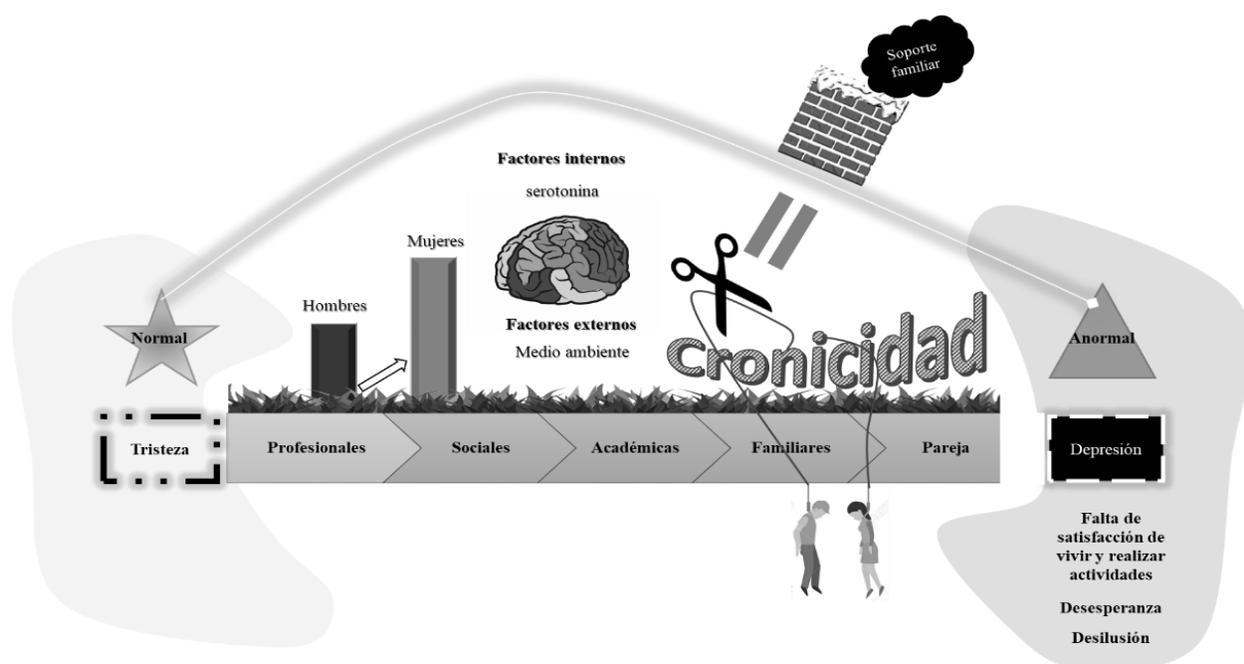


Figura 9. Trastorno depresivo y su tendencia a la cronicidad; riesgo para la conducta suicida.
Fuente. Elaboración propia.

La exposición a situaciones de estrés es una experiencia sensorial muy común y frecuente en la vida cotidiana, no obstante, también puede ocasionar sentimientos negativos como la depresión y la ansiedad; ambos causantes de un gran sufrimiento a las personas sin distinguir, sexo, edad, clase social, país o región (Arrivillaga, Cortés, Goicochea, & Lozano, 2004; Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014).

La depresión presenta un componente de origen hereditario en donde el polimorfismo en una región promotora del gen transportador de serotonina es uno de los responsables de la enfermedad depresiva aunado a factores detonantes del medio ambiente como el estrés, traumas emocionales, infecciones virales, alteraciones neuroendocrinas, enfermedad vascular, enfermedad de Parkinson, cáncer, asma, diabetes, enfermedades inmunes entre otras (Cassano & Argibay, 2010).

A nivel fisiológico se ha identificado que la depresión está inducida por el estrés y el cortisol que tienen un efecto en el deterioro neuronal principalmente en la corteza prefrontal ventromedial, corteza prefrontal orbital lateral, corteza prefrontal dorsolateral, corteza cingulada anterior, striatum ventral, amígdala y el hipocampo; áreas anatómicas donde los antidepresivos intervienen para rescindir el deterioro neuronal (Harihar, Dasari, & Srinivas, 2013; Maletic et al., 2007).

La disfunción a nivel del hipotálamo, del hipocampo y la activación de la amígdala provocan aumento del sistema simpático ocasionando el deterioro del metabolismo neuroendocrino induciendo en el paciente deprimido alteraciones en la memoria de corto plazo, pérdida del apetito, de la libido y del dolor y agresividad,; incluso las personas deprimidas no perciben los estímulos dolorosos a comparación de los sujetos no deprimidos (Erazo, 2005; Maletic et al., 2007).

La OMS en su última actualización detalla que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es un problema de salud pública a nivel mundial ante el costo social que existe afectando la productividad de los individuos principalmente en la población adolescente (Fleiz-Bautista et al., 2012; González-Forteza et al., 2011; OMS, 2017).

La depresión aporta a la carga global de enfermedades un porcentaje alto y significativo con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 2.4% además se estima que en el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) y la primera en países en desarrollo (González-Forteza et al., 2011). El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) significa un 37% de Años de Vida Perdidos por Enfermedades No Transmisibles (AVPENT) junto con la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo y el alcoholismo (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013; Heredia-Ancona, Lucio-Gómez, & Suárez-de la Cruz, 2011; Lara, Medina-

Mora, Borges, & Zambrano, 2007; Medina-Mora, Sartí, & Real, 2015; Wagner, González-forteza, Sánchez-García, García-Peña, & Gallo, 2012).

Se calcula que del 50 al 85% de los pacientes que tuvieron un episodio depresivo presentarán algún otro episodio a lo largo de su vida (Heinze & Camacho, 2010). En las mujeres la depresión es más frecuente que en los hombres, sin embargo, es común que estos oculten la sintomatología depresiva por el estigma social que existe hacia el sexo masculino, lo cual provoca resultados agresivos y mortales como los actos violentos o los intentos de suicidio (González-Forteza, Hermosillo, Vacio-Muro, Peralta, & Wagner, 2015).

La OMS informa que los jóvenes adultos que presentan algún trastorno mental tienen mayor probabilidad de abandonar sus estudios, principalmente en países de ingresos económicos altos, pese a que en aquellos en vías de desarrollo, otros factores como la economía tienen mayor ponderación para el abandono escolar (Benjet et al., 2012).

De igual modo insta a sus Estados miembros a reducir para el año 2030 un tercio de la mortalidad de las enfermedades no transmisibles a través de la prevención y tratamiento de los trastornos mentales y el aseguramiento del bienestar de la colectividad (World Health Organization, 2017).

Actualmente la sintomatología depresiva resulta costosa e incluso mortal ya que puede conducir al suicidio, estimándose anualmente 900 mil suicidios en el mundo; además es la segunda causa de muerte en el grupo etario de los 15 a los 29 años de edad después de los accidentes de tráfico siendo más frecuente en los hombres (Berenzon et al., 2013; García-Solano, 2001; González-Forteza et al., 2015; OMS, 2017; WHO, 2017).

Por lo tanto, el suicidio es uno de los indicadores de cumplimiento para la disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles, siendo necesario reducir el acceso a los medios; como el envenenamiento con pesticidas que provocó tanto en India como en Corea del Sur el mayor número de suicidios, ahora en estos países el uso de paraquat (herbicida químico de amonio cuaternario) ha sido eliminado como medida de prevención (OMS, 2014; WHO, 2017).

El trastorno depresivo incluye al trastorno depresivo mayor y a la distimia que conforme al DSM-5 son trastornos del estado de ánimo centrados en una alteración en el humor asociado al

malestar, la discapacidad, el riesgo de muerte, el dolor y la pérdida de libertad, provocando el distanciamiento social y cambios en las actividades rutinarias, la alimentación, el sueño y la presencia de ideación suicida (González-Forteza et al., 2015).

La sintomatología depresiva está presente en por lo menos en las últimas 2 semanas conforme al criterio diagnóstico de temporalidad del DSM-5 y requiere atención especializada así como tratamiento farmacológico (Medina-Mora et al., 2015).

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida, al menos el 50% de los adultos ha sufrido un trastorno depresivo antes de cumplir 21 años de edad (Berenzon et al., 2013) y una de cada cinco personas antes de llegar a los 74 años tendrá al menos un episodio de depresión (Wagner et al., 2012).

El trastorno depresivo mayor (unipolar) en un 50% de los casos se produce antes de los 40 años de edad de manera prevalente durante la adolescencia en donde los eventos vitales estresantes pueden ser más intensos (Alcalá-Partera, 2006). El episodio depresivo mayor tiene un primer auge alrededor de los 17 años de edad, otro segundo pico a los 32 años y otro máximo a los 64 años de edad (Medina-Mora et al., 2003).

Este tipo de episodios sin tratamiento tienen una duración de 6 a 13 meses mientras que su atención oportuna puede acortar su presentación a 3 meses pudiendo prolongarse hasta la adultez y asociarse con comportamientos suicidas (Alcalá-Partera, 2006; Jiménez-Tapia, Wagner, Rivera, & González-Forteza, 2015). La depresión durante la niñez y la adolescencia sugiere la posibilidad de una forma más agresiva del trastorno durante la vida adulta ocasionando menor número de redes de apoyo, menos amistades, mayor estrés, menor desempeño ocupacional, educativo y económico (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, & Zambrano-Ruiz, 2004).

Así mismo, durante la niñez y la adolescencia el trastorno depresivo mayor puede aumentar la probabilidad de fobias, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas en comparación con los que presentaron depresión en la etapa adulta (González-Forteza et al., 2015).

La población estudiantil joven se encuentra inmersa en un ajuste emocional a nivel personal e interpersonal que repercute en su desempeño académico y puede conducir a prácticas de riesgo

principalmente en la población universitaria en donde las tasas de sintomatología depresiva pueden encontrarse por arriba del 50%, asociado además al desarrollo de conductas suicidas y abuso de sustancias (González-González et al., 2012).

Es así que la educación universitaria es el pilar de las sociedades modernas por sus aportaciones científicas. El estudiante universitario debe ser considerado con un rol de trabajo ya que desempeña labores y tareas que implican un esfuerzo que serán evaluados para el desarrollo de competencias sociales y personales, de tal forma que los estresores psicosociales ante demandas recurrentes, excesivas o inapropiadas pueden ocasionar síntomas depresivos (Caballero, Bresó, & González, 2015).

Este periodo educativo es crucial; aquí el estudiante pasa de la adolescencia a la adultez joven. Diversos estudios epidemiológicos indican que del 12 al 50% de los universitarios presentan uno o más trastornos mentales, aún menos frecuente que los que no estudian, sin embargo los universitarios con problemas mentales son más propensos al abandono escolar, además de que la depresión y la ideación suicida se relacionan con estudiantes de calificaciones bajas (Bruffaerts et al., 2018).

De tal manera que la prevalencia de cuadros depresivos e intentos de suicidios inciden negativamente en el desempeño académico de los estudiantes ocasionando desmotivación y falta de interés, mala relación con profesores y compañeros e implica la necesidad de recursos humanos para su atención e investigación (Baader et al., 2014; Heredia-Ancona et al., 2011; Wang et al., 2014).

Por lo cual, es necesario que las universidades incluyan en sus objetivos institucionales el diagnóstico de salud mental de sus alumnos y así reducir las tasas de incidencia de los trastornos psiquiátricos en los adultos jóvenes para impactar de manera positiva en el rendimiento académico y desarrollo social (Baader et al., 2014; Kovess-Masfety et al., 2016).

En un estudio de tipo estratificado realizado en estudiantes de medicina de la India a partir del uso del Inventario de Depresión de Beck se estimó una prevalencia de depresión del 71.25%. El 80% reportó depresión de moderada a grave, más frecuente en mujeres (53.70%) que en hombres (Kumar, Jain, & Hegde, 2012).

Otro estudio de diseño transversal realizado en Chile en estudiantes universitarios a través de la aplicación de diversos cuestionarios basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, cuarta edición (DSM-IV) encontró que, el 13.7% de las universitarias presentaron depresión mayor y desesperanza lo que implica un riesgo suicida sumado a que la mayoría de los universitarios (84%) consumen grandes cantidades de alcohol principalmente los hombres y en las mujeres la frecuencia elevada de trastornos alimenticios (Baader et al., 2014).

De igual manera en este país sudamericano, con la participación de estudiantes de medicina de primer año; se encontró que entre el 26 y el 35% de estos presentó déficit en inteligencia emocional y entre un 37 y 45% tuvo niveles patológicos de depresión, estrés y ansiedad (Barraza-López, Muñoz-Navarro, & Behrens-Pérez, 2017).

También en Brasil, un estudio de diseño transversal realizado en universitarios identificó la asociación estadística entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida con una prevalencia del 21.4% entre los encuestados, estableciéndose además que la ideación suicida y la depresión no son necesariamente causa y efecto ya que no todos los deprimidos deseaban quitarse la vida (Santos et al., 2017).

En México al menos el 2% de la población mexicana ha padecido depresión con un mínimo de 7 episodios depresivos durante toda su vida (González-González et al., 2012); de tal manera que 1 de cada 10 mexicanos ha presentado algún tipo de desorden mental en un periodo de 12 meses (Medina-Mora et al., 2005). En nuestro País incluso provoca más discapacidad que otras enfermedades tales como la diabetes, las enfermedades respiratorias, cardíacas y la artritis (Berenzon et al., 2013).

Diversos estudios realizados en 1996 y en el año 2004 indican que la prevalencia de la depresión, los trastornos afectivos y de ansiedad en la población mexicana es de alrededor del 9% con al menos un episodio de depresión mayor antes de los 18 años (Heredia-Ancona et al., 2011). Una gran proporción de adolescentes mexicanos tienen problemas mentales, principalmente depresión; en México la prevalencia es del 4.5% en los adolescentes y las mujeres son las más afectadas (5.8%) (González-Forteza et al., 2011).

En un estudio realizado en la Ciudad de México dirigido a adolescentes con una media de edad de 13.7 años, se encontró que aquellos que cursan con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con sus padres, baja autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas, presentándose a razón de tres mujeres por cada hombre (González, Ramos, Caballero, & Wagner, 2003).

En 2009 con información de 22 escuelas tanto de nivel medio superior como universitarios, el 14.7% presentó sintomatología de depresión mayor, 11.1% en el sexo masculino y el 17.9% en mujeres (González-Forteza et al., 2011).

Durante el periodo de septiembre 2001 a mayo 2002 a través de la Encuesta Nacional de Comorbilidad Mexicana realizada entre pacientes de 18 a 65 años de edad para la tipificación de trastornos mentales con base en el DSM-IV, se halló que el mayor porcentaje de la población mexicana cursaba con fobia (4.0%), seguido del trastorno depresivo mayor (3.7%) y abuso de sustancias (2.2%) en donde las mujeres reportaron la mayoría de estos trastornos anímicos y ansiosos; en las formas graves se presentó en jóvenes separados, divorciados o viudos (Medina-Mora et al., 2005).

Con información de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2001-2002) se identificó que el trastorno depresivo mayor en menores de 18 años tiene una prevalencia en México de 27.5% lo que equivale a 2 millones de mexicanos, de estos el 64% informó episodios de depresión subsecuentes (Medina-Mora, Borges, & Benjet, 2016). Estos pacientes depresivos con inicio temprano tienen 4 veces más riesgo de desarrollar episodios de ansiedad, mientras que en la adultez el riesgo es de 2.2 veces (Benjet et al., 2004; Wagner et al., 2012).

De tal forma que la depresión, la fobia social y el trastorno por estrés postraumático son las enfermedades mentales más discapacitantes para la población mexicana incluso con mayor efecto que algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas, y que la disfunción familiar en las mujeres y el bajo desempeño laboral en los hombres sumado al diagnóstico de ansiedad impacta en el comportamiento social y ocupacional (Lara et al., 2007).

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes durante 2006 indicó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México entre los 12 y los 17 años de edad han sufrido un trastorno

depresivo en el último año, mientras que la OMS al comparar países encontró que en las mujeres las tasas de depresión son el doble que lo encontrado en el sexo masculino (Wagner et al., 2012).

A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño (ENED) 2002-2003, se sondearon 38 mil 700 hogares con un informante mayor de 18 años seleccionado de forma aleatoria. A partir de los criterios diagnósticos de depresión del DSM-IV, se identificó que la prevalencia de depresión en adultos mexicanos es del 4.5%, con mayor prevalencia en las mujeres mayores de 60 años (9.6%) en comparación con los hombres del mismo grupo etario (5%) (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora, & Lozano, 2005).

Análisis internacional, nacional y estatal de las tasas de morbilidad y mortalidad por depresión

Morbilidad internacional.

En el mundo, conforme a la información proporcionada por el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME), la depresión aportó en 1990 el 1.20% de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), mientras que en 2015 contribuyó con el 1.81%; la diferencia porcentual es de 0.61% más de años perdidos por depresión (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018a).

Por regiones, Australasia (Australia y Nueva Zelanda) reportó en 2015 un aumento en la prevalencia de depresión de 34.23 casos en masculinos por cada 100 mil habitantes en comparación con lo reportado entre 1990; mientras que en las mujeres el aumento en la tasa fue de 233.33. América del Norte con ingresos altos (Canadá y Groenlandia) reportó la tasa más alta en mujeres entre 1990 y 2015 con un aumento de 105.16 mujeres por cada 100 mil habitantes. Por otra parte, América Latina y El Caribe conformado por Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y México reportaron el aumento en la tasa tanto en hombres como en mujeres de 382.35 y 447.09 por cada 100 mil habitantes (IHME, 2018b).

Así mismo, el grupo etario más afectado en 1990 fue de los 70 a los 74 años con una tasa de 6,887.54 por cada 100 mil habitantes, seguido de los grupos etarios: de los 65 a los 69, 75 a 79, 60 a 64 y de los 80 a los 84 años de edad con tasas de: 6,823.95, 6,783.17, 6,646.53 y 6,574.45 respectivamente. Llama la atención el temprano diagnóstico de depresión en edades entre los 5 y los 9 años y entre los 10 y los 14 años (133,89.00 y 1,220.60 por cada 100 mil habitantes). En 2015

el grupo más afectado se ubicó entre los 65 y los 69 años con una tasa de 6,714.79 por cada 100 mil habitantes, lo que representa un decremento en comparación con lo reportado en 1990 de 109.16 por cada 100 mil habitantes. De igual manera las tasas más altas se ubicaron a partir de los 50 años con un aumento constante hasta los 65 y 69 años de edad y su disminución a partir de estos (IHME, 2018c).

Morbilidad nacional.

El análisis de la morbilidad en México tanto a nivel nacional como a nivel estatal tiene consistencia a partir de 2014. Años previos existe nulidad en el reporte de casos al Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) (DGE, 2015). A nivel nacional la depresión es más frecuente en las mujeres; la razón mujer/hombre durante 2014 y 2015 fue de 3.23:1 y de 3.05:1; además en este periodo la tasa de morbilidad por depresión unipolar mayor aumentó 21.53 casos por cada 100 mil habitantes; incrementándose en las mujeres 30.86 casos y en los hombres 11.71 (ver Tabla 1). Los grupos etarios más afectados para ambos sexos es el de los 50 a los 59 años y de los 65 años y más y en este último grupo etario durante 2015 se presentó un aumento en las mujeres de 83.93 casos y en los hombres de 45.83 casos por cada 100 mil habitantes (ver Figura 10).

Morbilidad estatal.

El Estado de Hidalgo reportó mayor frecuencia de depresión en las mujeres; la razón mujer/hombre durante 2014 y 2015 fue de 3.86:1 y de 3.19:1; además en este periodo la tasa de morbilidad por depresión unipolar mayor aumentó 2.38 casos por cada 100 mil habitantes; disminuyendo en las mujeres 0.37 casos y aumentando en los hombres 4.69. El grupo etario más afectado para las mujeres es el de los 45 a 49 años (promedio de la tasa de ambos años de 160.82) y en los hombres a partir de los 65 años (74.03) (ver Tabla 2). Por otra parte en ambos años el promedio de las tasas indica que los grupos etarios más afectados para ambos sexos son de los 65 y más años (112.60), 50 a 59 años (100.84), 45 a 49 años (100.73), 60 a 64 (93.43), 25 a 44 años (66.96) y de los 20 a los 24 (55.92) (ver Figura 11).

Mortalidad internacional.

No existe información disponible para evaluar la carga global por mortalidad a través del Instituto de Medición y Evaluación de la Salud.

Mortalidad nacional.

A partir de la información generada a través de la plataforma de mortalidad a cargo de la Dirección General de Información en Salud que permite evaluar a nivel nacional y estatal las defunciones reportadas a INEGI y a la Secretaría de Salud; se identifica que en México, la tasa de mortalidad por depresión unipolar mayor aumentó de 0.12 defunciones en 2010 a 0.15 por cada 100 mil habitantes durante 2015 (ver Tabla 3) (Dirección General de Información en Salud, 2015).

A partir del promedios de las tasas reportadas de 2010 a 2015, los grupos etarios quinquenales más afectados en la población mexicana se observan a partir de los 45 a los 49 (0.06), 50 a 54 (0.08), 55 a 59 (0.11), 60 a 64 (0.21), 65 a 69 (0.42), 70 a 74 (0.70); así como de los 75 a los 79 años de edad, de los 80 a los 84 y a partir de los 85 y más años con tasas de 1.70, 2.68 y 6.74 respectivamente (ver Figura 12). En este histórico la tasa de mortalidad por depresión unipolar mayor en mujeres y en hombres aumentó de forma similar 0.03 defunciones por cada 100 mil habitantes para 2015 (ver Tabla 3).

Mortalidad estatal.

A nivel estatal, la información del periodo comprendido entre 2010 y 2015 presenta inconsistencia en su reporte; durante 2012 no hubo informe al Sistema de Información en Salud. Los grupos etarios quinquenales con reporte en Hidalgo son a partir de los 35 a los 39 años (ver Figura 13). Durante 2015 se reportó el mayor número de defunciones con una tasa de 0.13 por cada 100 mil habitantes siendo el grupo etario más afectado el de los 85 y más años indicando 1.37 defunciones por depresión unipolar mayor por cada 100 mil habitantes con una tasa de 1.09 para los hombres y de mujeres de 1.57 (ver Tabla 4).

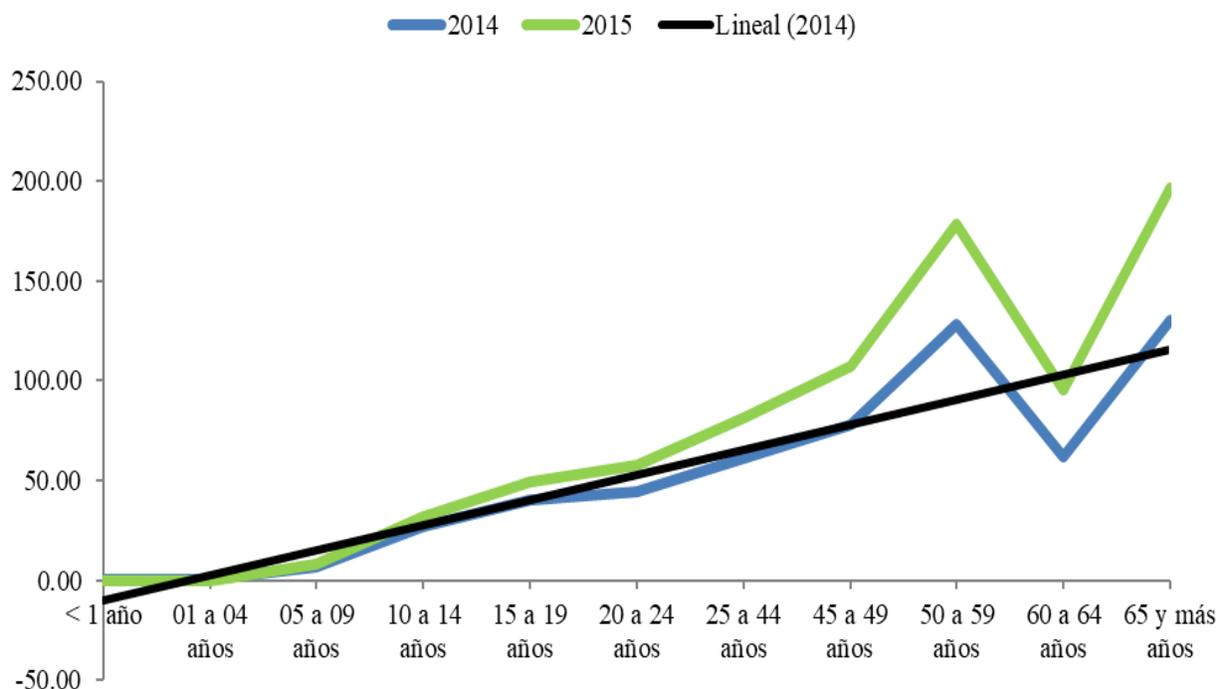


Figura 10. Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por grupo etario quinquenal, 2014-2015, México.

Fuente. Elaboración propia a partir de la información del SUAVE en línea, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2014-2015.

Tabla 1.

Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2014-2015, México.

Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Grupo de edad/año						
<1 año	0.28	0.00	0.44	0.00	0.36	0.00
01 a 04 años	0.95	0.00	0.64	0.00	0.79	0.00
05 a 09 años	7.21	7.91	6.92	8.32	7.06	8.12
10 a 14 años	33.89	42.81	20.07	21.40	26.84	31.89
15 a 19 años	58.17	73.63	22.24	25.97	40.05	49.56
20 a 24 años	67.47	85.48	20.78	29.46	44.47	57.80
25 a 44 años	94.68	125.65	23.73	33.19	60.94	81.69
45 a 49 años	120.73	163.63	31.43	46.80	77.74	107.27
50 a 59 años	196.33	267.44	53.01	80.24	128.40	178.68
60 a 64 años	87.54	131.20	33.22	55.48	61.89	95.51
65 y más años	181.06	264.99	74.31	120.14	130.48	196.51
Total	87.58	118.44	27.04	38.75	58.03	79.56

Fuente. Elaboración propia a partir de la información del SUAVE en línea, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2014-2015.

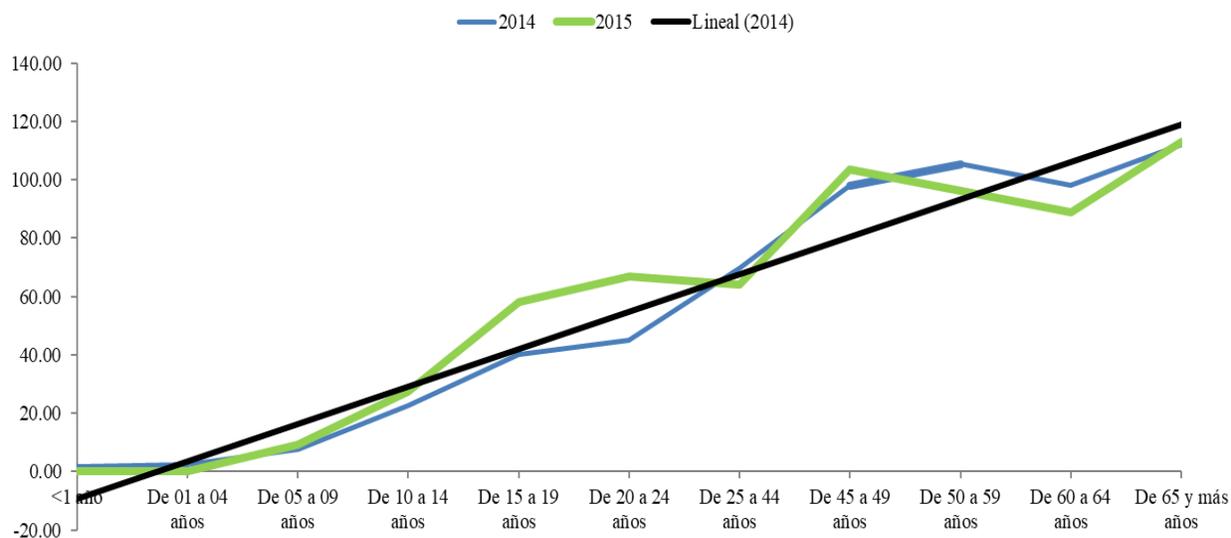


Figura 11. Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por grupo etario quinquenal, 2014-2015, Hidalgo.

Fuente. Elaboración propia a partir de la información del SUAVE en línea, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2014-2015.

Tabla 2.

Tasas de morbilidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2014-2015, Hidalgo.

Grupo de edad/año	Femenino		Masculino		Total	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
<1 año	3.77	0.00	0.00	0.00	1.84	0.00
01 a 04 años	1.91	0.00	2.72	0.00	2.32	0.00
05 a 09 años	8.27	6.03	7.14	12.15	7.69	9.17
10 a 14 años	27.63	34.30	17.90	20.70	22.66	27.35
15 a 19 años	63.56	88.74	16.55	27.76	39.98	58.08
20 a 24 años	72.81	106.82	15.77	24.58	45.13	66.72
25 a 44 años	109.14	96.72	23.52	25.61	69.83	64.09
45 a 49 años	154.91	166.73	33.01	30.82	98.01	103.44
50 a 59 años	165.76	146.83	38.16	39.53	105.43	96.26
60 a 64 años	156.29	128.66	35.25	45.19	98.16	88.70
65 y más años	151.31	140.32	66.54	81.52	112.08	113.12
Total	88.06	87.69	22.79	27.48	56.53	58.61

Fuente. Elaboración propia a partir de la información del SUAVE en línea, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2014-2015.

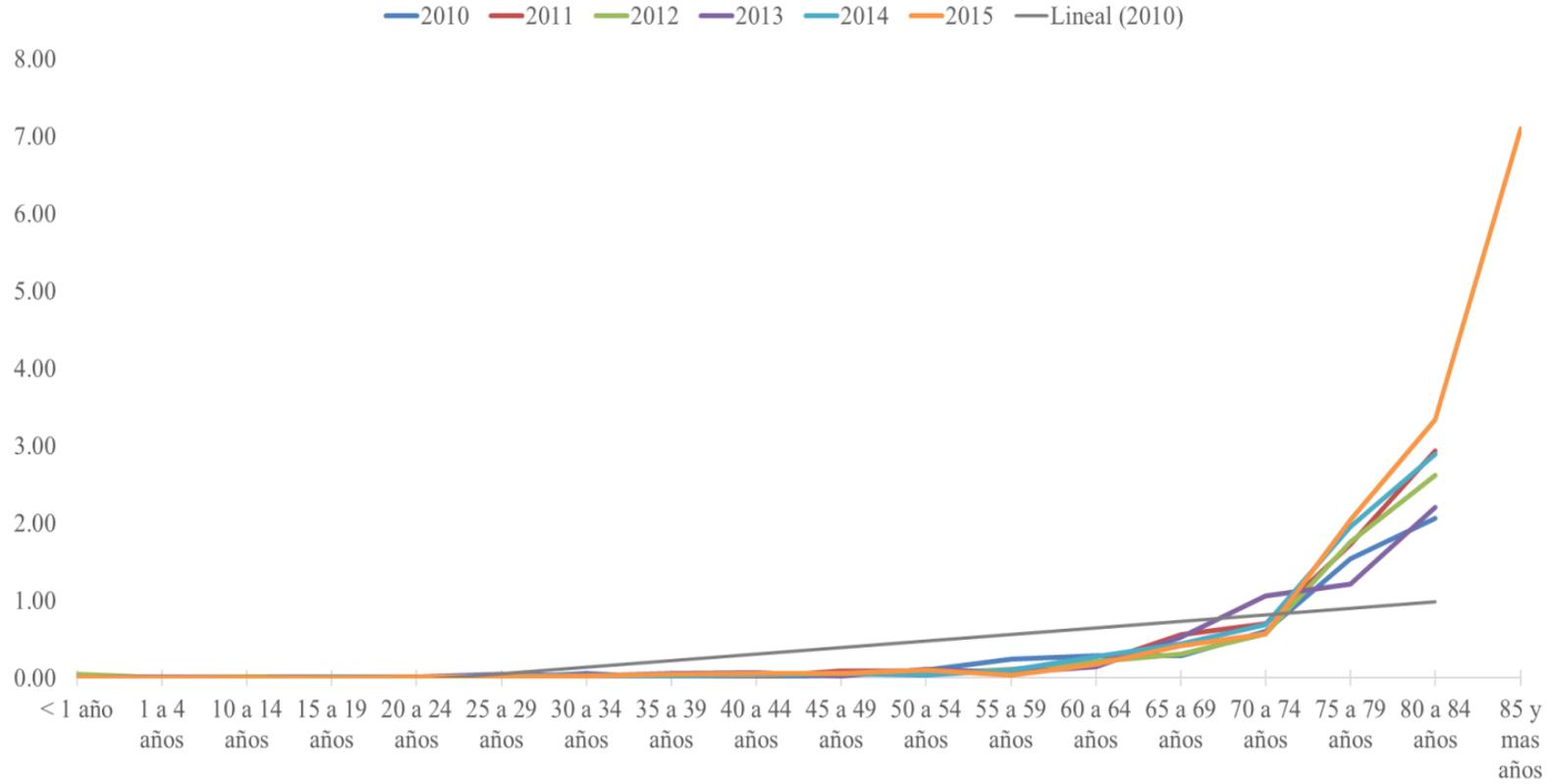


Figura 12. Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor por grupo etario quinquenal, 2010-2015, México.

Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos de la plataforma de defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015.

Tabla 3.

Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015, México.

Edad/año	Fem	Masc	Total															
	2010			2011			2012			2013			2014			2015		
< 1 año	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09	0.00	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1 a 4 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10 a 14 años	0.00	0.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
15 a 19 años	0.00	0.02	0.01	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.01	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
20 a 24 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.02	0.01	0.00	0.02	0.01	0.02	0.02	0.02
25 a 29 años	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.06	0.02	0.04	0.00	0.04	0.02	0.00	0.02	0.01
30 a 34 años	0.09	0.02	0.06	0.00	0.07	0.03	0.00	0.02	0.01	0.04	0.00	0.02	0.02	0.02	0.02	0.00	0.05	0.02
35 a 39 años	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.05	0.02	0.07	0.05	0.06	0.02	0.02	0.02	0.02	0.07	0.05
40 a 44 años	0.00	0.03	0.01	0.00	0.03	0.01	0.07	0.03	0.05	0.07	0.05	0.06	0.02	0.05	0.04	0.02	0.10	0.06
45 a 49 años	0.00	0.07	0.03	0.03	0.17	0.09	0.09	0.03	0.06	0.03	0.03	0.03	0.05	0.06	0.06	0.08	0.03	0.06
50 a 54 años	0.15	0.04	0.10	0.14	0.04	0.09	0.07	0.04	0.06	0.17	0.04	0.11	0.03	0.04	0.03	0.10	0.11	0.10
55 a 59 años	0.19	0.31	0.25	0.09	0.05	0.07	0.13	0.10	0.11	0.08	0.05	0.07	0.08	0.13	0.11	0.00	0.09	0.04
60 a 64 años	0.24	0.34	0.29	0.18	0.19	0.18	0.28	0.12	0.21	0.22	0.06	0.14	0.26	0.29	0.27	0.20	0.17	0.18
65 a 69 años	0.31	0.26	0.29	0.61	0.51	0.56	0.29	0.33	0.31	0.57	0.48	0.53	0.34	0.54	0.44	0.33	0.52	0.42
70 a 74 años	0.72	0.47	0.61	0.50	0.92	0.70	0.58	0.56	0.57	1.32	0.76	1.06	0.55	0.85	0.69	0.53	0.62	0.57
75 a 79 años	1.43	1.67	1.54	1.81	1.63	1.73	1.35	2.24	1.76	1.45	0.94	1.22	1.67	2.29	1.95	2.37	1.64	2.04
80 a 84 años	2.21	1.89	2.06	3.62	2.09	2.93	2.06	3.29	2.61	1.00	3.69	2.20	3.88	1.68	2.89	2.64	4.21	3.34
85 y más años	6.88	6.70	6.80	5.43	7.41	6.27	4.53	4.95	4.71	5.22	7.15	6.04	8.58	10.89	9.55	8.25	5.52	7.10
Total	0.13	0.11	0.12	0.13	0.12	0.13	0.12	0.11	0.11	0.14	0.12	0.13	0.16	0.16	0.16	0.16	0.14	0.15

Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos de la plataforma de defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015.

Tabla 4.

Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015, Hidalgo.

	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total
Edad/año	2010			2011			2012			2013			2014			2015		
35 a 39 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.05	0.00	0.00	0.00
55 a 59 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.19	0.09	0.00	0.00	0.00
60 a 64 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.23	0.11
65 a 69 años	0.00	0.35	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.28	0.00	0.14
70 a 74 años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.37	0.00	0.20	0.00	0.00	0.00
75 a 79 años	0.00	0.00	0.00	0.56	0.00	0.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.54
80 a 84 años	0.00	0.00	0.00	0.00	10.41	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.98	0.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.92	0.41
85 y más años	0.00	1.30	0.54	0.89	0.00	0.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.57	1.09	1.37
Total	0.00	0.08	0.04	0.07	0.04	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.02	0.03	0.07	0.05	0.15	0.10	0.13

Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos de la plataforma de defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015.

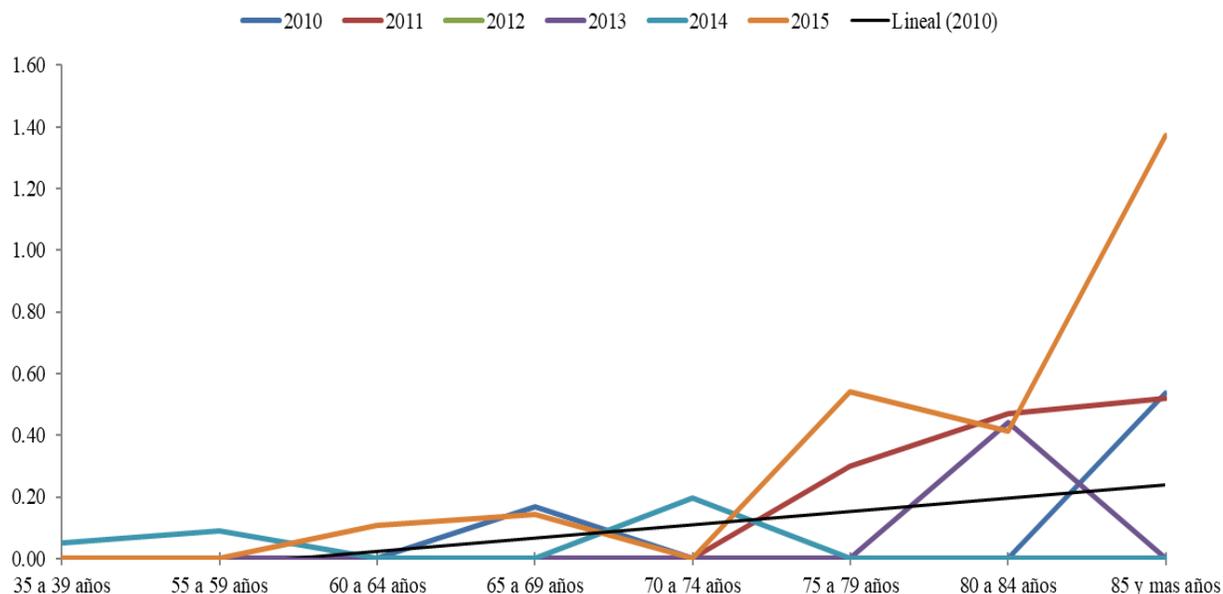


Figura 13. Tasas de mortalidad cruda de la depresión unipolar mayor general por grupo etario quinquenal, 2010-2015, Hidalgo.

Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos de la plataforma de defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015.

Sintomatología y factores asociados a la depresión

La depresión es un trastorno emocional que surge de la interacción entre los factores biológicos, hereditarios y del medio ambiente en donde se relacionan cerebro-pensamiento-emoción y conducta, asociándose con la vulnerabilidad genética, las lesiones cerebrales y la caracterización de sujetos con trastornos suicidas y del comportamiento (Al-Turkait & Ohaeri, 2010; Berenzon et al., 2013; González-González et al., 2012; Wang et al., 2014).

La depresión se presenta más frecuentemente en jóvenes, observándose que la mayoría de los pacientes con trastorno depresivo han cursado por acontecimientos estresantes negativos en la dinámica familiar, las relaciones sociales, el ámbito escolar, la preocupación por la salud así como el éxito y los fracasos; sin ser causa necesaria o suficiente para la aparición de un cuadro depresivo pero que puede conducirlos a presentarse como jóvenes y adultos deprimidos que además carecieron de apoyo social (ver Figura 14) (Arrivillaga et al., 2004; Heredia-Ancona et al., 2011; Wang et al., 2014).

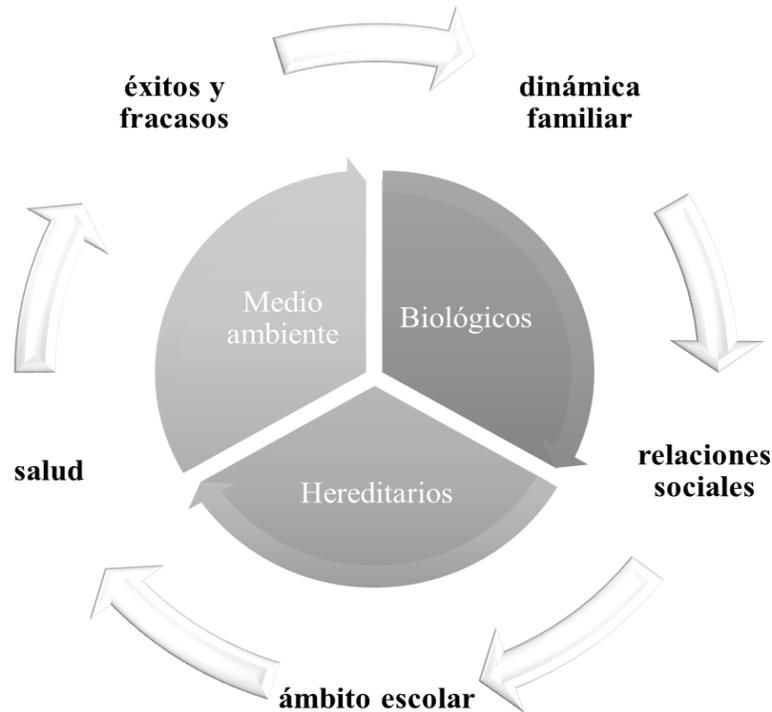


Figura 14. Factores asociados a la depresión y estresores negativos en el individuo.
Fuente. Elaboración propia.

El paciente deprimido presenta alteraciones anímicas, problemas laborales, desinterés, irritabilidad, autocrítica exagerada, alteraciones del sueño, cansancio, ansiedad, tristeza, pesimismo, pensamientos negativos recurrentes y aumento de reactividad a estresantes vitales que puede conducir a un intento o comportamiento suicida (Alcalá-Partera, 2006; Wang et al., 2014).

La recurrencia de la sintomatología depresiva es del 76% a los 15 meses, y del 24% en el mismo periodo en aquellos pacientes que remitieron. En estos episodios repetitivos es común la presencia de ansiedad (OMS, 2017).

Una mayor recurrencia se asocia al número de episodios previos, ausencia de apoyo social y aumento de acontecimientos vitales estresantes, sin demostrarse la influencia del sexo, el estado civil o la situación económica (Alcalá-Partera, 2006).

La sintomatología depresiva puede traslaparse con situaciones clínicas como la depresión secundaria o somatogena en donde la sintomatología depresiva precede a la somática, la presencia

de síntomas depresivos causados por fármacos e intervalos asintomáticos; asociándose estos a una alta tasa de mortalidad; la prevalencia de suicidio alcanza en estos pacientes el 15% (Alcalá-Partera, 2006; Erazo, 2005; Medina-Mora et al., 2015).

La edad de inicio de la sintomatología depresiva es en edades tempranas, al menos el 50% de los adultos que presentaron un evento de trastorno depresivo han sufrido algún trastorno mental antes de cumplir 21 años presentándose como un indicador de vulnerabilidad y tendencia hacia la cronicidad (Berenzon et al., 2013; Jiménez-Tapia et al., 2015).

La depresión materna y el alcoholismo paterno se han identificado como factores de riesgo para depresión en niños; siendo 3 veces mayor el riesgo para presentar un trastorno psiquiátrico. Adicionalmente de que los adultos deprimidos muestran pocas habilidades como padres (Caraveo, Medina-Mora, Villatoro, & Rascón, 1994).

En los grupos etarios entre los 18 y los 24 años tanto en hombres como en mujeres que no trabajan ni estudian o realizan alguna actividad recreativa es mayor la presencia de trastornos mentales tales como la ansiedad y la depresión, de tal manera que existe una relación inversa entre la salud mental y la actividad académica (Caballero et al., 2015; González-Forteza et al., 2015; Kovess-Masfety et al., 2016).

En el mismo tenor la inequidad social, la falta de educación y de oportunidades de empleo para los jóvenes adultos en la mayoría de los países en desarrollo ha ocasionado la presencia de jóvenes conocidos como ninis (ni estudian ni trabajan). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) informó que el 12.5% de los jóvenes entre los 15 y 24 años de edad durante 2010 que no trabajan ni estudian están en riesgo de desarrollar alguna enfermedad mental o la consecuencia de ésta (Benjet et al., 2012; OCDE, 2016, 2017).

La mayoría de los que ni estudian ni trabajan provienen de familias de bajos recursos económicos, padres con niveles educativos bajos, que viven únicamente con el padre o con la madre o se encuentran casados y con hijos, estos tienen mayor prevalencia de desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias y comportamiento suicida en comparación con los que estudian (Benjet et al., 2012; Riverón et al., 2016).

En Nueva Zelanda se ha observado que el desempleo y el abandono escolar están asociados con el aumento de la ideación suicida, actividades criminales y abuso de sustancias (Benjet et al., 2012).

En un estudio comparativo realizado en Francia durante 2016 en estudiantes universitarios y no estudiantes; ambos con y sin empleo en los mismos rangos de edad (18 a 24 años de edad) se encontró que en los que no estudian ni trabajan los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y la ideación suicida eran más frecuentes; principalmente en las mujeres, mientras que al contrario en los hombres se presentó con mayor frecuencia el consumo de drogas y alcohol (Kovess-Masfety et al., 2016).

En un estudio realizado en estudiantes entre los 15 y los 19 años de edad el abuso del alcohol y del tabaco fue más frecuente en el sexo masculino y además la prevalencia de sintomatología depresiva resultó más alta en los universitarios que consumen tanto alcohol como tabaco (González-González et al., 2012).

El estado civil ha presentado diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso en donde los solteros que viven en países ricos presentan mayor frecuencia de sintomatología depresiva mientras que los individuos divorciados o viudos de países pobres resultaron ser más depresivos (Wagner et al., 2012).

En los adolescentes los trastornos depresivos se presentan en un 7.5% e intervienen en su desarrollo, asociado a un mayor número de problemas familiares, el maltrato sumado a otros estresores negativos como el nivel socioeconómico bajo, la falta de oportunidades, la violencia intrafamiliar y la indiferencia social (Berenzon et al., 2013; Heredia-Ancona et al., 2011).

Si estos jóvenes residen en áreas urbanas o conurbadas presentan incluso tasas más elevadas de depresión, prevalentemente en mujeres en donde las tasas de suicidio también son mayores (González-Forteza et al., 2015). Por lo cual se ha observado que el diagnóstico de depresión es mayor en la población urbana que rural, la probabilidad es 2 veces más alta en poblaciones con más de 2 mil 500 habitantes (Belló et al., 2005).

Joven y universitario significa mayor autonomía, pero también más responsabilidades académicas, personales y familiares, el desarrollo de su sexualidad e identidad personal, además

de estresores sociales como el alejamiento familiar, las dificultades económicas, las exigencias académicas, la incertidumbre del futuro y la necesidad de adaptación a un nuevo contexto vital; estos factores favorecen la aparición de trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad, el suicidio, los trastornos alimenticios y el abuso de sustancias (Baader et al., 2014).

En un estudio de carácter transversal realizado en estudiantes colombianos, con un rango de edad de los 16 a los 35 años, se encontró mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck que el 30.3% de esta población tenía sintomatología depresiva; la mayoría del sexo femenino (21.1%) y pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, ocurrencia de episodios depresivos previos y que el 100% de estos jóvenes deprimidos tuvieron al menos un intento de suicidio (Arrivillaga et al., 2004).

Mientras que en Bélgica se observó que en el último año el 34% de los estudiantes universitarios presentaron algún trastorno mental asociado a la internalización y externalización de los trastornos mentales, abuso de sustancias, alcohol o drogas y problemas antisociales, además de que los programas académicos rigurosos aumentaron el estrés y por lo tanto la probabilidad de desarrollar un trastorno mental (Bruffaerts et al., 2018).

En la población mexicana las variables psicosociales que se asocian con el trastorno depresivo son el género femenino, con mayor fuerza si es ama de casa, el bajo nivel socioeconómico que condiciona depresiones más graves que aquellos con mejor posicionamiento económico, el desempleo principalmente en hombres, el aislamiento social, los problemas legales, la violencia, el consumo de drogas y alcohol y la migración (Berenzon et al., 2013; González-Forteza et al., 2015; Medina-Mora et al., 2005).

En México la sintomatología depresiva es más frecuente en jóvenes y en adultos (González-Forteza et al., 2015).

En un estudio probabilístico con el uso de la Escala de Depresión de los Estudios Epidemiológicos (CES-D) se midió la prevalencia de síntomas depresivos en la población mexicana de 12 a 65 años de edad, mediante el uso de la Encuesta Nacional sobre Adicciones 2008 (ENA 2008), encontrándose que la prevalencia total de sintomatología depresiva fue del 5.1%; presentándose en el 7.5% de las mujeres y en el 2.5% de los hombres. Los factores que se asociaron

en este estudio incluyen ser divorciados (en mujeres) o viudos (en hombres), tener menor nivel educativo, percibir su lugar de residencia como inseguro, mostrar abuso o dependencia del alcohol, ser un consumidor regular de drogas (en hombres) y haber sufrido abuso sexual (Fleiz-Bautista et al., 2012).

Mediante un análisis transversal no probabilístico enfocado a estudiantes de nivel medio superior de las ciudades de México y Michoacán, 12% de estos presentaron sintomatología depresiva en mayor proporción en las mujeres (Jiménez-Tapia et al., 2015).

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes durante 2005 con una muestra de tres mil estudiantes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años de edad identificó que el 16% de estos se encuentran sin trabajar ni estudiar, el 7% realiza ambas actividades y solo el 3% se dedica exclusivamente a trabajar. La mayoría de estos empezó a trabajar entre los 12 y los 13 años de edad y en una gran proporción realiza actividades de ventas, servicios básicos y otros como empacador o ayudante general (Benjet et al., 2012).

Aunado a esto, el 68% de la población mexicana sólo cuenta con la primaria, mientras que el 12% posee estudios universitarios. El 67% se encontraban casados o en unión libre y el 58% tiene alguna actividad laboral. En cuanto a trastornos mentales el trastorno depresivo mayor se encontró en un 3.3% (Fleiz-Bautista et al., 2012).

En adición, la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño (ENED) 2002-2003 indicó que la probabilidad de presentar un episodio depresivo aumenta un 2% por cada año de edad adicional siendo más frecuente en hombres y disminuyendo ante el incremento del nivel de escolaridad (Belló et al., 2005).

En la Ciudad de México se encontró que la frecuencia de depresión e ideación suicida en adolescentes fue del 8% en hombres y del 12% en mujeres. De los hombres que habían intentado suicidarse el 40% tenía sintomatología depresiva mientras que en las mujeres más del 67% presentó depresión (González-Forteza, Ramos, Vignau, & Ramírez, 2001).

Desafortunadamente diversos factores dificultan su atención, entre ellos el nivel socioeconómico, los antecedentes familiares de depresión y consumo de alcohol y drogas, además de las experiencias de violencia, abuso físico y sexual (Jiménez-Tapia et al., 2015). El apoyo social

y la inteligencia emocional tienen una relación cercana con la generación, desarrollo, control y prevención de la depresión además de que facilita la relación con los servicios de salud (Wang et al., 2014). Asimismo, la disminución de la pobreza y de las brechas de desigualdad, así como la promoción de la salud permiten una mejor atención al paciente deprimido (Caballero et al., 2015; Wagner et al., 2012).

La prevención de la depresión en universitarios deberá ser a través de la optimización de los entornos, estilos de vida y de estudio, así como el apoyo social para mejorar sus capacidades cognitivas y de afrontamiento, así como sus cualidades mentales (Wang et al., 2014).

Comorbilidad presente en el paciente deprimido

La comorbilidad asociada a la depresión presenta una alta co-ocurrencia con enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de colon irritable, abuso de sustancias tóxicas, ansiedad y conducta suicida (Berenzon et al., 2013; Wagner et al., 2012).

En estudios de cohorte realizados de manera retrospectiva durante 1980 al 2003 se encontró que el riesgo de mortalidad es dos veces más alto en aquellos pacientes deprimidos y/o ansiosos y con enfermedad cardiovascular (Erazo, 2005).

Los pacientes con enfermedad de Parkinson, Alzheimer y Wilson se presentan con depresión en aproximadamente un 50% de los casos con mayor frecuencia en las mujeres y con presencia de ideación suicida. Otras enfermedades, como aquellas de tipo oncológico del sistema nervioso central provocan manifestaciones psiquiátricas en un 20% aproximadamente como primer síntoma, además las enfermedades endocrinológicas, tales como la enfermedad de Graves y el hipotiroidismo, presentan síntomas de ansiedad y depresión como primeras manifestaciones (Erazo, 2005; Medina-Mora et al., 2015).

En los diabéticos el riesgo es dos veces más alto que en los no diabéticos, a esto se suma si además de diabetes tiene asma u obesidad aumentando tres veces el riesgo y si aparte sufre de dolores crónicos aumenta hasta cinco veces (Berenzon et al., 2013).

La relación que existe entre las enfermedades mentales y físicas infieren que la depresión sea la complicación más común que se asocia entre este binomio. Es frecuente una alta comorbilidad entre la depresión y otros trastornos mentales, como la ansiedad y las adicciones. En el mundo esta relación ocurre en los adolescentes en un porcentaje entre el 25 y 50% con depresión y un 10% con ansiedad. En México alrededor del 32% de la población con trastorno de consumo de sustancias adictivas presenta un trastorno afectivo (Berenzon et al., 2013).

Diagnóstico y tratamiento para el trastorno depresivo

La mayoría de los trastornos mentales inician durante la adolescencia o en los adultos jóvenes, pero son diagnosticados y tratados en edades tardías (Kovess-Masfety et al., 2016). La depresión puede ser atendida en el primer nivel de atención, en sus formas leve y moderada y en los casos graves la atención será dada en las unidades del tercer nivel de atención (Erazo, 2005).

El retraso en el diagnóstico, las diferencias culturales, la inequidad de género y el bajo nivel educativo han influido en el reporte de tasas de pacientes deprimidos en países desarrollados y en proceso de desarrollo siendo más altas en los países ricos que tienen mejores herramientas para el diagnóstico y la sensibilización de sus habitantes hacia la salud mental (Wagner et al., 2012).

La detección del trastorno depresivo mayor depende de la búsqueda de 2 síntomas principalmente: ánimo deprimido y anhedonia (incapacidad para experimentar placer) otorgando mayor atención a los individuos en riesgo que presentan insomnio crónico o fatiga, dolor crónico, síntomas somáticos inexplicables, enfermedad médica crónica, otros trastornos psiquiátricos y antecedentes heredofamiliares de trastornos del ánimo (Heinze & Camacho, 2010).

El sentimiento de tristeza no es una causa suficiente para el diagnóstico de depresión (Erazo, 2005). El diagnóstico se debe establecer con base en la CIE-10 y en el DSM-5 (ver Tabla 5); por otra parte se realiza el diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar, el abuso de sustancias o alguna patología orgánica u otro trastorno psiquiátrico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Tabla 5.

Clasificación de los trastornos depresivos, diagnóstico y tiempo de presentación conforme al DSM-5.

Trastorno depresivo	Criterio diagnóstico	Tiempo de presentación
Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> – Accesos de cólera graves y recurrentes expresados verbalmente, casi todos los días y observable. – El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años. 	Accesos de cólera 3 o más veces por semana presentes por 12 o más meses.
Trastorno de depresión mayor (TDM)	<ul style="list-style-type: none"> – Animo deprimido durante casi todos los días. – Desesperanza en adultos o irritabilidad en niños. – Disminución del placer por realizar actividades. – Pérdida o aumento de peso (5% diferencia de la masa corporal). – Insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimiento de inutilidad y culpabilidad excesiva, falta de concentración, pensamiento de muerte recurrente o ideación suicida. 	Cinco (o más) de los síntomas durante dos semanas.
Trastorno depresivo persistente (distimia)	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, falta de concentración y desesperanza. 	2 o más de los síntomas presentes más días que los que están ausentes, durante un mínimo de dos años.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	<ul style="list-style-type: none"> – Estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer; asociado mediante historia clínica o laboratorio a la administración de sustancias y/o medicamentos. 	Durante la administración de la sustancia y/o medicamento.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	<ul style="list-style-type: none"> – Ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. 	A partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

Trastorno depresivo	Criterio diagnóstico
Otro trastorno depresivo especificado	<ul style="list-style-type: none"> – Predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.
Otro trastorno depresivo no especificado	<ul style="list-style-type: none"> – Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Fuente. Adaptación de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Conforme a la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto elaborada por el Sistema Nacional de Salud Mexicano bajo la coordinación del Centro de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) se recomienda para su diagnóstico la caracterización del episodio, la evaluación psicosocial, el grado de disfunción o discapacidad, el riesgo suicida y la respuesta al tratamiento previo (SSA, 2015b).

El uso del Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 ítems permite identificar la severidad de la manifestación depresiva (Arrivillaga et al., 2004). El inventario de Beck es un modelo multidimensional que analiza tres esferas en 21 ítems: actitudes negativas, deterioro del rendimiento y quejas somáticas (Al-Turkait & Ohaeri, 2010).

Los 21 ítems integran preguntas de medición de escala para la tristeza, el pesimismo, falta de placer, sentimientos de culpa, sensación de castigo, autocrítica y auto rechazo, suicidio, llanto, agitación, pérdida de interés, desesperanza, pérdida de energía, sueño, irritabilidad, apetito, falta de concentración e interés en el sexo, así como cansancio (Al-Turkait & Ohaeri, 2010; Kumar et al., 2012).

La determinación de la severidad diagnóstica impacta en la toma de decisiones clínicas, en la eficacia del tratamiento, así como en el autocuidado del paciente por lo cual se recomienda

también el uso de la Escala de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale), con puntajes del 0 al 51 que permite obtener un índice de severidad y respuesta al tratamiento de un periodo depresivo. Más de 28 puntos implica una alteración en la funcionalidad de la vida cotidiana y/o manifiesta ideación suicida o síntomas psicóticos (Alcalá-Partera, 2006; Heinze & Camacho, 2010).

Durante el diagnóstico es importante estimar el riesgo suicida mediante el interrogatorio de los factores de riesgo y los factores de protección ya que la depresión participa en aproximadamente el 65 al 90% del total de suicidios asociados (Heinze & Camacho, 2010).

La depresión tiene tendencia a la cronicidad, sobre todo cuando después de 2 meses de tratamiento persisten síntomas residuales, trascendiendo en las relaciones familiares, sociales y en la calidad de vida del paciente (Alcalá-Partera, 2006).

Es importante determinar si el trastorno depresivo mayor es una entidad crónica, lleva más de 2 años o es la recurrencia de la sintomatología; las formas crónicas de depresión representan el 30% de los trastornos depresivos unipolares (Heinze & Camacho, 2010; Medina-Mora et al., 2015).

En adolescentes los factores de mal pronóstico para la recurrencia de la depresión son el género femenino, episodios antes de los 18 años de edad, antecedentes familiares de depresión, personalidades límites o antisociales y en las mujeres aumenta con la presencia de conflictos familiares. Un mejor pronóstico se asocia a la aparición de la enfermedad antes de los 70 años de edad, ausencia de síntomas psicóticos y comorbilidades físicas incapacitantes, episodios leves y sin hospitalizaciones, recuperación tras episodios previos y redes de apoyo social y familiar (Alcalá-Partera, 2006; Berenzon et al., 2013).

El objetivo principal del tratamiento antidepresivo es restaurar la normalidad funcional y prevenir otras alteraciones estructurales (Maletic et al., 2007). El plan terapéutico deberá basarse en la severidad diagnóstica para determinar el tratamiento psicosocial y terapéutico (Heinze & Camacho, 2010).

La clave del éxito para el tratamiento del paciente depresivo se basa en la integración de servicios multidisciplinarios y recursos estructurales y humanos suficientes (Wagner et al., 2012). El clínico al elegir un tratamiento debe considerar la experiencia con el medicamento, la respuesta esperada, la tolerabilidad, los efectos secundarios, la condición médica actual, el uso de drogas, los

efectos a largo y corto plazo, el riesgo de sobredosis e intoxicación principalmente en pacientes con riesgo suicida, además de las limitaciones económicas, la disponibilidad del medicamento y el uso de la terapia cognitivo conductual (Medina-Mora et al., 2015).

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión de leve a grave siendo los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina los que presentan menos efectos colaterales (Medina-Mora et al., 2015; SSA, 2015b).

El tratamiento en la fase aguda entre las 6 y las 12 semanas es decisivo ante la disminución de la sintomatología en las primeras 8 semanas dependiendo del antidepresivo, la dosis suficiente y el mínimo de efectos secundarios (Medina-Mora et al., 2015).

Se recomienda que el fármaco de primera elección en pacientes con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram (ver Tabla 6) en combinación con terapia cognitivo conductual ya que los pacientes tienen menos probabilidad de abandonar el tratamiento, de 16 a 20 sesiones durante 5 meses en los casos de depresión moderada a grave además de ejercicio físico de 15 a 20 minutos que disminuye la sintomatología depresiva. La respuesta terapéutica inicia a partir de la segunda a la tercera semana de iniciar el tratamiento y la remisión hasta la octava semana (SSA, 2015b).

Tabla 6.

Antidepresivos disponibles en México, dosis recomendada y efectos secundarios conforme al documento de postura “La depresión y otros trastornos psiquiátricos”.

Grupo	Antidepresivo	Dosis terapéutica (mg/día)	Efectos secundarios
Inhibidores de la amino-oxidasa (IMAOA)	Moclobemida	100-600	Exacerba los síntomas en pacientes depresivos con psicosis esquizofrénicas o esquizoafectivas
	Amitriptilina	50-150	Antecedentes de crisis epilépticas, disfunción hepática, insuficiencia renal, retención de orina, glaucoma
Antidepresivos tricíclicos (AC)	Imipramina	150-300	

Grupo	Antidepresivo	Dosis terapéutica (mg/día)	Efectos secundarios
	Fluoxetina	20-80	
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)	Sertralina	50-200	Diarrea, insomnio, cefalea,
	Reboxetina	2-4	
Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (ISRN)	Maprotilina	50-100	Retención urinaria e ideación suicida
Inhibidores de dopamina y noradrenalina (IRDYN)	Bupropión (Anfebutamona)	150	Cefalea e insomnio
Bloqueador de los receptores de serotonina (BR5-HT2A/2C/ α2A)	Mirtazapina	15-45	Epilepsia y síndrome afectivo orgánico
Bloqueador de receptor de serotonina e inhibidor débiles de la recaptura de serotonina (B5-HT2A/IDRS)	Trazodona	100-150	Ideación suicida
	Nefazodona	300-600	Xerostomía, somnolencia, náusea y vómito.

Fuente. Adaptado de Medina-Mora et al., 2015.

No se han encontrado diferencias significativas entre la monoterapia y el uso de antidepresivos combinados, sin embargo, el uso de antidepresivos más psicoterapia conductual o interpersonal ha demostrado un aumento en los años de vida ajustados por discapacidad (Berenzon et al., 2013; Medina-Mora et al., 2015).

La duración del tratamiento es de 8 a 12 meses posterior a la remisión del primer episodio y se deberá continuar por dos años más después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y mantenerlo de manera definitiva cuando el paciente está deprimido por más de un año o cuando se

presentan 2 episodios agudos en menos de 5 años (Heinze & Camacho, 2010; Medina-Mora et al., 2015; Secretaría de Salud, 2015b).

Un paciente deprimido con tratamiento puede experimentar una recidiva de los síntomas lo que significa el inicio de un nuevo episodio depresivo tras el curso de al menos dos meses de presentar una remisión de la sintomatología del episodio breve que es la aparición de síntomas del mismo episodio depresivo tras la respuesta o remisión (Medina-Mora et al., 2015).

La resistencia al tratamiento para la depresión se define como un episodio de depresión mayor que presenta fallas en uno o dos fármacos antidepresivos que son nuevamente dosificados en cantidad de medicamento y por periodo de tiempo (Cipriani et al., 2013).

Además, entre el 10 y el 50% de los pacientes no cumple con el tratamiento prescrito, principalmente por los efectos secundarios y la polifarmacia, así como el elevado costo de algunos de los medicamentos (Medina-Mora et al., 2015).

La referencia médica del primer al segundo nivel de atención se sustenta en la pobre o nula respuesta al tratamiento, el abuso de sustancias, la comorbilidad psiquiátrica y el riesgo suicida, mientras que del segundo al tercer nivel de atención se justifica ante un alto riesgo de suicidio, hetero agresividad con o sin psicosis y necesidad de manejo médico en ambiente controlado, posterior a las contrarreferencias deberá citarse al paciente una vez al mes en el primer nivel y cada año con el psiquiatra (SSA, 2015b).

Se calcula que el valor actual neto de la inversión económica mundial durante el período 2016-2030 para aumentar la cobertura efectiva del tratamiento para los trastornos depresivos y de ansiedad es de 310 mil millones de dólares y contribuirá con el aumento de 43 millones de años adicionales de vida sana así como a grandes ganancias de productividad económica (Chisholm et al., 2016).

Actualmente con información de la OMS los países en desarrollo invierten menos de 2 dólares en la atención mental de su población mientras que los países ricos al menos 50 dólares por paciente son destinados y aproximadamente el 48% de los pacientes con trastorno depresivo mayor no reciben ningún tipo de tratamiento (Chisholm et al., 2016; Medina-Mora et al., 2015).

Una de las principales causas del fracaso de la atención al paciente depresivo en el primer nivel de atención es la persistencia de sintomatología ansiosa o síntomas residuales relacionados con la transmisión noradrenérgica detectándose en el paciente por su pérdida de interés, falta de iniciativa y alejamiento social (Alcalá-Partera, 2006).

Sumado a esto, factores como el estigma social, los horarios de atención, las largas listas de espera para una cita y la ausencia de redes de apoyo, repercuten en la poca atención del paciente depresivo (Berenzon et al., 2013). El 29% de los pacientes deprimidos informo alguna vez solicitar ayuda profesional para su trastorno (Benjet et al., 2004).

Estudios realizados en población urbana indican que las personas con trastornos mentales acuden en primer lugar a las redes sociales, familiares o amigos para solicitar ayuda (54%), 10% a sacerdotes y ministros y que el 15% se auto medican y al final como última instancia acuden a los servicios de medicina general y especializados (Medina-Mora et al., 2003).

En México uno de los principales problemas para la atención de la salud mental es la insuficiente infraestructura y recursos profesionales para su diagnóstico y atención (Jiménez-Tapia et al., 2015). Menos del 20% de los pacientes depresivos acuden a solicitar ayuda y pueden tardar hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado (Berenzon et al., 2013).

La encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2001-2002) indicó que menos de una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en el último año ha recibido algún tipo de atención mental (Wagner et al., 2012).

Es así que la depresión implica un aumento en el riesgo de mortalidad por asociación con la conducta suicida; por tal motivo el siguiente capítulo explica la relevancia del fenómeno suicidiológico en la salud pública e identifica las características del a través del paciente en peligro a partir de la revisión de las causas fisiológicas y psicológicas implicadas, la prevención y el tratamiento multidisciplinario necesario.

CAPÍTULO 3. EL SUICIDIO

Conceptualización: el acto suicida como indicador de impacto negativo

La OMS indica que por cada suicidio consumado ocurren entre 10 y 20 intentos de suicidio; además establece que el suicidio es un tema de suma relevancia y un problema de salud pública mundial prevenible (Dávila et al., 2015; Jasso, 2013; OPS, 2014). A pesar de ello el suicidio no es prioritario en las agendas gubernamentales y requiere la necesidad de implementar acciones de identificación oportuna, estrategias multisectoriales de prevención y el estudio detallado de los factores de riesgo asociados (Dávila et al., 2015).

El suicidio viene de dos términos del latín: *suicidium* formado de *sui* (de sí, a sí) y *cidium* (acto de matar, del verbo *caedere*: cortar y matar); es una crisis vital que deriva en un acto autoinfligido, multifactorial y de extrema violencia contra sí mismo con el propósito de ocasionar la muerte. Este proceso comprende la ideación suicida, el intento suicida que no necesariamente sigue a la consumación del acto y que a veces pretende ganar algo o castigar a alguien (Barrón & Krmpotic, 2016; Bustamante & Florenzano, 2013; Casullo, 2004; Dávila et al., 2015; Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011; Muñoz et al., 2006; Pérez-Amezcuca et al., 2010; Riverón et al., 2016; Santos et al., 2017).

La diferencia entre el intento y la tentativa de suicidio recae en que en el intento hay intención autolítica que por fallo en el método no se logra mientras que en la tentativa no existe la voluntad de morir, intenta modificar situaciones para lograr un beneficio, no obstante, hay tentativas que acaban en suicidios consumados (Martínez & Guinsberg, 2009).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define al suicidio como, “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado mortal y siendo considerado el resultado como instrumento para obtener cambios deseables en su actividad consciente y medio social” (Piedrahita, Mayerling, & Romero, 2012, p. 138).

Durkheim en 1987 definió el suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Jasso, 2013, p. 190).

Emil Durkheim consideró al suicidio como un hecho multifactorial que depende de la composición social y propone que existen tres manifestaciones de la conducta suicida: el egoísta que resulta de una sociedad sin cohesión o una sociedad que permite demasiada autonomía a sus individuos, el suicidio altruista en sociedades demasiado integradas en donde el suicida se quita la vida por obligación y el suicidio anímico en sociedades sin reglamentos y normas (Gómez-Restrepo, 2014; Romero & Gonnet, 2013).

Sin embargo Foucault criticó la imagen del suicidio asociada a la miseria, desgracia e infelicidad y reflexionó acerca de la muerte como un placer. De tal forma que tanto Durkheim como Foucault comprenden el suicidio como un hecho social, uno de ausencia de poder y otro de un acto de resistencia al poder (Romero & Gonnet, 2013).

La conducta suicida existe desde el inicio de la humanidad, la concepción negativa o positiva de esta es la que ha cambiado a través de las diferentes culturas y el paso del tiempo (Pacheco & Robles, 2011).

A lo largo de la historia, el suicidio se ha tratado como una enfermedad deprimente, un asunto vergonzante que debe ser escondido y callado lo cual actualmente repercute en las posibles rutas políticas y decisiones gubernamentales tanto para su defensa u objeción (Martins, 2017).

En algunas civilizaciones el suicidio tiene un valor cultural y social que enrarece al estigma occidental; en India hasta 1892 la viuda se arrojaba al fuego que consumía al cadáver del esposo siendo considerado un acto de devoción principalmente practicado en la realeza y asociado a prácticas religiosas (Riverón et al., 2016).

Es así que el paciente suicida atraviesa a nivel emocional un sufrimiento intenso, a nivel conductual una falta de recursos psicológicos para hacer frente a los contratiempos y a nivel cognitivo una desesperanza profunda ante el futuro; visualizando la muerte como única opción; sin embargo, hay muchos pacientes con conducta suicida que no necesariamente quieren morir, desean acabar con el sufrimiento y se mantienen contentos de no haber muerto una vez el sufrimiento controlado. La desesperanza acompañada de la ideación suicida reiterada es el sentimiento más suicidógena (ver Figura 15) (Echeburúa, 2015).

En general el suicidio es difícil de entender desde una perspectiva evolutiva ya que la conducta suicida atenta contra el éxito biológico (Rodríguez, Santander, Aedo, & Robert, 2014).

A nivel poblacional el suicidio se ha estudiado a partir del análisis antropológico, psicológico, sociológico y epidemiológico y se manifiesta en la sociedad como una enfermedad orgánica reflejándose en el aumento de las tasas que indican algún daño en el proceso de evolución hacia la modernidad, en la esperanza de vida y en la organización social (Dávila et al., 2015; Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011).

El estigma social y el miedo a la imitación son algunas de los limitantes al momento de hablar del suicidio convirtiéndose en un tema tabú para la moralidad hegemónica de nuestras sociedades modernas (Martins, 2017; Navarro-Gómez, 2017).

Por lo tanto el estudio de la conducta suicida radica en la importancia de que produce un gran malestar mental y psicológico a nivel individual y social y no solo implica la pérdida de salud de una persona, sino que también corresponde al debilitamiento de sus redes afectivas y sociales (Borges et al., 2010; Echeburúa, 2015).

El modelo cognitivo-mediacional-psicodinámico coloca al ser humano como integrante de sistemas tales como la familia, la sociedad, la cultura, el contexto histórico, el biológico y el vínculo que existen entre los factores concurrentes como la salud mental y los precipitantes como las experiencias vitales percibidas como estresantes (Casullo, 2004).

En el caso de la familia que equivale a una unidad psíquica, una dimensión existencial que comprende más allá del individuo, la muerte de un miembro de la familia rompe con la estructura y organización del colectivo necesitándose la reestructuración a partir de un espacio y un tiempo vacíos y la creación de nuevas formas de conexión entre los miembros de la familia que sobreviven (Garciandía, 2013).

El suicidio en el ambiente familiar llena de profundo malestar tras la difícil verbalización, recriminación, traición, vergüenza, estigma del entorno familiar y el sentimiento de culpa incluso ocasionando la desestructuración, desorganización y expresiones patológicas entre sus miembros (Echeburúa, 2015; Garcíandía, 2013).

las veinte principales causas de muerte y de carga de enfermedad para todas las edades, representa un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres, es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad, la quinta causa entre los adultos de 30 a 49 años de edad y el octavo lugar en el grupo de individuos entre los 15 y 55 años de edad (Bustamante & Florenzano, 2013; Dávila et al., 2015; Muñoz et al., 2006; Navarro-Gómez, 2017; OMS, 2014).

En el año 2000 se reportaron 815 mil suicidios lo que significó una tasa anual mundial por suicidio de 14.5 por cada 100 mil habitantes. Durante el 2012 el suicidio representó el 1.4% de las defunciones registradas en el mundo con una tasa ajustada por edad de 11.4 por cada 100 mil habitantes (15 en hombres y 8 en mujeres), sin embargo debido a su estigma es muy probable que exista subnotificación o este mal clasificado (Dávila et al., 2015; Muñoz et al., 2006; OMS, 2014).

Los intentos suicidas provocan una pérdida anual a nivel mundial de 20 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) (Baca & Aroca, 2014).

En 2010 las lesiones autoinfligidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio ocuparon el 18^a lugar en el mundo y en América Latina según los AVAD y constituyen el 1.5% y el 1.3% del total de estos (OPS, 2014).

En el mundo, el sexo masculino tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, la razón es aproximadamente de 3.5:1, por otra parte las mujeres tienen mayor número de intentos suicidas, lo cual puede explicarse en que los hombres emplean métodos más violentos y letales (OPS, 2014).

De manera frecuente el suicidio se manifiesta en las etapas medias de la vida, un 25% se concentra en la adolescencia, la juventud y en menor frecuencia en la vejez (Echeburúa, 2015). De tal forma que el suicidio es la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios por debajo de las heridas autoprovocadas; en los jóvenes de 15 a 29 años el 8.5% de las 804 mil personas que se suicidaron en 2012 estuvieron en este rango etario (Santos et al., 2017).

Los desafíos propios de la etapa universitaria tales como el proceso de desarrollo personal social y académico la demanda de madurez y autonomía para la toma de decisiones implican un aumento en los niveles de estrés que impactan a nivel individual, familiar, académico y social (Pereira & Cardoso, 2015; Santos et al., 2017).

La ideación suicida es un elemento fundamental dentro de la cadena de acontecimientos del comportamiento suicida. Conforme a la Asociación Americana de Colegios para la Salud durante el 2011 el 3.7% de los estudiantes universitarios norteamericanos, principalmente mujeres, pensaron suicidarse en los últimos 12 meses; mientras que un estudio realizado en Portugal identificó una prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios entre los 18 y los 58 años de edad del 12.6%, la mayoría eran mujeres estudiantes de ciencias sociales y humanidades, sin representar una asociación estadística positiva para el género y la ideación suicida (Pereira & Cardoso, 2015).

Las carreras afines a las ciencias de la salud, sociales y humanitarias tienen mayor prevalencia de desórdenes psicológicos que otras carreras. Sin embargo existen variables académicas que han demostrado que los alumnos que estudian la carrera universitaria de su elección tienen menor riesgo suicida que aquellos que basaron su decisión en la presión familiar (Pereira & Cardoso, 2015; Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015).

En cuanto a la distribución por sexo existen diferencias entre regiones. En los países occidentales las razones hombre/mujer es de 4:1 mientras que en los demás países del mundo oscilan entre 3:1 y 7.5:1 a excepción de países como China e India (Navarro-Gómez, 2017).

La paradoja del género describe la evidencia de que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia pero finalmente lo concretan más los hombres, las causas se asocian a la distinta capacidad de abordar el estrés y el conflicto entre géneros, la diferencia en los medios utilizados para suicidarse que puede depender de los valores culturales, religiosos y sociales ya que los hombres recurren al ahorcamiento y las armas de fuego mientras que las mujeres emplean el envenenamiento ya sea por gases, vapores, alcohol o plaguicidas (Dávila et al., 2015).

En cuanto a grupos etarios entre los años de 1980 y el 2000 se suicidaron 600 mil adolescentes en el mundo entre los 14 y los 28 años de edad (Navarro-Gómez, 2017).

Las tasas de suicidio por sexo son heterogéneas en el mundo bajo la variable económica. En 2012 los países de ingresos altos reportaron una razón hombre/mujer de 3.5:1 mientras que en los países en desarrollo la razón fue menor siendo de 1.6 suicidios masculinos por cada femenino (Dávila et al., 2015).

Los datos estadísticos de la región de las Américas se consideran irregulares al compararse con países europeos principalmente por el retraso en su notificación, su clasificación errónea (limitada la mayoría de las veces por factores culturales y religiosos llegándose a clasificar como “muerte de intención no determinada”) así como las regulaciones legales en cada país; por tal razón la mayoría de las tasas de mortalidad por suicidio se encuentran subestimadas (OPS, 2016).

En el análisis de la mortalidad por suicidio realizado por la OPS con las tasas de mortalidad notificadas por los Estados miembros (ver Tabla 7) se encontró que en el periodo de 2005 a 2009 la tasa ajustada de suicidio para ambos sexos fue de 7.26 suicidios por cada 100 mil habitantes, el sexo masculino reportó una tasa de 11.54 suicidios mientras que las mujeres una diferencia de tasa de menos 8.5. El suicidio constituyó la 36^a causa principal de muerte, en el lugar 32 para los hombres y en el 46 para las mujeres. Entre las personas de 20 a 24 años fue la tercera causa principal de muerte en las Américas y entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años la cuarta causa de muerte (OPS, 2014).

El 36.8% de los suicidios en la región están comprendidos entre las edades de los 25 y los 44 años y entre los 45 y 59 años el 25.6%. Entre las personas de 60 años y más solo el 19% sin embargo en los mayores de 70 años la tasa de suicidios es de 12.4 por cada 100 mil habitantes siendo la tasa más alta por grupo etario en las Américas principalmente en los hombres (OMS, 2013; OPS, 2014).

Así mismo, se observó que el medio más usado fue la asfixia (39.7%), las armas de fuego (33.3%) y el envenenamiento (18.2%), lo cual varía por región por ejemplo en América del Norte es más común el uso de armas de fuego (47.2%) mientras que en América Central, el Caribe Hispano y México el 84.3% así como el 68.2% en América del sur fueron por asfixia de igual manera varía según el sexo, en los hombres la asfixia fue el método más utilizado (41.7%) mientras que en las mujeres el 36.5% y el 32.1% fueron por envenenamiento y asfixia (Martínez & Guinsberg, 2009; OPS, 2014).

Tabla 7.

Países participantes en el Atlas de Salud Mental de la OMS en el informe 2014.

América del Norte		América Central, Caribe Hispano y México		América del Sur		Caribe no Hispano	
Canadá, Estados Unidos, Vírgenes	Estados Unidos y Puerto Rico.	Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana,	Cuba, Guatemala, México, Panamá y	Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay, Uruguay y	Bolivia, Chile, Ecuador, Perú, Venezuela.	Anguila, Barbuda, Holandesas, Bahamas, Belice, Dominica, Granada, Francesa, Islas Turcas y Vírgenes, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Trinidad y Tobago.	Antigua y Antillas Aruba, Barbados, Bermudas, Guadalupe, Guayana Haití, Islas Caimán, Islas Caicos, Islas Británicas, Montserrat, San Vicente y las Granadinas, Suriname y

Fuente. Adaptado de OPS, 2014.

Análisis internacional, nacional y estatal de las tasas de morbilidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente y de la mortalidad por suicidio

Morbilidad internacional.

En el mundo, conforme a la información proporcionada por el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME), el suicidio aportó en 1990 el 1.47% de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), mientras que en el 2015 contribuyó con el 1.41% (IHME, 2018d).

De igual manera, se observa el aumento en la tasa de mortalidad por suicidio en el mundo, principalmente en el sexo masculino. En América Latina la diferencia en el número de casos es de

14.86 casos más en 2015 que lo reportado en 1990 en cuanto al sexo masculino por cada 100 mil habitantes; para las mujeres la diferencia en el mismo lapso es de 4.13. La región de Asia Pacífico con Ingresos Altos que integra a Japón, Singapur y Corea del Sur presentó el mayor número de casos tanto en hombres como en mujeres, la diferencia para los hombres en este histórico es de 468.23 más casos en 2015 mientras que en las mujeres fue de 235.61. Otras regiones que presentan aumento en el número de casos son: América del Norte con Ingresos Altos (Canadá y Groenlandia) 131.44 más casos en hombres y 162.75 en mujeres; Europa Central, Europa Oriental y Asia Central (ejemplos: Hungría, Rusia y Armenia) 64.87 más casos en hombres y 39.26 en mujeres y América del Sur; 37.99 más casos en hombres y 49.18 en mujeres (IHME, 2018e).

Morbilidad nacional.

El análisis de la morbilidad es a través del reporte de los casos por lesiones autoinfligidas intencionalmente en México tanto a nivel nacional como estatal, siendo medible a partir de 2015. En años previos existe inconsistencia en el reporte de casos a la Dirección General de Información en Salud (DGIS). En México, durante 2015, se reportó una tasa de casos por lesiones autoinfligidas intencionalmente de 0.09 casos por cada 100 mil habitantes y una razón mujer/hombre de 7.46:1 (ver Tabla 8). A partir de los 10 a los 19 años de edad se registró una tasa de 0.22, siendo más frecuente en el sexo femenino al presentar una tasa de 0.44 por cada 100 mil habitantes en el grupo etario entre los 10 a los 14 años de edad (ver Figura 16).

Morbilidad estatal.

No existe reporte de casos para el Estado de Hidalgo a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) hasta el año 2015.

Mortalidad nacional.

A nivel nacional, las tasas de mortalidad por suicidio a partir de 2010 hasta 2015 fueron de 5.46, 6.14, 5.85, 6.09, 6.48 y 6.35 respectivamente. Entre 2010 y 2015 la diferencia de tasa fue de 0.89 por cada 100 mil habitantes y la razón hombre/mujer pasó de 4.72:1 durante 2010 a 4.30:1 en 2015. Los grupos etarios quinquenales más afectados en la población mexicana se observaron a partir de los 20 a los 24 años de edad (ver Figura 17) con un promedio en el periodo de estudio

(2010-2015) de 8.68 por cada 100 mil habitantes; en orden decreciente se encontraron los grupos etarios entre los 25 a los 29 años de edad (7.43), 15 a 19 años (7.12), 30 a 34 (6.84), 35 a 39 años (6.76) y a partir de los 85 y más años de edad (6.55) (ver Tabla 9).

En el periodo de estudio de 2010 a 2015, se identificó por sexo que los hombres presentaron tasas superiores a lo reportado en las mujeres; la información más relevante se identificó a través del promedio del periodo en estudio y la diferencia que existe entre ambos sexos para el grupo etario de mayores de 85 años de edad, 14.46 suicidios por cada 100 mil habitantes por arriba de lo reportado en el sexo femenino, seguido por los grupos etarios de los 80 y 84 años (11.42), 20 a 24 años (10.85), 75 a 79 años (10.60) y de los 25 a 29 años (10.25) respectivamente (ver Tabla 9).

Mortalidad estatal.

En Hidalgo se reportó una diferencia de 1.70 suicidios en 2015 con respecto a lo notificado durante 2010 y una razón hombre/mujer de 5.25:1 durante 2010 y de 2.28:1 en 2015. La tasa promedio a partir del histórico en estudio (2010 a 2015) más alta se reportó entre los 15 a los 19 años de edad con una tasa de 7.2 por cada 100 mil habitantes, seguida de los grupos etarios de los 20 a 24 años (6.5), 75 a 79 años (5.32) y de los 25 a los 29 años de edad (5.0) (ver Tabla 10); la mayor diferencia en el aumento de casos entre grupos etarios se observó de los 10 a los 14 años y los 15 a los 19, con una diferencia promedio histórica de 4.8 suicidios por cada 100 mil habitantes (ver Figura 18).

Por sexos, en los hombres las tasas resultaron más altas que en las mujeres; la diferencia en el sexo femenino entre los años 2010 a 2015 fue de 1.70 suicidios por cada 100 mil habitantes mientras que los masculinos reportaron una diferencia entre 2015 y 2010 de 1.77. Las diferencias por grupos etarios y por sexo son mayores en hombres que en mujeres; por lo que el promedio para el histórico en estudio indicó la diferencia por sexo entre los 75 y 79 años de edad (9.65 más muertes en hombres por suicidio por cada 100 mil habitantes), 85 y más años (9.45), 25 a 29 años (8.13) y entre los 20 y 24 años de edad (6.72) (ver Tabla 10).

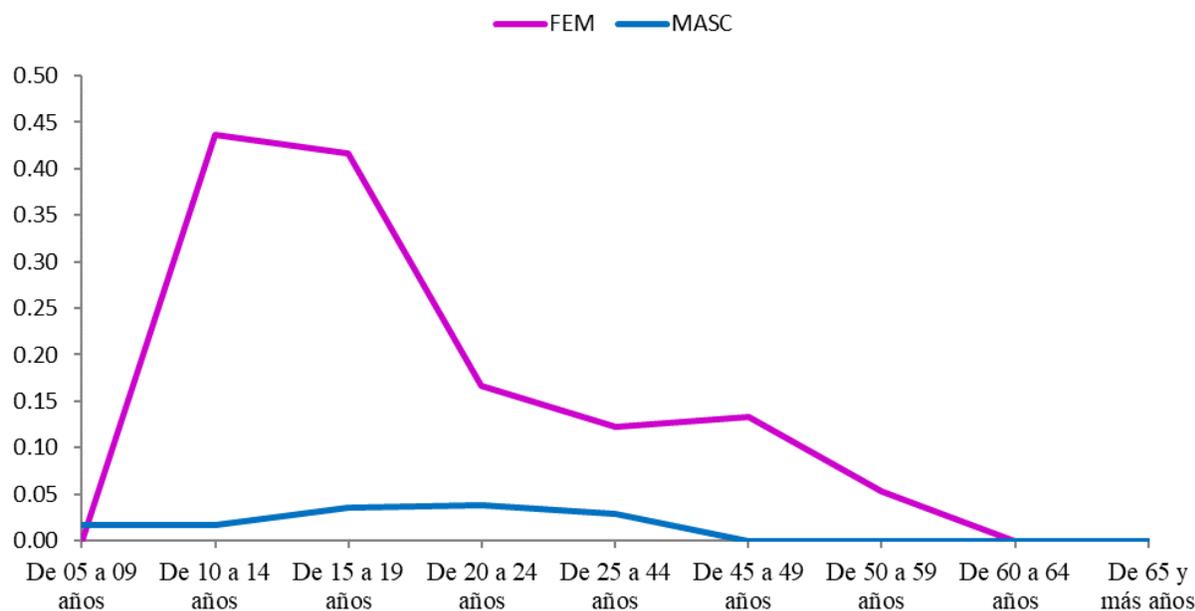


Figura 16. Tasas de morbilidad cruda de las lesiones autoinfligidas intencionalmente por grupo etario quinquenal, 2015, México.

Fuente. Elaboración propia a partir de la información del SUAVE en línea, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2015.

Tabla 8.

Tasas de morbilidad cruda de las lesiones autoinfligidas intencionalmente por sexo y grupo etario quinquenal, 2015, México.

Grupo de edad/sexo	Femenino	Masculino	Total
05 a 09 años	0.00	0.02	0.01
10 a 14 años	0.44	0.02	0.22
15 a 19 años	0.42	0.04	0.22
20 a 24 años	0.17	0.04	0.10
25 a 44 años	0.12	0.03	0.08
45 a 49 años	0.13	0.00	0.07
50 a 59 años	0.05	0.00	0.03
60 a 64 años	0.00	0.00	0.00
65 y más años	0.00	0.00	0.00
Total	0.15	0.02	0.09

Fuente. Elaboración propia a partir de la información del SUAVE en línea, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 2015.

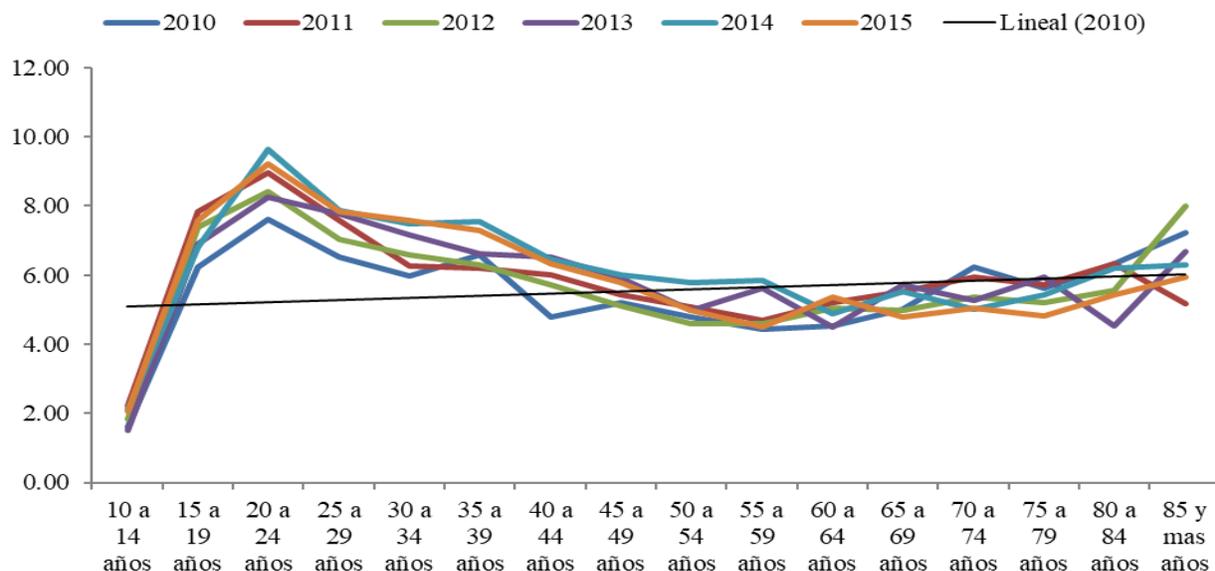


Figura 17. Tasas de mortalidad cruda por suicidio en México por grupo etario quinquenal, 2010-2015. Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos plataforma defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015.

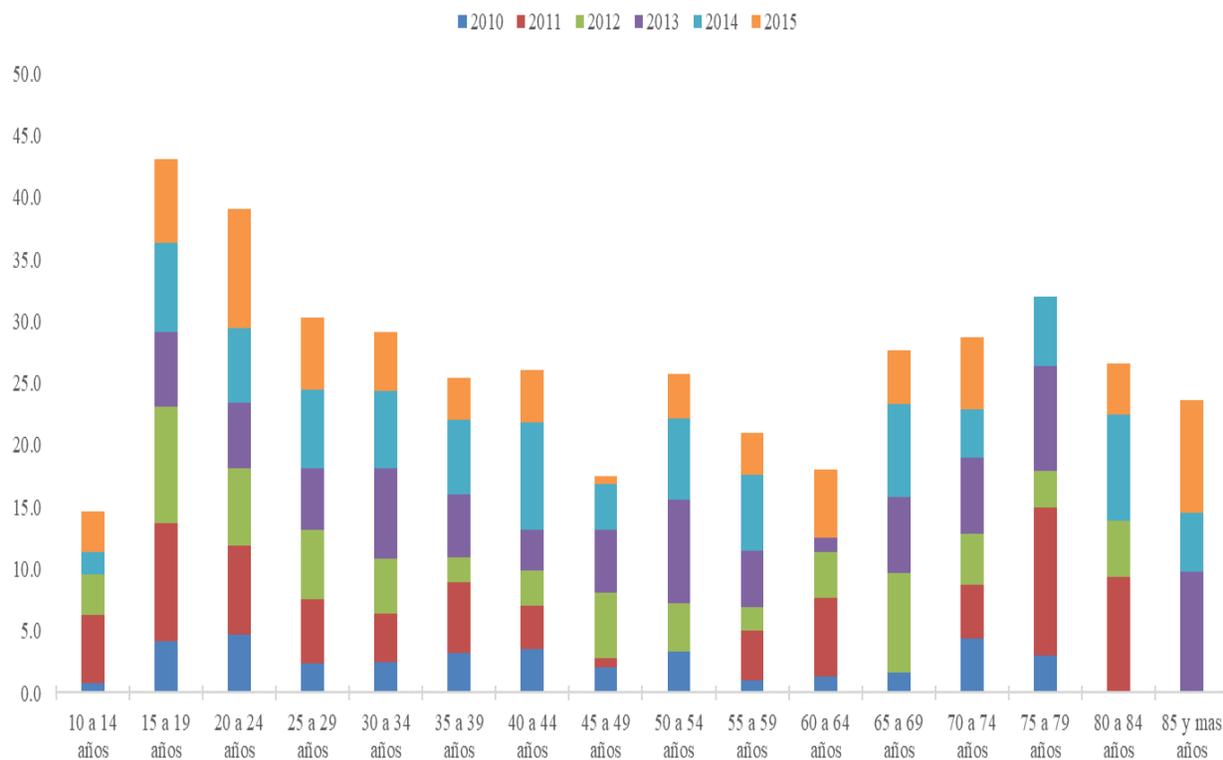


Figura 18. Tasas de mortalidad cruda por suicidio en Hidalgo por grupo etario quinquenal, 2010-2015. Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos plataforma defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015.

Tabla 9.

Tasas de mortalidad cruda por suicidio en México por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015.

	Fem	Masc	Total															
Edad Quinquenal	2010			2011			2012			2013			2014			2015		
10 a 14 años	1.32	1.89	1.61	1.97	2.48	2.23	1.44	2.22	1.84	1.21	1.83	1.52	1.98	2.28	2.13	1.73	2.39	2.07
15 a 19 años	3.77	8.72	6.23	4.73	10.95	7.85	4.33	10.42	7.38	4.25	9.50	6.89	4.53	9.07	6.82	4.94	10.14	7.57
20 a 24 años	2.86	12.59	7.61	3.60	14.55	8.96	3.43	13.62	8.43	3.06	13.64	8.26	3.27	16.17	9.63	3.90	14.68	9.23
25 a 29 años	2.11	11.34	6.53	2.82	12.74	7.58	2.15	12.30	7.02	2.34	13.64	7.77	2.91	13.18	7.86	2.73	13.34	7.85
30 a 34 años	1.67	10.72	5.97	1.89	11.08	6.25	2.48	11.14	6.59	2.15	12.74	7.17	2.73	12.76	7.48	2.67	13.03	7.58
35 a 39 años	1.99	11.64	6.58	1.80	11.05	6.20	1.89	11.20	6.30	1.84	11.95	6.62	2.68	13.01	7.56	2.55	12.64	7.30
40 a 44 años	1.47	8.45	4.80	1.58	10.89	6.01	1.82	10.02	5.72	1.97	11.56	6.52	2.01	11.43	6.47	1.88	11.31	6.34
45 a 49 años	2.02	8.72	5.21	1.41	9.79	5.41	1.95	8.60	5.11	1.55	10.72	5.91	2.00	10.46	6.01	1.60	10.46	5.80
50 a 54 años	1.08	8.90	4.80	1.30	9.28	5.09	1.33	8.19	4.58	1.56	8.78	4.98	1.97	10.02	5.78	1.43	8.95	4.98
55 a 59 años	1.13	8.08	4.44	1.17	8.58	4.69	1.38	8.13	4.59	1.75	9.93	5.62	1.96	10.19	5.85	1.47	7.89	4.50
60 a 64 años	1.15	8.24	4.53	0.88	10.02	5.22	1.23	9.27	5.05	1.40	7.96	4.50	0.98	9.26	4.90	1.34	9.85	5.35
65 a 69 años	0.86	9.65	5.01	1.67	9.87	5.53	1.25	9.15	4.97	1.42	10.54	5.71	0.96	10.65	5.51	0.99	9.09	4.79
70 a 74 años	0.83	12.40	6.23	1.00	11.63	5.96	1.36	9.97	5.37	0.66	10.56	5.26	0.73	9.94	5.00	0.71	10.06	5.04
75 a 79 años	0.43	11.69	5.62	0.00	12.41	5.71	0.81	10.38	5.20	1.19	11.55	5.93	0.51	11.29	5.44	0.62	9.82	4.82
80 a 84 años	0.66	13.24	6.32	0.85	13.07	6.34	0.41	11.91	5.57	0.80	9.10	4.52	0.19	13.65	6.21	0.75	11.21	5.43
85 y más años	0.25	16.74	7.23	0.47	11.59	5.18	0.00	18.89	7.98	0.65	14.89	6.67	0.84	13.76	6.29	0.40	13.53	5.93
Total	1.94	9.14	5.46	2.27	10.27	6.14	2.21	9.74	5.85	2.15	10.31	6.09	2.49	10.76	6.48	2.44	10.53	6.35

Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos plataforma defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015.

Tabla 10.

Tasas de mortalidad cruda por suicidio en Hidalgo por sexo y grupo etario quinquenal, 2010-2015.

Edad Quinquenal	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total	Fem	Masc	Total
	2010			2011			2012			2013			2014			2015		
10 a 14 años	1.49	0.00	0.74	4.49	6.54	5.53	2.99	3.62	3.31	0.00	0.00	0.00	0.75	2.86	1.83	1.49	5.00	3.28
15 a 19 años	3.01	5.41	4.20	7.52	11.41	9.45	9.79	9.07	9.43	3.02	9.04	6.03	6.81	7.52	7.17	6.83	6.75	6.79
20 a 24 años	0.00	9.97	4.72	3.22	11.46	7.15	1.59	11.20	6.21	3.94	6.75	5.30	1.57	10.79	6.04	9.36	9.83	9.59
25 a 29 años	0.88	4.16	2.38	0.87	10.22	5.16	1.72	10.07	5.57	1.70	8.91	5.04	0.84	12.62	6.31	1.67	10.46	5.77
30 a 34 años	0.00	5.43	2.49	4.53	3.24	3.94	1.79	7.51	4.40	1.78	13.89	7.28	2.65	10.63	6.26	0.88	9.50	4.79
35 a 39 años	1.97	4.58	3.18	0.96	11.28	5.72	1.90	2.23	2.05	0.00	11.04	5.06	1.84	10.96	6.00	1.82	5.45	3.47
40 a 44 años	0.00	7.67	3.58	2.17	4.97	3.48	0.00	6.07	2.82	1.03	5.94	3.30	3.00	15.14	8.61	1.96	6.88	4.22
45 a 49 años	0.00	4.49	2.11	0.00	1.45	0.68	0.00	11.23	5.26	2.39	8.16	5.09	2.31	5.28	3.70	0.00	1.28	0.60
50 a 54 años	0.00	6.98	3.32	0.00	0.00	0.00	0.00	8.25	3.90	4.30	12.85	8.33	2.77	10.93	6.61	2.68	4.55	3.56
55 a 59 años	0.00	2.13	1.03	1.90	6.15	3.95	1.82	1.98	1.90	0.00	9.57	4.57	3.37	9.27	6.18	0.00	7.20	3.41
60 a 64 años	0.00	2.74	1.33	0.00	13.22	6.39	0.00	7.63	3.68	0.00	2.45	1.18	0.00	0.00	0.00	6.23	4.52	5.41
65 a 69 años	0.00	3.52	1.68	0.00	0.00	0.00	3.05	13.33	7.97	5.92	6.47	6.18	0.00	15.65	7.48	0.00	9.07	4.33
70 a 74 años	4.16	4.66	4.40	4.05	4.55	4.29	0.00	8.88	4.18	0.00	12.99	6.10	3.73	4.22	3.96	3.63	8.21	5.78
75 a 79 años	0.00	6.59	3.06	0.00	25.73	11.92	0.00	6.28	2.91	0.00	18.43	8.51	5.13	6.01	5.53	0.00	0.00	0.00
80 a 84 años	0.00	0.00	0.00	8.54	10.41	9.38	0.00	10.08	4.54	0.00	0.00	0.00	0.00	18.96	8.53	0.00	9.23	4.15
85 y mas años	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	23.48	9.78	0.00	11.33	4.73	0.00	21.90	9.15
Total	0.72	3.77	2.19	2.27	5.99	4.07	1.89	5.90	3.83	1.45	6.42	3.85	1.97	7.21	4.50	2.42	5.54	3.93

Fuente. Elaboración propia a partir de la información de los cubos dinámicos plataforma defunciones, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010-2015

Factores asociados a la conducta suicida

Entre países desarrollados y en vías de desarrollo los principales trastornos asociados a los intentos de suicidio en los primeros, los trastornos del estado de ánimo tienen prioridad, mientras que en los segundos son los trastornos por uso de sustancias y de control del impulso (Borges et al., 2010; Navarro-Gómez, 2017).

Las tasas de suicidio entre los países latinoamericanos pueden explicarse por factores religiosos o culturales, así como por la frecuencia de algunos factores de riesgo como el desempleo, el acceso a potenciales métodos letales, los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas (Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012).

Los factores de riesgo suicida se pueden clasificar en tres grandes grupos: sociodemográficos: (sexo, edad, estado civil, origen étnico y nivel socioeconómico) genéticos-neurobiológicos (antecedentes familiares, disfunción del sistema serotoninérgico central y transmisión genética de trastornos psiquiátricos) y clínicos (enfermedades mentales, del estado de ánimo, afectivos y trastornos adaptativos) (Antón-San-Martín et al., 2013; Barrón & Krmpotic, 2016).

El análisis de la conducta suicida requiere que se establezca la asociación entre al menos dos de estas dimensiones ya que los factores sociales se consideran desencadenantes o precipitantes en conjunto con los factores clínicos o genéticos; cuantos más factores involucrados, más incrementa el riesgo suicida (Barrón & Krmpotic, 2016).

Conforme al modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner la conducta suicida resulta de la interacción de factores predisponentes como la presencia de sucesos traumáticos en la infancia, intentos previos de suicidio y altos niveles de impulsividad que pueden interactuar con factores precipitantes como la fase aguda de un trastorno mental, la ideación suicida, el fácil acceso a métodos letales, algún acontecimiento vital adverso reciente y si se acentúa la vulnerabilidad psicológica como perder la pareja, sufrir abandono o enterarse de estar enfermo la conducta suicida puede manifestarse (Echeburúa, 2015; Pérez-Amezcuca et al., 2010).

Los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y la sociedad responden a las dificultades para el acceso a la atención médica y psicológica, la fácil disponibilidad de los medios

para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de comunicación, la estigmatización social, la discriminación, el aislamiento social, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas (OMS, 2014).

Los factores de riesgo para los adolescentes y jóvenes son el consumo abusivo de alcohol y drogas, depresión o brote psicótico, entorno familiar y social deteriorado, desengaño amoroso, orientación sexual no asumida, fracaso escolar reiterado, acoso, personalidad impulsiva, baja autoestima, inestabilidad emocional o dependencia (Casullo, 2004; Navarro-Gómez, 2017).

En los adultos las sensaciones de fracaso laboral, personal y familiar que los sume en una profunda desesperanza aunado a veces a una red pobre de apoyo social, presencia de trastornos mentales y de enfermedades crónicas discapacitantes; son factores de mal pronóstico, mientras que en los ancianos la soledad, la pérdida de la pareja, el abandono de los hijos, la sensación de ser una carga para los demás, los trastornos mentales y las enfermedades crónicas provocan que los adultos mayores realicen con mayor frecuencia el intento suicida siendo más letal que en edades jóvenes y adultas (Casullo, 2004; Echeburúa, 2015; Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012).

Los rasgos de personalidad como la ambición, la impulsividad, la apatía, el pesimismo, la rigidez cognitiva que no permite al sujeto resolver problemas, el rechazo a recibir ayuda y el escapismo se asocian a la conducta suicida (Casullo, 2004).

Existe una estrecha relación entre el suicidio y las enfermedades mentales presentándose en más del 90% de los casos de suicidio (OPS, 2014). Entre estos, los más relacionados son los trastornos depresivos, bipolares, la esquizofrenia y el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012).

Cuanto más violento es el método elegido más incidencia de patologías psiquiátricas subyacentes existen en el suicida. El estado depresivo acompañado de desesperanza y el trastorno bipolar está presente en el 80% de los suicidios. El estado de ánimo melancólico aniquila al individuo ya que la depresión, la soledad y la auto agresividad se potencian entre si y contrarrestan el deseo de vivir (Echeburúa, 2015).

El riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos es de 2.4 a 23 veces superior al de la población general; siendo en los pacientes con depresión tres veces más el riesgo que en la

población general y se estima que el 80% de los suicidios consumados presentaron sintomatología depresiva mientras que entre el 14 y el 20% eran pacientes con ansiedad (Baca & Aroca, 2014).

En los pacientes esquizofrénicos las cifras de intento suicida fluctúan entre el 4 y el 30% y el suicidio consumado entre el 4 y el 13%. La sintomatología se caracteriza por aislamiento e incapacidad laboral y temores de origen delirante o paranoide. El suicidio en la esquizofrenia es de carácter impulsivo siendo controlado mediante el uso de antipsicóticos (Martínez-Aguayo, Silva, Arancibia, Angulo, & Madrid, 2016).

Conforme al género entre los principales factores de riesgo suicida para el sexo masculino se encuentran un intento previo de suicidio, edad menor a 40 años; estado civil soltero, menor escolaridad, desempleo, consumo de alcohol, el dolor crónico y las enfermedades acompañadas de desesperanza, antecedentes familiares de suicidio, padecer algún trastorno mental, principalmente trastorno depresivo mayor y ansiedad así como la ideación suicida, el sistema de salud, la estigmatización y la fácil disponibilidad de los medios para suicidarse (Dávila et al., 2015; Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017).

Mientras que la frecuencia del suicidio en las mujeres es menor que en los hombres puesto que la determinación para quitarse la vida es débil a comparación del sexo masculino que actúa de manera agresiva en la mayoría de los casos además de que soporta menos la soledad y ruptura de pareja, no habla sobre sus problemas, vive con mayor estrés y angustia sobre sus actividades laborales (Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017).

La ideación suicida se considera un proceso heterogéneo ya que puede abarcar pensamientos de falta de valor de la vida hasta el inicio de un plan letal pasando por deseos de muerte y una intensa preocupación autodestructiva; siendo la ideación suicida uno de los factores de riesgo menos estudiado (Muñoz et al., 2006).

En un metaanálisis sobre ideación suicida en el periodo de 2003 a 2012, se encontró que el 44.2% de las publicaciones están enfocadas tanto al género femenino como al masculino. La mayoría sin un grupo de edad en específico (54.5%) seguido del análisis en los jóvenes adultos entre los 18 a los 44 años de edad (24%). La escolaridad se distribuyó en el periodo preuniversitario

(25%), universitario (9.1%), posuniversitario (1.1%) y varios niveles (60.8%) (Pianowski, Sousa-de-Oliveira, & Nunes, 2015).

Los factores asociados a la ideación suicida son multifactoriales, aspectos tales como la desesperanza, la impulsividad, la agresividad, el estrés, la percepción física, los problemas de comunicación y la falta de sensación de pertenencia a un grupo social (Santos et al., 2017).

Algunos de estos factores son modificables como las situaciones de estrés y el aislamiento social sin embargo otros no son modificables como el sexo, la edad, la historia familiar, la conducta suicida previa y la salud física (Echeburúa, 2015).

Durkheim (1897) en Jasso, 2013 indicó que el materialismo económico mantiene al hombre descontento por disponer de aspiraciones más altas y al no lograrlas no poder soportarlo; por lo que se ha asociado el desarrollo económico de los países en cuanto al producto interno bruto per cápita que acompañaría al aumento en las tasas de suicidio. De tal forma que se han observado correlaciones positivas entre las tasas de suicidio con el poder adquisitivo y el desarrollo humano; infiriendo que mientras mejores indicadores económicos y de calidad de vida, habría mayores tasas de suicidio (Rodríguez et al., 2014).

Los factores de protección comprenden una autoestima adecuada, la flexibilidad cognitiva o una impulsividad controlada, estabilidad emocional, recursos propios de afrontamiento psicológico adecuados, los valores del sujeto ya sea de tipo religioso, espiritual y altruista, las relaciones sociales, el apoyo social, familiar y de pareja, los animales de compañía y principalmente el apoyo psicológico y médico (Echeburúa, 2015).

En Europa la prevalencia de ideación suicida es del 7.8% mientras que el intento refiere un porcentaje del 1.81% encontrándose que en el primer año en el que se presenta la ideación suicida es el de mayor riesgo para su intento y desciende conforme pasa el tiempo (Pacheco & Robles, 2011).

En España el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad. En 2013 el 7.7% de los niños y jóvenes españoles menores de 30 años se quitaron la vida mediante el ahorcamiento (45.85%) y lanzarse al vacío (30.56%), en el mismo año en la Unión Europea se reportaron 11.5 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes; encontrándose las

tasas más bajas en Grecia y Malta 4.8 y 5.1 respectivamente. Por el contrario, países como Lituania, Eslovenia y Hungría registraron las tasas más elevadas, 36.1, 21.7 y 21.2 por cada 100 mil habitantes (Navarro-Gómez, 2017).

En este caso España, junto con otros países Europeos como Irlanda que habían reportado las tasas más bajas en Europa (8.7 suicidios por cada 100 mil habitantes) han tenido en los últimos años una explosión de casos por suicidio principalmente en el sexo masculino. Algunos factores asociados han sido los cambios en los roles sexuales, los trastornos mentales, la epidemia del SIDA, así como el uso de drogas. El 38% de las urgencias psiquiátricas se relacionaron con la conducta suicida (OMS, 2014; Pacheco & Robles, 2011).

En un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo durante 2008 en un hospital de España se encontró que en 96 pacientes atendidos por riesgo suicida el 48.4% fueron tentativa, el 44.2% suicidios consumados y el 7.4% ideación suicida (71.4% de los hombres y 28.6% de las mujeres) siendo la mayoría de los pacientes masculinos, edades entre los 25 y los 35 años, españoles, solteros, con enfermedad mental en tratamiento (44.7%) en su mayoría por depresión, sin intento previo y que ingresaron al hospital por traumatismo craneoencefálico, trauma o politraumatismo (Pacheco & Robles, 2011).

En un estudio epidemiológico de tipo transversal a través del análisis de certificados de defunción de jóvenes menores de 26 años de Sevilla, España durante 2007 a 2010 se encontró que el 31% fue por suicidio, la media para la edad en hombres de 21 años y en mujeres 20 y con una razón de hombre/mujer 3:1. El 22% de los suicidios ocurrió en la capital frente al 78% de los presentados en provincia, el ahorcamiento fue el método más empleado en hombres como en mujeres 71% y 62% respectivamente y sucedido principalmente en sus domicilios (72%). El 44% presentaban algún trastorno psiquiátrico y de estos el trastorno depresivo fue el más frecuente en un 50% de los casos, seguido de la esquizofrenia paranoide con un 14%. El 80% de los suicidas consumía alcohol (Cano et al., 2012).

Otro estudio en España de tipo casos y controles realizado en 505 pacientes con historia de intento suicida y 277 sin antecedentes, permitió identificar que el riesgo suicida es mayor en pacientes con depresión (OR=3.4; IC 95%=1.8-4.8) y con comorbilidad ansiedad-depresión (OR=4.3; IC 95%=2.4-7.8). Los pacientes que no tenían hijos presentaron un riesgo de intentos de

suicidio mayor respecto a quienes sí los tenían (OR=3.8; IC 95%=2.3-6.2) y la edad promedio fue menor de 35 años; de igual manera la historia familiar de conducta suicida incrementó el riesgo de intento de suicidio (OR=2.2; IC 95%=1.1-4.5) (Baca & Aroca, 2014).

En el Continente Americano un informe estadounidense elaborado sobre el comportamiento suicida de 105 mil estudiantes universitarios reportó que el 3.7% presentaron ideación suicida en el último año, el 1.5% en las últimas dos semanas y el 0.8% lo intentaron en el transcurso de un año (Santos et al., 2017).

En Colombia se han encontrado prevalencias para muestras poblacionales en estudiantes universitarios del 9.2% para la ideación suicida (Gómez-Restrepo, 2014), 13% (Sánchez, Cáceres, & Gómez, 2002), 16% (Blandón, Carmona, Mendoza, & Medina, 2015), 18.9% (Calvo, Sánchez, & Tejada, 2003) y del 31% (Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015), así como del 31% (Santos et al., 2017) y del 12% para la planificación y del 2.7% para el intento suicida (Blandón et al., 2015).

Además se ha descrito que las mujeres tienen mayor riesgo de ideación, plan o intento suicida (Blandón et al., 2015; Calvo et al., 2003; Gómez-Restrepo, 2014; Sánchez et al., 2002). Al asociar los trastornos mentales con el comportamiento suicida se presenta una mayor asociación con trastornos del afecto, seguido de los trastornos del control de los impulsos, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Gómez-Restrepo, 2014; Sánchez et al., 2002).

Diversos estudios en poblaciones universitarias latinoamericanas; identificaron que la ideación suicida se presentó en su mayoría en estudiantes de psicología, solteros, sin actividad laboral y con padres separados. Las mayores proporciones de ideación suicida en el último año se presentaron entre quienes no tienen buena relación con el padre, la madre, los hermanos y consigo mismo (Blandón et al., 2015; Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015).

Otros factores de riesgo suicida reportados por la literatura Colombiana a partir de estudios epidemiológicos de casos y controles para pacientes mayores de 18 años son el consumo de alcohol durante el último año (OR=2.01; IC 95%=1.30-3.11) y los problemas familiares o de pareja (OR=2.16, IC 95%=1.31-3.55) (Castro-Rueda, Rangel, Camacho, & Rueda-Jaimes, 2010). En

estudios ecológicos se ha encontrado la correlación positiva entre la desigualdad económica y las tasas de suicidio (Campo-Arias & Herazo, 2015).

En Argentina las tasas de mortalidad por suicidio aumentaron de 1.5 por cada 100 mil habitantes en 1991 a 6.1 en el año 2000. Entre el año 2000 y 2007 se suicidaron por día en promedio 3 jóvenes (Barrón & Krmpotic, 2016). Durante 2007-2008 y 2011-2012 se encontró que de 481 pacientes atendidos en urgencias el 19.54% había intentado suicidarse anteriormente, la razón hombre/mujer fue de 5.96:3.37, la media en la edad de las mujeres fue de 19.5 años y en los hombres 29.5 años, el 28.07% tenía diagnóstico de trastorno mental en mayor proporción en los hombres, de los cuales el 56.30% recibía tratamiento al momento del intento suicida (López, 2017).

En Brasil a través de un estudio de tipo transversal en estudiantes universitarios se encontró que el 9.9% tuvieron ideación suicida en el último mes y la asociación estadística entre las variables clase económica baja (RP=1.69; IC95%=1.01-2.83), homosexuales y bisexuales ($p=0.008$ y $p<0.001$), intentos de suicidio en la familia y entre amigos (RP=3.5, IC 95%=1.99-4.99), consumo de alcohol ($p=0.002$, IC95%=1.31-3.34) y síntomas depresivos ($p<0.001$, IC95%=5.75-29.9) fueron estadísticamente significativos. En otro estudio de tipo comparativo con una muestra de 637 universitarios (colombianos y brasileños) se encontró una prevalencia de ideación suicida del 52.5% y de intento del 7.5% (Santos et al., 2017).

Chile se ubica entre los países con las tasas más altas de suicidio en el grupo etario de los 15 y los 19 años de edad (Bustamante & Florenzano, 2013). Durante 2011 se reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 13.3 por cada 100 mil habitantes ocupando el segundo lugar después de Corea (Echávarri et al., 2015).

En un estudio transversal en 193 pacientes chilenos hospitalizados entre los 13 y los 63 años de edad, por ideación (31%) e intento suicida (29.6%) el sexo femenino presentó los porcentajes más altos (67.3 y 65%). Tanto hombres como mujeres en su mayoría estaban casados y con estudios superiores. Aquellos con trastornos del ánimo presentaron intento suicida (81.6%) e ideación suicida (79.6%). Los que presentaron ideación suicida no lo intentaron porque les preocupaba el efecto que tendría en su familia y el miedo a fallar, mientras que los que lo intentaron no deseaban morir para no lastimar a sus amigos; y en ambos el miedo a la muerte, a lo desconocido, a lo que dirán los demás y a terminar en el infierno (Echávarri et al., 2015).

Otro estudio de tipo transversal en estudiantes adolescentes chilenos (de los 14 a los 19 años de edad) encontró que, en los últimos doce meses, el 19,1% de los adolescentes había intentado suicidarse (25,2% de las mujeres y 13% de los varones); el 77.2% de los adolescentes presentó ideas suicidas; de estos el 56% eran mujeres y el 44% varones. Las mujeres presentaron puntajes significativamente superiores para riesgo suicida en comparación con los hombres. El género, la autoestima, la impulsividad y la cohesión familiar presentaron correlaciones estadísticas positivas (Salvo & Melipillán, 2008).

En 2001 la OMS informó que México mostraba un incremento del 63% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años; siendo el sexto país con tasas de crecimiento sostenidas e ininterrumpidas para el suicidio en el periodo de 1950 a 1990, con un crecimiento estadístico en el sexo masculino del 90.3% y en las mujeres del 25%. Entre 1990 y el 2000 el incremento de suicidios fue del 150% en el rango etario de los 5 a los 14 años de edad y del 74% entre los 15 y los 24 años de edad (Borges et al., 2009; Dávila et al., 2015).

El estudio de la conducta suicida en México es a través de fuentes de información secundaria; para el análisis del suicidio consumado la información es recolectada por las instancias oficiales a partir del certificado de defunción. Para el intento suicida no hay institución oficial que disponga de información ya que no es obligatorio reportarlo y mucho menos el reporte de la ideación o planeación; incluso en Europa el sistema de información de reporte de intentos suicidas es limitado (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

El análisis epidemiológico del riesgo suicida se ha basado en los reportes de tres documentos: la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente y la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-2008). A partir del análisis de las tres encuestas mencionadas, el 10.01% de la población entre los 12 a los 17 años de edad reportó ideación suicida en los últimos 12 meses, seguida de una prevalencia del 8.74% en el grupo de 18 a 29 años y de 8.39% en el grupo de 30 a 65 años; de estos 85.44% reportó algún trastorno mental, 87.73% para las mujeres (ansiedad) y 78.61% para los hombres (impulsividad y trastornos por consumo de sustancias) (Borges et al., 2010).

En la ENA 2008 se encontró una prevalencia de ideación suicida del 8.79%, del plan suicida del 1.22% y del 0.79% para el intento de suicidio en los últimos 12 meses, de estos las mujeres presentaron las prevalencias más altas a menor grado de estudios mayor prevalencia de conducta suicida, estado civil separado o divorciado, otra religión o ninguna y bajo nivel económico. El 0.13% de los suicidas solicitaron atención médica y el medio más común fue el uso de arma de fuego. La prevalencia más elevada de intento de suicidio se observó en Chihuahua (2.40%), seguida por Michoacán (1.84%) y Tabasco (1.79%). A su vez, los Estados con menor prevalencia fueron Guanajuato (0.21%), Tlaxcala (0.28%) y Jalisco (0.31%) (Borges et al., 2009, 2010).

Esta encuesta en adolescentes durante 2008 permitió el desarrollo de un índice de riesgo suicida para la población mexicana que considera a la población entre los 15 a 17 años de edad, el estado civil (separado o divorciado), la religión (no católico), la ocupación habitual (subempleado), si es migrante a Estados Unidos (migrante de regreso), el consumo de alcohol (riesgoso o con diagnóstico de abuso o dependencia), el consumo de drogas (se asoció el uso crónico de la marihuana con la ideación suicida y el intento), si existen síntomas de depresión moderada, problemas de conducta e historia de abuso sexual; es decir, aquellas personas con ideación suicida, que reportan un plan y que tienen cinco o más de estos factores de riesgo, incrementan en 152 veces el riesgo de intentar suicidarse (Echávarri et al., 2015; Orozco, 2017).

Durante 2005 se entrevistaron a 106 pacientes entre los 15 y los 61 años de edad con diagnóstico de intento suicida hospitalizados en una unidad psiquiátrica en Zapopan Jalisco; el método de tentativa suicida más utilizado fue la sobredosis medicamentosa (60.3%) preferentemente en su casa (83.8%); el riesgo suicida aumento 6.7 veces si vivían solos y 3 veces más si consumían alcohol (García-Rábago et al., 2010).

En una revisión de la mortalidad en México desde 1970 hasta 2007, por medio de encuestas transversales, el suicidio aumentó 275% principalmente en el grupo de edad de 15 a 29 años. En este periodo, la tasa de suicidios entre hombres y mujeres mexicanos aumentó de 4.1 suicidios masculinos por uno femenino en 1970 a 4.8 durante 2007; para 1993 la razón mujer/hombre llegó a más de 6:1 disminuyendo y manteniéndose en 2010 en 5:1 (Borges et al., 2010).

En 2007 el suicidio reportó una tasa de mortalidad de 4.15 por cada 100 mil habitantes y se ubicó en el quinto lugar entre las principales causas de muerte hasta los 34 años de edad para ambos

sexos y la tercera entre los 15 y los 24 años de edad y en la posición 10 hasta los 44 años de edad. Por cada 10 intentos suicidas hubo un suicidio consumado, además de que el 20% de los que presentaron ideación suicida intentaron quitarse la vida en el mismo año (Borges, Orozco, & Medina-Mora, 2012; Borges et al., 2010).

A través de un estudio transversal en 12 mil 424 adolescentes mexicanos de escuelas públicas en 2007 se encontró que el 47% presentó ideación suicida y el 9% antecedente de intento suicida. Los factores de riesgo fueron la poca confianza en la comunicación hacia los padres (ideación RM=1.30, intento RM=1.54); el abuso sexual (ideación RM=1.92, intento RM=1.57), la depresión (ideación RM=5.36, intento RM=1.51), el tabaquismo (RM=2.57; IC 95%=1.67-3.97), el abuso de alcohol (ideación RM=1.60, intento RM=1.31) y para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales (ideación RM=1.28, intento RM=1.65) (Pérez-Amezcuca et al., 2010).

En un estudio de tipo transversal para el periodo del 2000 a 2012 se reportó un aumento de las tasas de mortalidad por suicidio en México las cuales pasaron de 6.2 suicidios para los hombres y de 1.1 para las mujeres por cada 100 mil habitantes en el 2000 a 7.8 suicidios en masculinos y 1.8 suicidios en femeninos en el 2012; esto representa un aumento del 25.8% en hombres y del 68.4% en mujeres en el periodo de estudio. La mayoría de los suicidios se ubicaron entre los 15 y los 49 años de edad, el 77% ocurrió en hombres y el 23% en femeninos. En los hombres la tasa estandarizada de suicidio alcanzó un valor alto en el grupo etario de los 20 a los 24 años de edad y desciende hasta los 65 años y nuevamente incrementa hasta alcanzar su máximo en el grupo etario de los 85 años; en cambio en las mujeres la tasa de mortalidad alcanza su máximo entre los 15 y los 19 años de edad y disminuye de manera continua (Dávila et al., 2015).

En un estudio de tipo cualitativo desarrollado en Tabasco, uno de los Estados que ha reportado una de las tasas más altas de mortalidad por suicidio en México, (en 1996 tasa de 9.7 suicidios y en el 2000 7.19); a través de entrevistas a jóvenes pacientes hospitalizados durante el 2008 revelaron que intentaron suicidarse para liberarse, no encontrar motivos para vivir, sentirse solos sin apoyo y el aislamiento social por sus preferencias sexuales (Martínez & Guinsberg, 2009).

Durante 2010 las tasas de suicidio se incrementaron en el grupo de los 15 a los 29 años siendo el suicidio una de las primeras causas de muerte en este grupo etario. Para los hombres jóvenes entre los 14 y 19 años de edad el 10.64% de las muertes se asociaron a suicidio, el 15.40%

en el grupo de 20 a 24 años y el 13.73% en el grupo entre 35 y 29 años, mientras que en las mujeres en el mismo orden los porcentajes son 18.11, 17.34 y 12.16% (Borges et al., 2010).

La prevalencia suicida ocurrida alguna vez en la vida disminuye al pasar de la adolescencia (12 a los 17 años de edad) al grupo de los 18 a 29 años de edad y luego de los 30 a los 65 años de edad de tal forma que la prevalencia en el grupo adolescente fue de 4.26%, 3.75% entre los 18 a 29 años de edad y de 2.61% a partir de los 30 a los 65 años, tendencia más marcada en las mujeres que en los hombres (Borges et al., 2010).

En un estudio de tipo transversal en adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad, que asistían a escuelas de nivel medio superior en Sonora; se encontró que aquellos que presentaban comportamiento suicida tenían mayor número de episodios depresivos en comparación con aquellos sin riesgo suicida, la depresión apareció en el 67.3% de quienes intentaron suicidarse y en el 81.1% de los que tuvieron ideación suicida. Los jóvenes que presentaron depresión tuvieron un riesgo 16 veces mayor de tener ideación suicida (Cubillas, Román, Abril, & Galaviz, 2012).

En otro estudio descriptivo se asoció la conducta suicida y la calidad de vida en adolescentes mexicanos entre los 14 y los 18 años de edad, el 97.6% eran solteros, 80.8% sin actividad laboral, el 17.2% se sintió triste en las últimas 2 semanas, 6.4% presento ideación suicida, 6.1% planeo suicidarse y el 7.6% lo intentó. Las mujeres tuvieron 2 veces más riesgo suicida que los hombres. Mientras más baja era la calidad de vida aumentaba de 5 a 7 veces más el riesgo suicida (Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín, 2015).

Así mismo, en un estudio descriptivo realizado en estudiantes universitarios que acudieron a la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios con y sin riesgo suicida con respecto a la calidad de vida, los factores sociales, el ambiente y los niveles de ansiedad (Cotonieto & Crespo, 2016).

En 2010 las tasas más altas de suicidio en hombres se registraron en Yucatán, Tabasco, Quintana Roo y Campeche, con tasas de 16.8, 15.6, 15.5 y 13.1 suicidios por cada 100 mil hombres mientras que para las mujeres las entidades fueron Yucatán, Quintana Roo y San Luis Potosí (tasas de 3.5, 3.0 y 2.6 suicidios por cada 100 mil mujeres). Por otro lado, las tasas más bajas de

mortalidad por esta causa fueron en Chiapas, Guerrero, Morelos, Hidalgo y Tlaxcala para hombres (tasas de 3.5, 3.7, 4.0, 4.0 y 4.3 suicidios); y en el caso de las mujeres fueron Baja California Sur, Zacatecas, Hidalgo y Baja California (con tasas de 0.6, 0.7, 0.7 y 0.9). Los resultados entre la correlación entre las tasas de mortalidad por suicidios y el índice de marginación estatal no resultaron estadísticamente significativos ($p>0.16$) (Dávila et al., 2015).

Con información de INEGI durante 2015 se registraron 6 mil 285 suicidios lo que representa una tasa de 5.2 por cada 100 mil habitantes. El 80.1% eran hombres mientras que el 19.9% mujeres. La mayoría de los hombres se concentraron en el nivel básico de educación (65.8%) y en las mujeres el 57.6%. Estas tuvieron mayores porcentajes en niveles educativos medio superior y superior (24.7 y 10.3%) en comparación a los hombres (17.1 y 6.7%). El 30.6% no contaba con trabajo, sin embargo, para el análisis por sexo es diferente ya que la mayoría de las mujeres no trabajaba (69.2%) al contrario de los hombres (73.4%). Ocho de cada diez se suicidaron en su vivienda (76.2%) y el principal medio fue el ahorcamiento (79.3%) seguido del disparo de arma (8.9%) y el envenenamiento con plaguicidas (3.8%). Los Estados con las tasas más altas fueron Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche y Quintana Roo (9.1). En Hidalgo la tasa de mortalidad por suicidio se encontró durante 2015 en 4 suicidios por cada 100 mil habitantes, ubicándose en la posición número 23 de las 32 entidades federativas (INEGI, 2017).

En los últimos años México se ha urbanizado, modificándose la estructura familiar siendo más fragmentada y nuclearizada lo cual es uno de los múltiples factores asociados al suicidio (Borges et al., 2010). Se ha identificado que niveles bajos de cohesión familiar se asocian con un mayor riesgo de ideación suicida (Muñoz et al., 2006).

En un estudio de carácter cualitativo realizado mediante la técnica de listas libres en 29 adolescentes entre los 13 y los 18 años de edad se identificaron los problemas familiares (violencia y peleas entre los miembros de la familia) como la causa del intento suicida, mientras que la depresión y la tristeza como síntomas previos (Sánchez-loyo et al., 2014).

A través de un estudio transversal con una muestra de estudiantes preuniversitarios de los 15 a los 24 años de edad; se encontró una prevalencia del 48% de deseos pasivos de morir, 30% de ideación suicida, 15% de planes suicidas y 9% de intento. El modelo de familia corresponde a un 22% de tipo desligada, 32% separada, 31% conectada y 15% amalgamada. Al asociar ideación

suicida y familia desligada se obtuvo un ratio de 2.17 en adolescentes de 15 a 19 años de edad (IC95% 1.26-3.74) y de 1.35 (IC95% 0.21-8.64) en adultos jóvenes de 20 a 24 años de edad. Otros factores de riesgo fueron el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir solo (Muñoz et al., 2006).

Prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente suicida

El día mundial para la prevención del suicidio es organizado por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) y se observa a nivel mundial el 10 de septiembre de cada año (OMS, 2014).

El suicidio debe ser manejado de manera transdisciplinar, su complejidad necesita un “ejercito de profesionales” que puedan abordar la problemática, crear conocimiento y establecer un vínculo con el paciente para entender por lo que está pasando, reflexionar sus causas y sentimientos para traerlo de vuelta a una realidad que difiere de la que el paciente construye a lo largo de la necesidad de morir (Morfín & Ibarra, 2015).

Las estrategias de prevención van enfocadas a aquellos intentos suicidas fallidos, estas han demostrado que la intervención temprana, así como la educación fue más efectiva que la terapéutica tradicional. La prevención del suicidio es posible sin embargo la mayoría de los países no han desarrollado las estrategias necesarias en sus planes de acción para la atención al paciente suicida (Sánchez-Teruel, García-León, & Muela-Martínez, 2014).

La prevención del suicidio se basa en las prácticas basadas en la evidencia científica que comprenden la identificación de aquellos individuos con alto riesgo de suicidio para su intervención individualizada y especializada a través de la farmacoterapia, la terapia cognitivo-conductual o la terapia conductual-dialéctica, en el nivel selectivo se dirige a grupos poblacionales de riesgo como los adolescentes y en el nivel universal las acciones dirigidas a toda la población (Bustamante & Florenzano, 2013).

Para la prevención del suicidio es necesario incrementar el acceso a la atención de salud, promover una reducción del consumo nocivo de alcohol y de sustancias, limitar el acceso a los medios utilizables, promover una información responsable por parte de los medios de

comunicación, contar con el apoyo de la comunidad y una mejor capacitación del personal de salud en el manejo de los trastornos mentales y el abuso de sustancias (Dávila et al., 2015; OPS, 2014).

La OMS junto con la Asociación Internacional para el Suicidio han publicado numerosos reportes como guía para los Estados, tal es el caso de los proyectos de prevención en China y en el Sureste Asiático a principios del 2008 enfocados en la prevención del envenenamiento con pesticidas que ocasionan el 60% de los suicidios (Sánchez-Teruel et al., 2014).

En 1999 la OMS lanzó el programa SUPRE (Prevención del Suicidio) como iniciativa mundial que involucra a una amplia gama de personas y sectores incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades en donde se propone la identificación de los factores de riesgo, el interrogatorio médico apropiado y el envío al especialista (OMS, 2000a, 2000b).

Los programas de prevención del suicidio incluyen detecciones e intervenciones en las poblaciones de riesgo enfocados a la atención primaria y demás actores que son capaces de intervenir. Durante 2016 en Bruselas se discutió el “Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar” para el periodo 2008-2013 que junto con otros programas europeos busca la capacitación del personal de la salud para la atención de la salud mental en el primer nivel de atención, así como las modificaciones en la facilidad de acceder a los medios más frecuentes para ocasionar la muerte (Sánchez-Teruel et al., 2014).

La solicitud de atención médica por el paciente suicida se manifiesta de tres formas: los que sobrevivieron al intento suicida, los que acuden manifestando ideación suicida y los que tienen ideación suicida pero no lo han manifestado verbalmente. La estrategia básica en el paciente con ideación suicida consiste en establecer algún tipo de esperanza mediante otras formas para la resolución de sus problemas, en cuanto al paciente con intento suicida es necesario realizar un seguimiento exhaustivo del paciente en las semanas posteriores ya que tiene mayor probabilidad de tratar de intentarlo, incluso puede ser necesaria la hospitalización (Echeburúa, 2015).

La mayoría de los programas de prevención del suicidio para adolescentes escolares involucran a los profesores, alumnos y padres de familia mediante la capacitación, el tamizaje, el uso de campañas, la psicoeducación, y el entrenamiento; centrados en el conocimiento y la actitud

sobre el suicidio, la depresión y los principales factores de riesgo así como la evaluación de las intervenciones realizadas para la disminución de los intentos y el consumo del suicidio, sin embargo es difícil ya que son pocos los que solicitan ayuda por ideación suicida dificultando la detección oportuna (Bustamante & Florenzano, 2013; OMS, 2014; Sánchez-Teruel et al., 2014).

Se estima que aproximadamente el 60% de los adolescentes que requieren atención en salud mental no la reciben por lo que es importante que en las escuelas se utilicen instrumentos de cribado para detección de ideación suicida entre los estudiantes (Bustamante & Florenzano, 2013).

Frente al suicidio consumado lo único que se puede hacer es disminuir la imitación y el impacto negativo en el entorno del fallecido (Barrón & Krmpotic, 2016).

El abordaje terapéutico de los familiares permite restablecer la conexión con el suicida favoreciendo el reencuentro liberador, alguna de las intervenciones son a través de conversar sobre lo bueno y lo malo con la persona que se suicidó, escribir una carta y el uso de la “silla vacía” en la que se da voz al ausente en las sesiones de psicoterapia (Garciandía, 2013).

Ante el aumento de suicidios y el abuso de alcohol; comunidades de nativos en Alaska han desarrollado intervenciones para la prevención a través del uso de factores protectores que proporciona la comunidad, (oportunidades, apoyo y roles), la familia (cohesión, confianza, transmisión de valores, afecto y orgullo) e individuales (sentimiento de pertenencia a una comunidad, a una familia y el deseo de ser un modelo a seguir) a partir de sus prácticas y tradiciones culturales (Philip, Ford, Henry, Rasmus, & Allen, 2016).

El diagnóstico oportuno requiere de instrumentos que permitan la medición de la ideación suicida; se ha realizado mediante el uso de entrevistas que miden la presencia de planes y comportamientos suicidas, la mayoría enfocadas hacia la población adulta y evalúan la seriedad en la intención del suicida así como el contexto social, los factores de riesgo, la intensidad, la duración y el control del pensamiento suicida así como los pensamientos positivos y negativos ante quitarse la vida y los planes a futuro para intentar autolesionarse (Pianowski et al., 2015).

En situaciones de urgencia médica, el paciente suicida debe ser llevado a una unidad hospitalaria de manera inmediata y ser valorado por un equipo de salud mental que conlleva el uso de medicamento psiquiátrico (Sánchez-Teruel et al., 2014).

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación

El suicidio es un problema de salud pública prevenible y representa a nivel mundial aproximadamente un millón de defunciones al año, lo que equivale a que cada 40 segundos una persona se autolesiona hasta su muerte (OPS, 2014). La OMS indica que por cada suicidio consumado ocurren entre 10 y 20 intentos de suicidio, los cuales representan una pérdida anual global de 20 millones de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) (Baca & Aroca, 2014; Dávila et al., 2015; Jasso, 2013; OPS, 2014); así mismo el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME) refiere que el suicidio aportó en 1990 el 1.47% de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), mientras que en 2015 contribuyó con el 1.41% (IHME, 2018a).

En el mundo el suicidio es una de las veinte principales causas de defunción y de carga de enfermedad para todas las edades, es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad, la quinta causa entre los adultos de 30 a 49 años de edad y el octavo lugar en el grupo de individuos entre los 15 y los 55 años de edad (Bustamante & Florenzano, 2013; Dávila et al., 2015; Muñoz et al., 2006; Navarro-Gómez, 2017; OMS, 2014; OPS, 2014).

En el 2001 la OMS informó que México mostraba un incremento del 63% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años; siendo el sexto país con tasas de crecimiento sostenidas e ininterrumpidas en el periodo de 1950 a 1990 (Borges et al., 2009; Dávila et al., 2015). Igualmente, desde 1970 hasta 2007, el suicidio en México aumentó 275% (Borges et al., 2010), mientras que del año 2000 al 2012 se reportó un aumento de las tasas de mortalidad por suicidio en mexicanos las cuales pasaron de 6.2 suicidios para hombres y de 1.1 para mujeres por cada 100 mil habitantes en el 2000 a 7.8 suicidios en masculinos y 1.8 suicidios en femeninos en el 2012; esto representa un aumento del 25.8% en hombres y del 68.4% en mujeres (Dávila et al., 2015).

Con información de INEGI durante 2015 se registraron 6 mil 285 suicidios lo que representó una tasa de 5.2 suicidios por cada 100 mil habitantes. El 80.1% eran hombres mientras que el 19.9% mujeres. En Hidalgo la tasa de mortalidad por suicidio se encontró durante 2015 en 4 suicidios por cada 100 mil habitantes, ocupando la posición número 23 de las 32 entidades federativas (INEGI, 2017).

De manera frecuente el suicidio se manifiesta en las etapas medias de la vida, un 25% se concentra en la adolescencia, la juventud y en menor frecuencia en la vejez (Echeburúa, 2015). En consecuencia, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios, prueba de esto es que a través de un estudio realizado por la Asociación Americana de Colegios para la Salud durante el 2011 el 3.7% de los estudiantes universitarios norteamericanos, presentaron ideación suicida (Pereira & Cardoso, 2015). Además, en los jóvenes de 15 a 29 años el 8.5% de las 804 mil personas que se suicidaron en 2012 estuvieron en este rango etario (Santos et al., 2017).

En la región de las Américas el 36.8% de los suicidios están comprendidos entre las edades de los 25 y los 44 años y entre los 45 y 59 años el 25.6%. Entre las personas de 60 años y más solo el 19%, sin embargo en los mayores de 70 años la tasa de suicidios es de 12.4 por cada 100 mil habitantes siendo la tasa más alta por grupo etario principalmente en los hombres (OPS, 2014).

Los grupos etarios quinquenales más afectados en la población mexicana se observan a partir de los 20 a los 24 años de edad con un promedio en el periodo de estudio de 2010 a 2015 de 8.68 por cada 100 mil habitantes; en orden decreciente se encuentran los grupos etarios entre los 25 a los 29 años de edad (7.43), 15 a 19 años (7.12), 30 a 34 (6.84), 35 a 39 años (6.76) y a partir de los 85 y más años de edad (6.55) (DGE, 2015).

A nivel mundial el suicidio representa un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres, el sexo masculino tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, la razón es aproximadamente de 3.5:1; por otra parte las mujeres tienen mayor número de intentos suicidas, lo cual puede explicarse en que los hombres emplean métodos más violentos y letales (IHME, 2018a; Navarro-Gómez, 2017; OPS, 2014).

En México en el periodo de 1950 a 1990 se observó un crecimiento estadístico en la frecuencia de suicidios en el sexo masculino del 90.3% y en las mujeres del 25% (Borges et al., 2009; Dávila et al., 2015). De 1970 hasta el 2007, la tasa de suicidios entre hombres y mujeres mexicanos aumento de 4.1 suicidios masculinos por uno femenino en 1970 a 4.8 durante 2007; para 1993 la razón hombre/mujer llego a más de 6:1 disminuyendo y manteniéndose en 2010 en 5:1 (Borges et al., 2010). De 2010 a 2015 se observó que los hombres presentaron tasas superiores a lo reportado en las mujeres (DGE, 2015); en 2015 el 80.1% eran hombres mientras que el 19.9% mujeres (INEGI, 2017).

Por lo tanto el estudio de la conducta suicida radica en la importancia de que produce un gran malestar mental y psicológico a nivel individual, familiar y social y no solo implica la pérdida de salud de una persona, sino que también ocasiona el debilitamiento de sus redes afectivas y sociales (Borges et al., 2010; Echeburúa, 2015; Garcíandía, 2013). Además la ideación suicida es un elemento fundamental dentro de la cadena de acontecimientos del comportamiento suicida (Pereira & Cardoso, 2015) y es uno de los factores de riesgo menos estudiado (Muñoz et al., 2006).

A pesar de esto, el suicidio no es prioritario en las agendas gubernamentales y requiere la necesidad urgente de implementar acciones de identificación oportuna, estrategias integrales multisectoriales de prevención y el estudio detallado de los factores de riesgo asociados (Dávila et al., 2015).

Así mismo, el suicidio debe ser manejado de manera transdisciplinar; su complejidad necesita un “ejercito de profesionales” que puedan abordar la problemática, crear conocimiento y establecer una relación entre el equipo de salud y el paciente (Morfín & Ibarra, 2015).

De tal manera que la prevención del suicidio es posible, sin embargo la mayoría de los países no han desarrollado las estrategias necesarias en sus planes de acción para la atención al paciente suicida (Sánchez-Teruel et al., 2014), siendo necesario incrementar el acceso a la atención de salud así como la investigación de los factores asociados, el interrogatorio médico apropiado, los instrumentos de cribado específicos y el envío al especialista (Bustamante & Florenzano, 2013; Dávila et al., 2015; Morfín & Ibarra, 2015; OMS, 2000b, 2000a, 2014; OPS, 2014; Philip et al., 2016; Pianowski et al., 2015; Sánchez-Teruel et al., 2014).

Por ello el presente trabajo de investigación analizó los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios, con el fin de otorgar al personal de salud y a los docentes el panorama epidemiológico y el análisis descriptivo y analítico de los pacientes identificados con riesgo suicida para fortalecer las medidas de promoción de la salud y de prevención.

Pregunta de Investigación

Dado este escenario nos lleva a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué factores se asocian a la ideación suicida en estudiantes universitarios que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH)?

Objetivos

General.

- Identificar los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios mexicanos que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Específicos.

- Caracterizar a la población en estudio según sus factores sociodemográficos, psicológicos y familiares.
- Analizar los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares de los estudiantes universitarios mexicanos que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).
- Correlacionar los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares y la ideación suicida en los estudiantes universitarios que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Hipótesis de Investigación

Hipótesis nula.

- Existe independencia/no hay correlación entre los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares y la presencia de ideación suicida en los estudiantes universitarios que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Hipótesis alterna.

- Existe dependencia/correlación entre los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares y la presencia de ideación suicida en los estudiantes universitarios que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Material y Métodos

Diseño.

- No experimental, transeccional, descriptivo y correlacional (García,2009).

Estudio.

- Observacional, transversal, analítico y retrospectivo (García,2009).

Población de estudio.

- Estudiantes universitarios mexicanos que acudieron de enero a diciembre de 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Muestra

Se revisaron 315 expedientes de estudiantes universitarios que solicitaron atención psicológica en el periodo de estudio comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre 2015 a la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Se realizó el cálculo de la muestra mediante el uso del programa estadístico Epi Info versión 7.2.2.6; se realizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, calculándose un tamaño de muestra de 101 estudiantes teniendo como parámetros una prevalencia estimada del 15% en base a las prevalencias encontradas en diversos estudios internacionales y nacionales realizados en poblaciones universitarias; una precisión del 5% alrededor del estimador y un nivel alfa de 0.05. Para proteger la precisión de los estimadores de las posibles pérdidas, se hizo una adición del 20% (n=41) que definió una muestra final de 142 sujetos.

Sin embargo, se decidió la técnica de muestreo por conveniencia utilizándose el total de los individuos que cumplieron con los criterios de elegibilidad (203 individuos); ya que se hubiera tenido una pérdida de información relevante de 61 sujetos lo que equivale al 30% de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión en una población pequeña (315 estudiantes).

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión.

- Consentimiento informado firmado.
- Ser estudiante mexicano de nivel superior de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Solicitud de atención psicológica en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre 2015, en la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).
- Llenado de la ficha de admisión electrónica denominada “Formulario Clínica de Atención Psicológica”.

- Responder los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck.
- Historia clínica requisitada con las variables en estudio.

Criterios de exclusión.

- Extranjeros.
- Otros que se presentaron a solicitar atención que no son estudiantes universitarios.

Criterios de eliminación.

- Omitir contestar el ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck; siendo la variable dependiente del estudio.

Sitio del estudio

- Clínica de Atención Psicológica ubicada en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa); en el municipio de San Agustín Tlaxiaca; perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). La recolección de la información se llevó a cabo durante 2015 y 2016.

Fuentes de Información

- **Ficha de admisión electrónica denominada “Formulario Clínica de Atención Psicológica CAP”.** Se aplicó vía electrónica mediante un cuestionario estructurado de tipo opción múltiple y respuestas abiertas; con la finalidad de obtener información sociodemográfica de los pacientes que solicitaron durante 2015 atención psicológica (ver Anexo 3).
- **Inventario de Ansiedad de Beck.** Diseñado por Aaron Beck en 1988 y estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez en 2001; es un instrumento de auto-reporte que consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad, clasificando a los resultados en mínimo, leve, moderado y grave. Tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.83 (ver Anexo 4).
- **Inventario de Depresión de Beck.** Es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta (mínimo,

leve, moderado y grave). Diseñado por Beck, Steer y Garbin en 1988 y validado en México por Jurado y colaboradores en 1998. Tiene una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.87 (ver Anexo 5).

- **Formato de historia clínica validado por el servicio de psicología de la CAP.** Este instrumento se requisitó con la información proporcionada por los usuarios de la clínica a partir del interrogatorio directo. Este formato permitió recolectar variables de tipo familiar, psicológico y sociodemográficas (ver Anexo 6).

Variables

Tabla 11.

Descripción de la variable dependiente.

Variable	Definición conceptual	Variable dependiente		Naturaleza de la variable	Escala de medición
		Definición operacional	Indicador		
Item 9 Inventario de Depresión de Beck	Ítem de factor cognitivo para ideación suicida con un alfa de Cronbach entre 0.89 y 0.93	Respuesta al Ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck para ideación suicida	1. “Yo no tengo pensamientos suicidas” 2. “tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo” 3. “me gustaría suicidarme” 4. “me suicidaría si tuviera la oportunidad”	Cualitativa	Categórica ordinal politómica
			<u>Análisis de prevalencia, asociación e impacto potencial</u>		
	Ítem de factor cognitivo para ideación suicida con un alfa de Cronbach entre 0.89 y 0.93	Respuesta al Ítem 9 del Inventario de Depresión de Beck para ideación suicida	No (1. “Yo no tengo pensamientos suicidas”) y Si (2. “tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo” 3. “me gustaría suicidarme” 4. “me suicidaría si tuviera la oportunidad”)	Cualitativa	Categórica nominal dicotómica

Tabla 12.

Descripción de la variable independiente (1).

Variables independientes					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Edad	Tiempo que lleva existiendo una persona o ser vivo desde su nacimiento	Años cumplidos de una persona al momento de levantar la encuesta	Adolescencia (12 a 17 años de edad), Juventud (18 a 24 años de edad) y adultos jóvenes (25 a 29 años de edad)	Cualitativa	Categórica ordinal politómica
Sexo	Condición orgánica que caracteriza a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Según el individuo al momento de levantar la encuesta	Masculino y femenino	Cualitativa	Categórica nominal dicotómica
Lugar de residencia (Municipio)	Lugar donde vive un individuo	El municipio en donde se ubica su vivienda al momento de levantar la encuesta	Municipios de residencia (38 municipios reportados)	Cualitativa	Categórica nominal politómica
Lugar de residencia (Estado)	Lugar donde vive un individuo	El Estado en donde se ubica su vivienda al momento de levantar la encuesta	Ciudad de México, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Puebla y Tlaxcala	Cualitativa	Categórica nominal politómica
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición civil al momento de levantar la encuesta	Casado, soltero y unión libre	Cualitativa	Categórica nominal politómica

Tabla 13.

Descripción de la variable independiente (2).

Variable	Definición conceptual	Variables independientes		Naturaleza de la variable	Escala de medición
		Definición operacional	Indicador		
Carrera	Conjunto de estudios, repartidos en cursos, que capacitan para ejercer una profesión	Estudio que cursa al momento de levantar la encuesta	13 carreras reportadas	Cualitativa	Categoría nominal politómica
Semestre	Periodo de seis meses	Periodo que cursa en su plan de estudios al momento de levantar la encuesta	Estudiantes de primero a noveno semestre reportados	Cualitativa	Categoría ordinal politómica
Instituto	Institución oficial destinada a la enseñanza o a la investigación especializada	Instituto en el que cursa su plan de estudios al momento de levantar la encuesta	ICBI, ICEA e ICSa	Cualitativa	Categoría nominal politómica
Trabajo	Ocupación retribuida	Afirmación o negación de actividad laboral al momento de levantar la encuesta	No y Si	Cualitativa	Categoría nominal dicotómica
Apoyo psicológico previo	Medio de apoyo a través del acompañamiento y análisis de los sucesos vitales por un profesional de la psicología	Afirmación o negación de apoyo psicológico previo al momento de levantar la encuesta	No y Si	Cualitativa	Categoría nominal dicotómica
Inventario de Ansiedad de Beck	Herramienta que valora los síntomas somáticos de ansiedad. Consta de 21 preguntas en un rango de 0 a 63 puntos	Puntuación obtenida por parte de los pacientes e identificada en el Inventario anexo al	Ansiedad mínima (0 a 7), ansiedad leve (8 a 15), ansiedad moderada (16-25) y ansiedad grave (26-63)	Cualitativa	Categoría ordinal politómica

expediente
clínico.

Tabla 14.

Descripción de la variable independiente (3).

Variables independientes					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Inventario de Depresión de Beck	Herramienta que valora los síntomas somáticos de depresión. Consta de 21 preguntas en un rango de 0 a 63 puntos	Puntuación obtenida por parte de los pacientes e identificada en el Inventario anexo al expediente clínico.	Depresión mínima (0 a 13), depresión leve (14 a 19), depresión moderada (20 a 28) y depresión grave (29 a 63)	Cualitativa	Categoría ordinal politómica
Estructura y función familiar	Clasificación de la familia conforme a su integración	A partir del análisis de la historia clínica	Integrada, semidesintegrada desintegrada y reconstituida	Cualitativa	Categoría nominal politómica
Elementos de la familia	Conjunto de personas con vínculos afectivos y emocionales que conviven y comparten en una residencia en común	A partir del análisis de la historia clínica	Compuesta, extensa, extensa- compuesta y nuclear	Cualitativa	Categoría nominal politómica
Enfoque biopsicosocial familiar	Calidad y cantidad de interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros	A partir del análisis de la historia clínica	Funcional y disfuncional	Cualitativa	Categoría nominal dicotómica
Ciclo vital familiar	Evolución secuencial de la familia en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros	A partir del análisis de la historia clínica	Dependencia, dispersión, expansión e independencia	Cualitativa	Categoría nominal politómica
Descripción del problema durante la	Motivo por el cual acude el paciente a	Principal motivo de consulta	Abuso sexual, antecedente de suicidio en familiares y/o amigos, atención a probable	Cualitativa	Categoría nominal politómica

consulta psicológica	solicitar consulta psicológica	psicológica reportado en la historia clínica del expediente	trastorno mental, bajo rendimiento escolar, consumo de alcohol y/o drogas, dificultad económica, duelo, otro tipo de problema familiar, otro tipo de problema de pareja, separación de los padres, separación de la pareja, violencia psicológica y/o física intrafamiliar, violencia psicológica y/o física de pareja y violencia psicológica y/o física por preferencia sexual
-----------------------------	--------------------------------	---	--

Tabla 15.

Descripción de la variable independiente (4).

Variables independientes					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Religión	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias propias de un determinado grupo humano y con las se reconoce una relación con la divinidad	Creencia religiosa al momento de levantar la encuesta	Creyente, cristiana, judío, mormón, católica, sin creencia religiosa, Testigo de Jehová y sin dato	Cualitativa	Categórica nominal politómica
Dinámica familiar disfuncional entre el paciente y familiar	Tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia	El paciente indica en la historia clínica si hay problemas o dificultades al relacionarse con algún familiar de primer grado o la pareja	Alguno de sus hermanos, madre, madre y algún hermano, no reportado, otro familiar, padre, padre y algún hermano, padre y madre, pareja y sin dato	Cualitativa	Categórica nominal politómica
Periodo de desarrollo de los 2 a	Cambios temporales que se	Reporte de eventos de interés	Abuso sexual, antecedente de suicidio en familiares y/o amigos, desarrollo de	Cualitativa	Categórica nominal politómica

los 5 años de edad	operan en la estructura, pensamiento o comportamiento de la persona y que se deben a factores biológicos y ambientales	psicológico y/o de salud en la historia clínica entre los 2 a los 5 años de edad	enfermedad física, duelo, no reportado, separación de los padres. sin dato, violencia psicológica y/o física escolar y violencia psicológica y/o física intrafamiliar		
Periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años de edad	Cambios temporales que se operan en la estructura, pensamiento o comportamiento de la persona y que se deben a factores biológicos y ambientales	Reporte de eventos de interés psicológico y/o de salud en la historia clínica entre los 6 a los 11 años de edad	Abuso sexual, bajo rendimiento escolar, cambio de lugar de residencia, consumo de alcohol y/o drogas, desarrollo de enfermedad física, desarrollo de enfermedad mental, dificultad económica, duelo, no reportado, conducta suicida, separación de los padres, sin dato, violencia psicológica y/o física escolar y violencia psicológica y/o física intrafamiliar	Cualitativa	Categórica nominal politómica

Tabla 16.

Descripción de la variable independiente (5).

VARIABLES INDEPENDIENTES					
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Periodo de desarrollo de los 12 a los 19 años de edad	Cambios temporales que se operan en la estructura, pensamiento o comportamiento de la persona y que se deben a factores biológicos y ambientales	Reporte de eventos de interés psicológico y/o de salud en la historia clínica entre los 12 a los 19 años de edad	Abuso sexual, bajo rendimiento escolar, cambio de lugar de residencia, consumo de alcohol y/o drogas, desarrollo de enfermedad física, desarrollo de enfermedad mental, duelo, no reportado, conducta suicida, separación de los padres, sin dato, violencia psicológica y/o física escolar, violencia psicológica y/o física intrafamiliar y violencia psicológica y/o física de pareja	Cualitativa	Categórica nominal politómica

Análisis de los datos

La información recolectada a través de los diversos instrumentos empleados fue capturada mediante el uso de la hoja de cálculo del paquete informático de Microsoft Office Excel (ver Anexo

7). El análisis estadístico fue desarrollado a partir del uso de los programas Stata (versión 14), Epidat versión 3.1 y Epi Info versión 7.2.2.6 (ver Anexo 8).

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, psicológicas y familiares de los sujetos incluidos en la muestra y se estimaron las tablas de contingencia de la variable de interés ideación suicida con cada variable independiente aplicándose la prueba de independencia χ^2 de Pearson; las asociaciones con un alfa igual o menor a 0.05 fueron consideradas estadísticamente significativas.

Para el análisis de las medidas de prevalencia, de asociación y de impacto potencial se utilizó la razón de prevalencia, intervalos de confianza al 95% así como la prueba de Ji de Maentel Haeszsel ($\chi > 1.96$).

Por último, se realizó un análisis de regresión logística simple para modelar los factores asociados y se estimó un modelo de regresión logístico multivariado en el que se incluyeron aquellas variables que en la regresión logística simple mostraron un valor de $p \leq 0.25$. Las asociaciones con un alfa igual o menor a 0.05 fueron consideradas estadísticamente significativas. Se realizó el ajuste del modelo a través del estadístico Hosmer-Lemeshow.

Consideraciones éticas

El presente proyecto se desarrolló bajo las consideraciones éticas, declaraciones, leyes y normativas aplicables para el mismo. Se trata de una *investigación con riesgo mínimo* debido a que empleó la revisión de la información a partir de fuentes secundarias; además del consentimiento informado (ver Anexo 2) firmado por el paciente quien acepta que los datos clínicos aportados podrán ser utilizados con fines de investigación. Se solicitó permiso vía oficio (ver Anexo 1) dirigido a la jefatura del área académica de psicología y a la D. en P.S. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz quien fungía como la Coordinadora de la clínica para la autorización del acceso a los expedientes de los pacientes atendidos en la Clínica de Atención Psicológica (CAP) del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa); la revisión de los expedientes estuvo bajo la observación y directriz del comité tutorial.

RESULTADOS

Estadística descriptiva

Factores sociodemográficos.

A partir del análisis de los 203 expedientes disponibles del periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2015 que cumplieron con los criterios de elegibilidad; de éstos el 30.54% de los pacientes corresponden al sexo masculino y el 69.46% al sexo femenino. La edad promedio fue de 21.21 años con una desviación estándar de 2.17; mientras que la mediana y la moda para la edad correspondió a 21 años y el rango etario se encontró entre los 17 y los 32 años. La ideación suicida estuvo presente en el 49.26% de los estudiantes (ver Tabla 17).

Tabla 17.

Características sociodemográficas de los universitarios que acudieron a la CAP durante 2015.

	Características	n (%)
Sexo	Hombres	62 (30.54)
	Mujeres	141(69.46)
Edad	Media (DE)*	21.21 (2.17)
	Mediana	21
	Moda	21
	Rango	(17-32)
Ideación suicida	Si	100 (49.26)
	No	103 (50.74)

*Desviación estándar.

En la tabla 18 se identifica que la ideación suicida sin propósito de ser llevada a cabo fue 4.40% más frecuente en los hombres que en las mujeres al igual que la intención de realizarlo si tuviera oportunidad (1.80%). La ausencia del pensamiento suicida resultó mayor en las mujeres que en los hombres con una diferencia porcentual de 3.40%, sin embargo, no existe dependencia entre el sexo de los pacientes y el pensamiento suicida ($p=0.43$).

Por grupos etarios, el 2.84% fueron exclusivamente adolescentes, siendo el 100% del sexo femenino, la mayoría de los pacientes tanto femeninos como masculinos (92.91 y 85.48%) se

ubicaron entre las edades de los 18 y los 24 años de edad; mientras tanto el 14.52% de los adultos jóvenes que acudieron a consulta fueron masculinos; en contraparte con el 4.26% que correspondieron al sexo femenino (ver Figura 19).

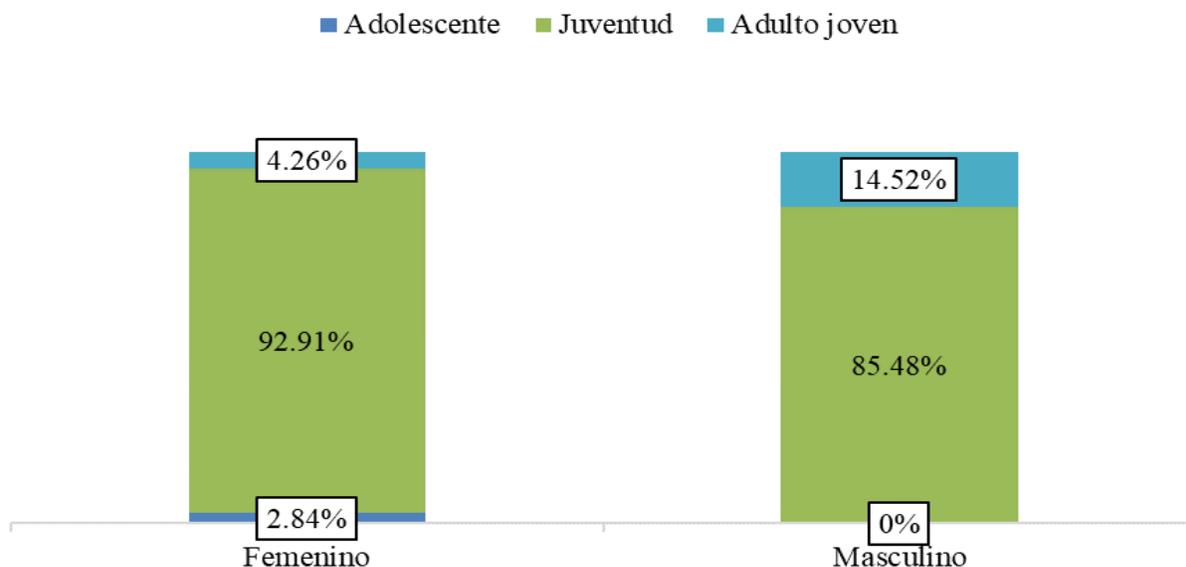


Figura 19. Proporción de universitarios por sexo y grupo etario que acudieron a la CAP durante 2015.

El 75% de los adolescentes entre los 12 y los 17 años de edad que acudieron a la CAP respondieron tener pensamientos suicidas sin atreverse a cometerlos, por otra parte, tanto jóvenes entre los 18 y los 24 años de edad como adultos jóvenes entre los 25 y los 29 años de edad el 49.46 y el 73.30% no reportaron ideación suicida; sin embargo durante la juventud el 4.34% deseó suicidarse e incluso si pudiera lo cometería (ver Tabla 18). Se encontró independencia entre estas variables ($p=0.56$).

Además se identificó que aquellos pacientes que reportaron su estado civil como soltero el 50.26% no presentó ideación suicida, el 75% de los individuos casados reportaron que pensaban suicidarse más no se atreverían a cometerlo y aquellos en unión libre el 83.33% no pensó en suicidarse (ver Tabla 18). No se encontró dependencia entre la ideación suicida y el estado civil ($p=0.67$).

En la figura 20 se representa el porcentaje de pacientes por Estado de residencia. El 88.67% correspondieron al Estado de Hidalgo, principalmente de los municipios de Pachuca de Soto (53%), Mineral de la Reforma (13%) y Tulancingo (8%), seguido por el Estado de México con el 7.88%,

Puebla y Jalisco (0.99%), Ciudad de México, Morelos y Tlaxcala (0.49%). En la tabla 18 se reportó independencia entre esta variable y la ideación suicida ($p=0.99$).

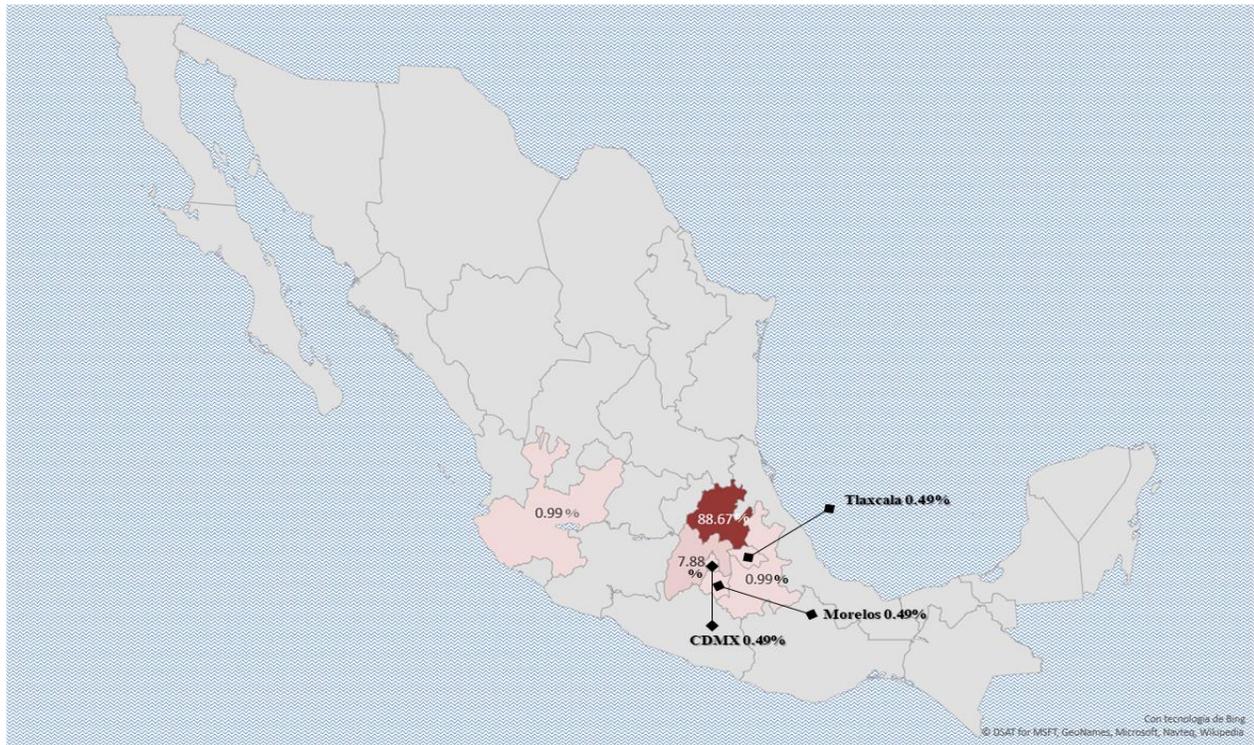


Figura 20. Porcentaje de universitarios que acudieron a la CAP durante 2015 por entidad de residencia.

En la tabla 18 se indica la frecuencia relativa de los que laboran y los que no realizan actividad remuneraría y que respondieron no tener pensamientos suicidas (51.60 y 50.60%); sin encontrarse dependencia entre la actividad laboral y la ideación suicida ($p=0.68$). Por otra parte el 25% de los que están casados trabajan, mientras que el 75% indicó que no realiza actividad laboral alguna; tanto solteros como en unión libre no trabajan; reportando frecuencias del 84.97% y del 83.33% respectivamente (ver Figura 21).

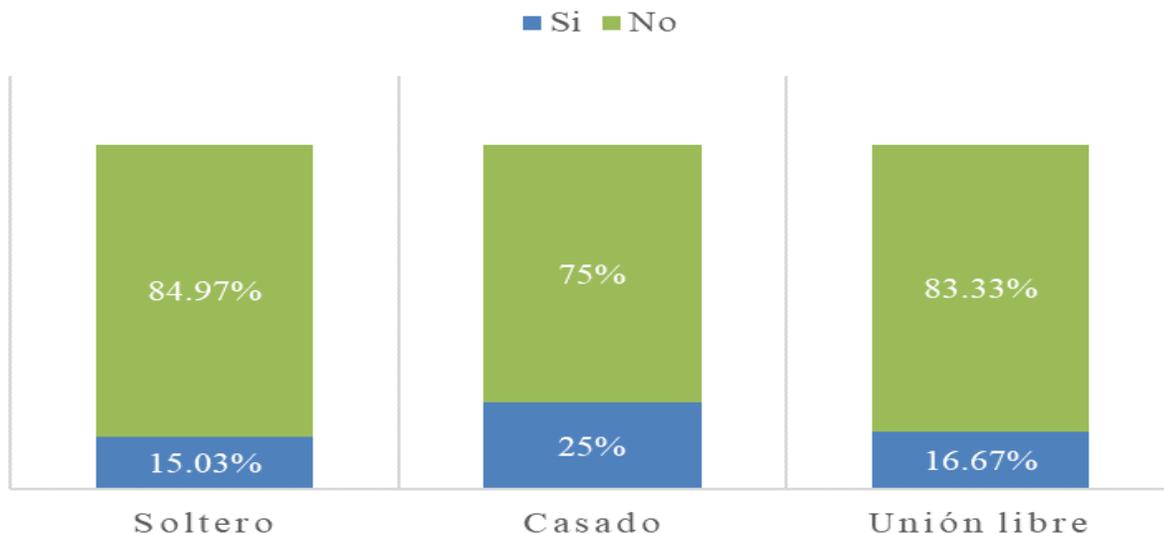


Figura 21. Proporción de universitarios con y sin actividad laboral y estado civil que acudieron a la CAP durante 2015.

En cuanto a la religión de los pacientes, el 16.25% de los pacientes practica alguna religión y de éstos, el 23.65% son católicos; encontrándose que la mayoría (52.10%) no pensaron en suicidarse. El 5.91% respondió no tener creencia religiosa y de estos el 66.70% no tiene pensamientos suicidas, el 3.45% indicó ser creyente; encontrándose que el 57.10% ha pensado en suicidarse pero no se atrevería, el 1.97% practica el cristianismo; identificándose que el 75% no tuvo ideación suicida, el 1.48% son mormones y de éstos, el 66.70% presentó ideación suicida sin intención de realizarlo, el 0.98% son judíos de los cuales el 50% no refirió ideación suicida y el resto presentó ideas suicidas más no las realizaría, una persona se identificó como testigo de Jehová e indicó ideación suicida sin intención de llevarlo a cabo; estadísticamente no hay dependencia entre esta variable y el pensamiento suicida ($p=0.98$).

Tabla 18.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores sociodemográficos y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Sexo					
Femenino	73(51.80)	62(44.00)	4(2.80)	2(1.40)	0.43
Masculino	30(48.40)	30(48.40)	0(0.00)	2(3.20)	
Grupo etario					
Adolescencia (12-17 años)	1(25.00)	3(75.00)	0(0.00)	0(0.00)	0.56
Juventud (18-24 años)	91(49.46)	85(46.20)	4(2.17)	4(2.17)	
Adulto joven (25-29 años)	11(73.30)	4(26.70)	0(0.00)	0.00	
Estado civil					
Soltero	97(50.26)	88(45.60)	4(2.07)	4(2.07)	0.67
Casado	1(25.00)	3(75.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Unión libre	5(83.33)	1(16.67)	0(0.00)	0(0.00)	
Estado de residencia					
Ciudad de México	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0.99
Estado de México	9(56.25)	7(43.75)	0(0.00)	0(0.00)	
Hidalgo	91(50.60)	81(45.00)	4(2.20)	4(2.20)	
Jalisco	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Morelos	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Puebla	0(0.00)	2(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Tlaxcala	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Actividad laboral					
Si	16(51.60)	15(48.40)	0(0.00)	0(0.00)	0.68
No	87(50.60)	77(44.80)	4(2.30)	4(2.30)	
Religión					
Católica	25(52.10)	22(45.80)	1(2.10)	0(0.00)	0.98
Creyente	3(42.90)	4(57.10)	0(0.00)	0(0.00)	
Cristiana	3(75.00)	1(25.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Judía	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Mormón	1(33.30)	2(66.70)	0(0.00)	0(0.00)	
Sin creencia religiosa	8(66.70)	4(33.30)	0(0.00)	0(0.00)	
Testigo de Jehová	0(0.00)	1(100.0)	0(0.00)	0(0.00)	
Sin dato	62(49.20)	57(45.20)	3(2.40)	4(3.20)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, n=103 (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, n=92 (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, n=4 (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, n=4. (2.0%).

^a Prueba X^2 de Pearson, $p \leq 0.05$.

De acuerdo a la figura 22, los estudiantes de Psicología acudieron a la CAP de cada uno de los semestres que integran la licenciatura, siendo la mayoría en cada uno de ellos, el 100% eran del noveno semestre; los estudiantes de Nutrición acudieron en su mayoría de quinto semestre (19.23%), los Cirujanos Dentistas del segundo semestre (20.83%), los estudiantes de Medicina de primer semestre (11.1%), de Enfermería la mayoría de cuarto (11.8%) y de Farmacia de octavo

(4.55%); en menor proporción los estudiantes de Enfermería y de Farmacia principalmente cuarto y de octavo (11.76 y 4.55%).

Por otra parte, el alumno de la carrera de Químico Farmacobiólogo acudió del segundo semestre (4.174%), el de turismo del tercer semestre (3.70%) y el de Arquitectura de sexto semestre (5.00%).

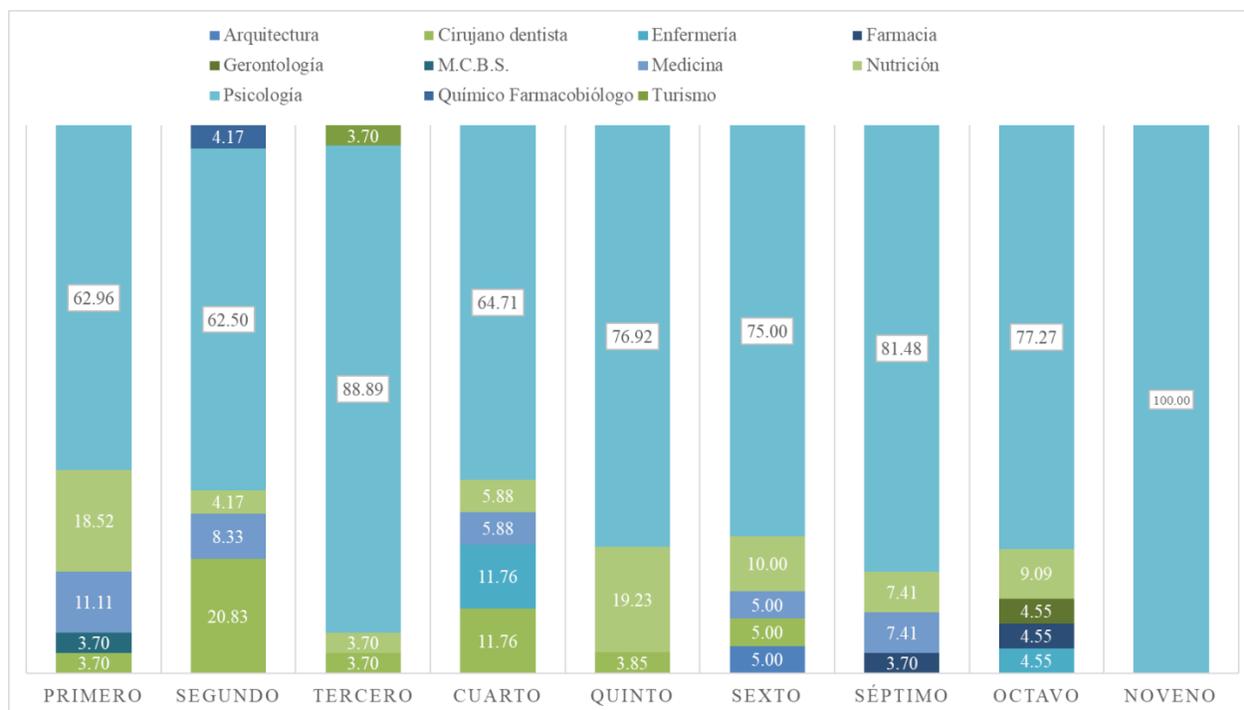


Figura 22. Frecuencia relativa de universitarios por carrera y semestre que acudieron a la CAP durante 2015.

La tabla 19 indica que el 99.01% de los pacientes atendidos en la clínica de atención psicológica pertenecen al Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA), de éstos, el 50.70% no presentaron pensamientos suicidas, el resto (45.30%) pensaron en suicidarse, pero no lo realizarían. Otros institutos que solicitaron atención psicológica fueron el Instituto de Ciencias Económico Administrativas (ICEA) del cual acudió un paciente que indicó no tener pensamientos suicidas y otro alumno del Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería (ICBI) que contestó que pensaba en el suicidio, pero no se atrevería a cometerlo. No se encontró dependencia entre la ideación suicida y el instituto en el que estudian ($p=0.90$).

Conforme a la carrera que cursaron en estos institutos (ver Tabla 19), el 75.86% de los universitarios atendidos cursaban la carrera de Psicología, de estos el 55.19% no tuvieron ideación suicida mientras que el 42.21% informó lo contrario sin intención de cometerlo y el 1.95% se suicidaría si tuviera la oportunidad, precede a estos la carrera de nutrición con el 9.36%, los cuales refirieron que el 47.37% no tuvo pensamientos suicidas y con el mismo porcentaje también hubo quienes tuvieron ideación sin planear en ejecutarlo, sólo un paciente (5.26%) se suicidaría si tuviera la oportunidad.

Los que cursan la carrera de Cirujano Dentista fueron el 5.42% del total y de estos el 72.73% pensó en el suicidio pero no lo llevaría a cabo; por otra parte el 27.27% no pensó en autolesionarse, los estudiantes de Medicina comprendieron el 4.43%; los médicos la mayoría (44.44%) pensó en suicidarse pero no se atrevería, el 33.33% de estos no tienen pensamientos auto lesivos y el 22.22% deseó suicidarse.

En menor frecuencia de asistencia los estudiantes de Enfermería, 1.48% del total, el 100% indicó tener ideas suicidas pero que no las llevarían a cabo. El 0.99% corresponde a 2 estudiantes de Farmacia, uno de ellos tuvo ideación suicida más no lo cometería y el otro deseó suicidarse; con el 0.49% de representatividad en la consulta están las carreras de Arquitectura (un estudiante que presenta ideación pero no lo llevaría a cabo), Gerontología (un paciente que señaló no tener ideación suicida), la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud (un paciente con ideación suicida sin intención de hacerlo) y las carreras de Turismo y Químico Farmacobiólogo en donde los estudiantes que acudieron no tienen pensamientos suicidas. Entre estas variables, ideación suicida y carrera que cursa se encontró dependencia estadística con un nivel de significancia ($p < 0.001$).

Por semestre (ver Tabla 19), un alto porcentaje de los estudiantes cursaban primero, tercero y séptimo (13.30% respectivamente); de primer semestre el 59.30% tuvo pensamientos suicidas sin intención de cometerlos, del tercer semestre la mayoría no tuvo ideación suicida (70.40%) mientras que los de séptimo el 51.90% presentó ideación suicida sin deseos de llevarlo a cabo, preceden los alumnos de quinto semestre siendo el 12.81% del total de los pacientes atendidos, de estos el 50% reportó ideación suicida sin intención de cometerlo y un paciente (3.80%) se suicidaría si tuviera la oportunidad de realizarlo.

El 11.82% del total de universitarios corresponde al segundo semestre, de estos la mayoría (54.20%) pensó en suicidarse sin atreverse a cometerlo, el 10.84% corresponde a los de octavo quienes tuvieron ideación suicida sin atreverse a realizarlo (45.50%) y otro 45.50% no tuvo pensamientos autodestructivos, el 9.85% corresponde a los de sexto semestre, la mayoría (60%) no tiene pensamientos suicidas, seguidos por los de cuarto y noveno semestre (8.37% y 6.40% del total) en donde, en general, no tuvieron ideación suicida (52.90 y 61.50% respectivamente). No existe dependencia entre el semestre que cursa y la presencia de ideación suicida ($p=0.44$).

Tabla 19.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores sociodemográficos y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Instituto					
ICBI ^a	0(0.00)	1(100.0)	0(0.00)	0(0.00)	0.90
ICEA ^b	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
ICSa ^c	102(50.70)	91(45.30)	4(2.00)	4(2.00)	
Carrera que cursa					
Arquitectura	0(0.00)	1(100.0)	0(0.00)	0(0.00)	<0.001
Cirujano dentista	3(27.27)	8(72.73)	0(0.00)	0(0.00)	
Enfermería	0(0.00)	3(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Farmacia	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Gerontología	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
M.C.B.S. ^d	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Medicina	3(33.33)	4(44.44)	2(22.22)	0(0.00)	
Nutrición	9(47.37)	9(47.37)	0(0.00)	1(5.26)	
Psicología	85(55.19)	65(42.21)	1(0.65)	3(1.95)	
Q.F.B. ^e	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Turismo	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Semestre					
Primero	9(33.30)	16(59.30)	2(7.40)	0(0.00)	0.44
Segundo	11(45.80)	13(54.20)	0(0.00)	0(0.00)	
Tercero	19(70.40)	7(25.90)	1(3.70)	0(0.00)	
Cuarto	9(52.90)	8(47.10)	0(0.00)	0(0.00)	
Quinto	12(46.20)	13(50.00)	0(0.00)	1(3.80)	
Sexto	12(60.00)	7(35.00)	0(0.00)	1(5.00)	
Séptimo	13(48.10)	14(51.90)	0(0.00)	0(0.00)	
Octavo	10(45.50)	10(45.50)	1(4.50)	1(4.50)	
Noveno	8(61.50)	4(30.80)	0(0.00)	1(7.70)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, n=103 (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, n=92 (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, n=4 (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, n=4 (2.0%). ^a Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería, ^b Instituto de Ciencias Económico Administrativas, ^c Instituto de Ciencias de la Salud, ^d Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud, ^e Químico Farmacobiólogo. ^a Prueba X^2 de Pearson, $p \leq 0.05$.

Factores psicológicos.

Acorde a la tabla 20 el 65.02% de los estudiantes universitarios atendidos no han recibido anteriormente apoyo psicológico. De éstos, el 53% no presentó ideación suicida mientras que de los que si habían tenido atención psicológica previa (34.98%) el 49.30% tuvo pensamientos suicidas que no llevaría a cabo; 1.40% deseó suicidarse y el 2.80% se suicidaría si tuviera la oportunidad; por otra parte, aquellos sin apoyo psicológico el 2.30% deseó suicidarse y el 1.50% lo haría si pudiera; de este último aspecto resultó 1.30% menos que aquellos con atención psicológica. No se encontró dependencia entre el antecedente de apoyo psicológico previo y la ideación suicida ($p=0.72$).

En cuanto al porcentaje por sexo y niveles de ansiedad (ver Figura 23); el 32.26% de los hombres cursaron con ansiedad mínima, 11.69% más que lo identificado en el sexo femenino, sin embargo, los niveles leve, moderado y grave fueron más frecuentes en las mujeres, 3.54, 6.69 y 1.47% por arriba de lo que se encontró en los hombres.

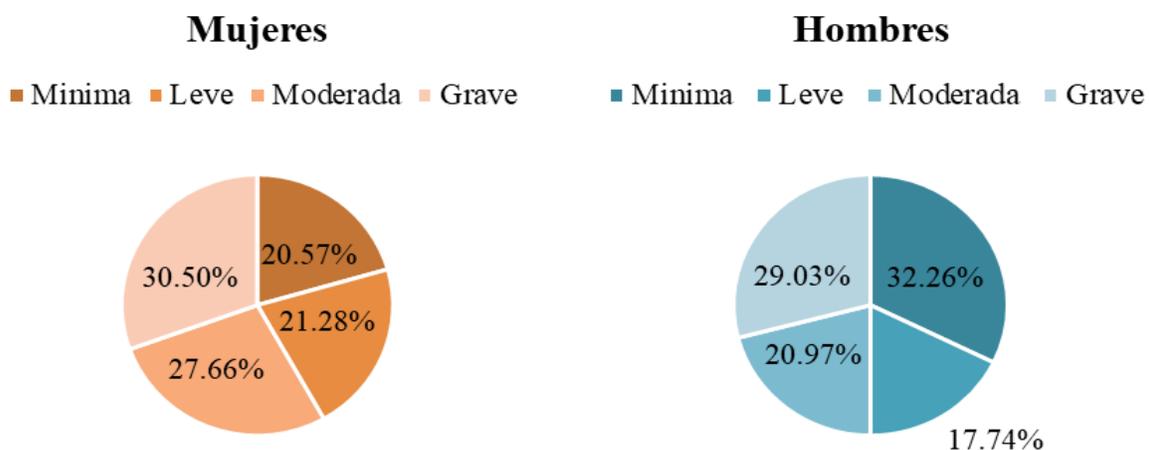


Figura 23. Distribución porcentual por sexo de los niveles de ansiedad reportados por universitarios que acudieron a la CAP durante 2015.

Además, el 30.05% de los estudiantes reportaron niveles de ansiedad grave, 25.62% ansiedad moderada, mínima 24.14% y leve 20.20%. De los que cursaron con ansiedad grave el 49.20% pensó en suicidarse sin atreverse a realizarlo, 45.90% no tuvo ideación suicida, 3.30% deseó suicidarse y 1.60% lo haría si pudiera cometerlo. Aquellos con ansiedad moderada presentaron de manera similar el reporte de frecuencias relativas (ver Tabla 20); en que los

pacientes que resultaron con ansiedad leve y mínima, en su mayoría (53.66 y 59.20%) no tuvieron pensamientos suicidas; sólo el 4.88% de los que presentaron ansiedad leve se suicidarían si tuvieran la oportunidad. No hubo dependencia entre los niveles de ansiedad y la ideación suicida ($p=0.55$).

Por otra parte, los niveles de depresión mínima y moderada fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres (3.89 y 7.37% respectivamente), sin embargo, las mujeres se encontraron 2.76% por delante en los niveles de depresión grave que lo identificado en el sexo masculino (ver Figura 24).

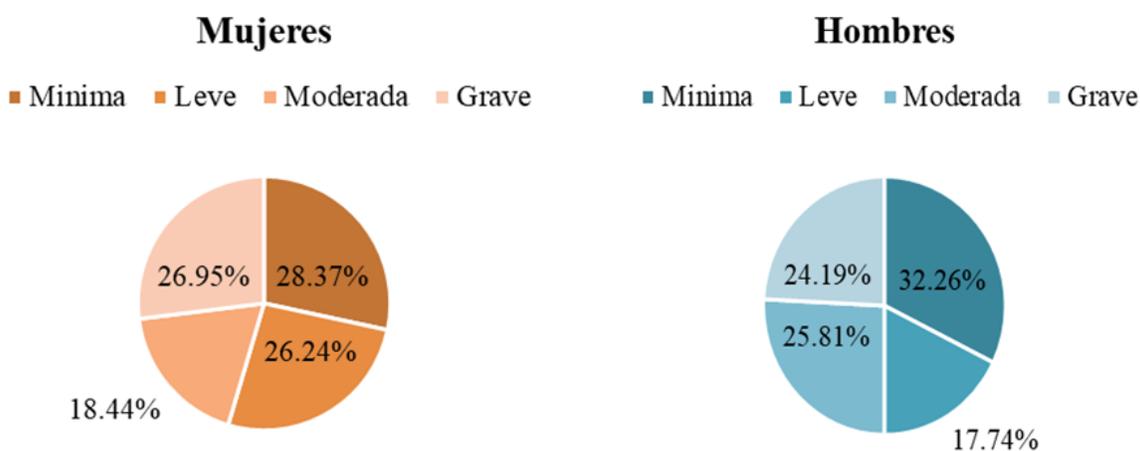


Figura 24. Distribución porcentual por sexo de los niveles de depresión reportados reportados por universitarios que acudieron a la CAP durante 2015.

De tal forma que se identificó que el 29.56% de los universitarios resultaron con niveles de depresión mínima, grave 26.11%, leve 23.65% y moderada 20.69% (ver Tabla 20). Los pacientes deprimidos con puntuación mínima indicaron en un 71.70% no tener ideas suicidas mientras que un 28.30% pensó en terminar con su vida mas no se atrevería a intentarlo. Aquellos con depresión grave; el 62.30% tuvo ideación suicida más no lo llevaría a cabo, 24.50% no pensó en suicidarse, 7.50% desea suicidarse y 5.70% lo haría si pudiera cometerlo. Así mismo los que reportaron niveles de depresión leve y moderada no tuvieron en su mayoría pensamientos suicidas (52.10 y 52.40%). Se encontró que existe dependencia entre los niveles de depresión y la ideación suicida ($p=<0.001$).

En cuanto al principal problema de consulta (ver Tabla 20), el 40.89% de los universitarios reportaron algún probable trastorno mental; 12.81% por bajo rendimiento escolar, 9.36% tanto por violencia

psicológica y/o física en el entorno familiar y por separación de pareja, 6.40% por consumo de alcohol y/o drogas, 5.91% por otro tipo de problema familiar; por ejemplo la ausencia del padre o la madre durante su desarrollo o la falta de comunicación entre los integrantes de la familia causante del aislamiento del paciente; el 4.43% indicaron encontrarse en un proceso de duelo por la pérdida ya sea de un familiar, amigo o pareja, 2.46% informó encontrarse afectado por la separación de sus padres, además el abuso sexual y otro tipo de problemas de pareja relacionados con la actividad sexual y la falta de comunicación aportaron cada uno el 1.97%, la violencia física y/o psicológica de pareja y por preferencia sexual el 1.48% cada uno, el 0.99% acudió al sentirse afectado por problemas económicos mientras que el 0.49% fue atendido por contar con el antecedente de suicidio de algún familiar o amigo.

Aquellos pacientes que contestaron que pensaron en suicidarse más no lo llevarían a cabo solicitaron consulta por antecedente de suicidio en familiares y/o amigos (100%), separación de los padres (80%), consumo de alcohol y/o drogas (69.20%), violencia psicológica y/o física por preferencia sexual (66.70%), duelo (55.60%), abuso sexual y dificultad económica (50 y 50% de estos), atención a probable trastorno mental (48.20%), violencia psicológica y/o física intrafamiliar (42.11%), bajo rendimiento escolar (34.60%), violencia psicológica y/o física de la pareja y la separación entre estos (33.30 y 31.58%) y otros tipos de problemas familiares y de pareja 25 y 25% respectivamente.

Los universitarios que informaron desear suicidarse, los motivos de consulta fueron la violencia física y/o psicológica intrafamiliar (5.26%) y la atención a un probable trastorno mental (3.60%); también los pacientes que se suicidarían si pudieran llevarlo a cabo acudieron por separación de la pareja y violencia psicológica y/o física intrafamiliar (5.26%), bajo rendimiento escolar (3.80%) y atención a probable trastorno mental (1.20%). No se encontró dependencia entre el problema de consulta y la ideación suicida ($p=0.99$).

Tabla 20.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores psicológicos y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Apoyo psicológico previo					
Si	33(46.50)	35(49.30)	1(1.40)	2(2.80)	0.72
No	70(53.00)	57(43.20)	3(2.30)	2(1.50)	
Nivel de ansiedad^a					
Mínima	29(59.20)	20(40.80)	0(0.00)	0(0.00)	0.55
Leve	22(53.66)	17(41.46)	0(0.00)	2(4.88)	
Moderada	24(46.20)	25(48.10)	2(3.80)	1(1.90)	
Grave	28(45.90)	30(49.20)	2(3.30)	1(1.60)	
Nivel de depresión^b					
Mínima	43(71.70)	17(28.30)	0(0.00)	0(0.00)	<0.001
Leve	25(52.10)	23(47.90)	0(0.00)	0(0.00)	
Moderada	22(52.40)	19(45.20)	0(0.00)	1(2.40)	
Grave	13(24.50)	33(62.30)	4(7.50)	3(5.70)	
Problema de consulta					
Abuso sexual	2(50.0)	2(50.0)	0(0.00)	0(0.00)	0.99
Antecedente de suicidio en familiares y/o amigos	0(0.00)	1(100.0)	0(0.00)	0(0.00)	
Atención a probable trastorno mental	39(47.00)	40(48.20)	3(3.60)	1(1.20)	
Bajo rendimiento escolar	16(61.50)	9(34.60)	0(0.00)	1(3.80)	
Consumo de alcohol y/o drogas	4(30.80)	9(69.20)	0(0.00)	0(0.00)	
Dificultad económica	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Duelo	4(44.40)	5(55.60)	0(0.00)	0(0.00)	
Otro tipo de problema familiar	9(75.00)	3(25.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Otro tipo de problema de pareja	3(75.00)	1(25.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Separación de los padres	1(20.00)	4(80.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Separación de la pareja	12(63.16)	6(31.58)	0(0.00)	1(5.26)	
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	9(47.37)	8(42.11)	1(5.26)	1(5.26)	
Violencia psicológica y/o física de pareja	2(66.70)	1(33.30)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física por preferencia sexual	1(33.30)	2(66.70)	0(0.00)	0(0.00)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, n=103 (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, n=92 (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, n=4 (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, n=4 (2.0%).

^a Mínima: (0 a 7 puntos), leve: (8 a 15 puntos), moderada: (16 a 25 puntos), grave: (26 a 63 puntos).

^b Mínima: (0 a 13 puntos), leve: (14 a 19 puntos), moderada: (20 a 28 puntos), grave: (29 a 63 puntos).

^a Prueba X^2 de Pearson, $p = \leq 0.05$.

En relación al análisis del periodo de desarrollo comprendido entre los 2 y los 5 años de edad (ver Tabla 21) el 51.23% no reportó en la historia clínica algún evento de interés psicológico que aconteciera en esta etapa, el 32.51% de las historias clínicas de los pacientes atendidos no tenían requisitada esta variable, el 7.39% informó violencia psicológica y/o física intrafamiliar, entre estos el 66.70% pensó en suicidarse sin atreverse a cometerlo, el 2.96% indicó violencia psicológica y/o física en el ámbito escolar y de estos el 50% no presento ideación suicida por otra parte el otro 50% indicó pensar en suicidarse sin atreverse a llevarlo a cabo.

El 2.46% cursó por duelo en esta etapa y de estos el 80% pensó en el suicidio sin atreverse a realizarlo, el 1.48% informó que sus padres se habían separado y en estos pacientes el 66.70% no tuvo ideación suicida, el 0.99% sufrió de alguna enfermedad física encontrándose que el 50% pensaba en suicidarse sin atreverse a autolesionarse y el otro 50% deseaba suicidarse; por abuso sexual y el antecedente de suicidio en familiares y/o amigos (0.49%) el 100% tuvo ideación suicida sin intención de cometerlo. Se encontró dependencia estadística entre este periodo del desarrollo y la presencia de ideación suicida ($p < 0.001$).

Tabla 21.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística del periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad					
Abuso sexual	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	<0.001
Antecedente de suicidio en familiares y/o amigos	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Desarrollo de enfermedad física	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Duelo	1(20.00)	4(80.00)	0(0.00)	0(0.00)	
No reportado	62(59.60)	40(38.50)	2(1.90)	0(0.00)	
Separación de los padres	2(66.70)	1(33.30)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física escolar	3(50.00)	3(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	3(20.00)	10(66.70)	0(0.00)	2(13.30)	
Sin dato	32(48.50)	31(47.00)	1(1.50)	2(3.00)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, n=103 (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, n=92 (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, n=4 (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, n=4 (2.0%).

^a. Prueba X^2 de Pearson, $p \leq 0.05$.

El periodo de desarrollo comprendido entre los 6 a los 11 años de edad (ver Tabla 22) reportó que los universitarios atendidos no indicaron algún acontecimiento relevante en este periodo (31.53%) y otro 31.53% de estos no tenía información descrita en la historia clínica para esta variable. El 12.81% indicó violencia psicológica y/o física intrafamiliar; de los cuales el 53.80% ha pensado en suicidarse sin atreverse a cometerlo, 3.80% deseó suicidarse y el 7.70% lo haría si pudiera llevarlo a cabo.

El 6.90% de los pacientes indicaron en esta etapa la separación de sus padres y de éstos, el 50% pensó en el suicidio sin intención a cometerlo y el otro 50% no tuvo ideación suicida, 3.45% de los alumnos indicó violencia psicológica y/o física en la escuela y de estos el 57.10% no tuvo ideación suicida mientras que el 42.90% pensó en suicidarse sin atreverse a llevarlo a cabo; la presencia de abuso sexual en los pacientes fue en el 2.96% de los universitarios durante esta etapa del desarrollo y estos indicaron en un 50% ideación suicida sin intención a cometerlo y un 50% sin pensamiento auto lesivo; el desarrollo de algún tipo de enfermedad mental así como un proceso de duelo ocurrió en el 1.97% en cada uno de estos, en ambos tanto el 50% pensó en suicidarse sin atreverse como el otro 50% no presento ideación suicida.

El 1.48% se encontró en los que en los que cambiaron de lugar de residencia (el 100% no presento ideación suicida) y en los que indicaron bajo rendimiento escolar y el desarrollo de alguna enfermedad física (el 66.70% pensó en suicidarse sin atreverse a realizarlo). El 0.99% corresponde a los que refirieron consumo de alcohol y/o drogas y en los que tuvieron algún comportamiento suicida en esta etapa (50% no presentó ideación suicida y otro 50% lo pensó mas no lo cometería). Por último el 0.49% indicó dificultad económica en este periodo sin presencia de pensamientos suicidas. No se encontró dependencia entre este periodo de desarrollo y la presencia de ideación suicida ($p=1.00$).

Tabla 22.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística del periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años de edad y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años de edad					
Abuso sexual	3(50.00)	3(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	1.00
Bajo rendimiento escolar	1(33.30)	2(66.70)	0(0.00)	0(0.00)	
Cambio de lugar de residencia	3(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Consumo de alcohol y/o drogas	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Desarrollo de enfermedad física	1(33.30)	2(66.70)	0(0.00)	0(0.00)	
Desarrollo de enfermedad mental	2(50.00)	2(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Dificultad económica	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Duelo	2(50.00)	2(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
No reportado	36(56.30)	26(40.60)	2(3.10)	0(0.00)	
Conducta suicida	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Separación de los padres	7(50.00)	7(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física escolar	4(57.10)	3(42.90)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	9(34.60)	14(53.80)	1(3.80)	2(7.70)	
Sin dato	32(50.00)	29(45.30)	1(1.60)	2(3.10)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, n=103 (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, n=92 (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, n=4 (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, n=4. (2.0%).

^a. Prueba X^2 de Pearson, $p \leq 0.05$.

Sobre el periodo de desarrollo entre la edades de los 12 a los 19 años de edad (ver Tabla 23) se observó que no existe información en la historia clínica para la variable (31.03%); el 27.09% no reportó algún acontecimiento de importancia en esta etapa, no obstante, el 11.82% informó que en este periodo sufrieron de violencia psicológica y/o física intrafamiliar y de estos el 58.30% tuvo ideación suicida sin intención de realizarlo, 3.94% fue reportado por aquellos que esta etapa desarrollaron algún tipo de trastorno mental (el 50% con ideación suicida sin intención de realizarlo), ocurrió la separación de sus padres, (el 62.50% indicó ideación suicida sin intención de cometerlo), y violencia física y/o psicológica en la escuela (de estos el 62.50% no reportó pensamientos suicidas).

En cuanto al bajo rendimiento escolar (2.96%); el 50% indicó no tener pensamientos suicidas y solo el 16.70% deseó suicidarse, el 66.70% tanto de los que desarrollaron alguna enfermedad física y los que consumieron algún tipo de alcohol y/o drogas no tuvieron pensamientos suicidas; cada uno representó el 2.96% del total de lo reportado en este periodo etario.

Además, el 1.97% correspondió a cada uno de estos reportes: abuso sexual, en donde el 75% de estos pacientes indico ideación suicida sin intención a llevar a cabo; aquellos que atravesaron por un proceso de duelo, violencia psicológica y/o física de pareja y por cambio de residencia; el 50% no tuvo pensamientos suicidas y el resto ha pensado en el suicidio sin atreverse a cometerlo en cada uno de estos. Este periodo de desarrollo no resultó con dependencia respecto a la ideación suicida ($p=0.36$).

Tabla 23.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística del periodo de desarrollo de los 12 a los 19 años de edad y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Periodo de desarrollo de los 12 a los 19 años de edad					
Abuso sexual	1(25.00)	3(75.00)	0(0.00)	0(0.00)	0.36
Bajo rendimiento escolar	3(50.00)	2(33.30)	1(16.70)	0(0.00)	
Cambio de lugar de residencia	2(50.00)	2(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Consumo de alcohol y/o drogas	4(66.70)	2(33.30)	0(0.00)	0(0.00)	
Desarrollo de enfermedad física	4(66.70)	2(33.30)	0(0.00)	0(0.00)	
Desarrollo de enfermedad mental	3(37.50)	4(50.00)	0(0.00)	1(12.50)	
Duelo	2(50.00)	2(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
No reportado	34(61.80)	19(34.50)	2(3.60)	0(0.00)	
Conducta suicida	0(0.00)	2(66.70)	0(0.00)	1(33.30)	
Separación de los padres	3(37.50)	5(62.50)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física escolar	5(62.50)	3(37.50)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	10(41.70)	14(58.30)	0(0.00)	0(0.00)	
Violencia psicológica y/o física de pareja	2(50.00)	2(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Sin dato	30(47.60)	30(47.60)	1(1.60)	2(3.20)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, n=103 (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, n=92 (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, n=4 (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, n=4. (2.0%).

^a. Prueba X^2 de Pearson, $p \leq 0.05$.

Factores familiares.

Conforme a la tabla 24, el 52.22% de los universitarios atendidos corresponden a familias integradas, el 38.42% provienen de estructuras familiares desintegradas, el 5.91% de familias reconstituidas y el 3.45% pertenecen a familias semidesintegradas, De estas estructuras y funciones familiares reconocidas durante el estudio, el 66.70% de los alumnos con familias reconstituidas tuvieron pensamientos auto lesivos que no llevaría a cabo, preceden los integrantes de familias desintegradas (44.90%), integradas (44.30%), y semidesintegradas (28.60%); sin embargo el 2.80% de los alumnos procedentes de familias integradas desearon suicidarse mientras que el 2.60% de los pacientes que informaron una estructura familiar desintegrada contestaron que se suicidarían si tuvieran la oportunidad. No se encontró dependencia entre el tipo de estructura y función familiar con la ideación suicida ($p=0.88$).

Así mismo, el 71.92% de los pacientes pertenecen a familias nucleares, el 18.72% de tipo extensa compuesta, el 8.37% compuesta y el 0.99% son parte de una familia extensa. Aquellos que forman parte de una familia compuesta; el 58.80% pensó en suicidarse sin atreverse a realizarlo, al igual que los que provienen de familia extensa (50%), nuclear (44.50%) y extensa compuesta (42.10%). El 50.70% de los que informaron ser parte de familias nucleares no presentaron ideación suicida, sin embargo el 2.70% indicó desear suicidarse y el 1.10% lo haría si tuviera la oportunidad. No existió dependencia entre los diferentes elementos de la familia y la ideación suicida ($p=0.77$).

Una gran proporción de estudiantes (76.85%) formaron parte de familias disfuncionales que indicaron en su mayoría ideación suicida sin animarse a cometerlo (49.40%); sin embargo el 1.30% deseó suicidarse y otros (2.60%) se suicidarían si tuvieran la oportunidad. Por otro lado, aquellos de familias funcionales el 63.80% no presentaron pensamientos suicidas, solo el 31.90% informó ideación suicida sin intención a cometerlo y el 4.30% informó que le gustaría suicidarse. No se encontró dependencia entre el enfoque biopsicosocial y la ideación suicida ($p=0.06$).

En cuanto al momento en el que las familias de las estudiantes se encuentran conforme a su ciclo vital el 81.77% son familias en proceso de dispersión, 13.30% en independencia, y 2.46% tanto para las que aún son dependientes como en expansión. De las familias dependientes el 20% de los alumnos se suicidaría si tuviera la oportunidad, sin embargo, el 40% lo pensó sin atreverse a cometerlo y el resto no tiene ideación suicida; de los que pertenecen a familias independientes la

mayoría no tiene pensamientos suicidas (55.60%), el 37% lo pensó mas no lo intentaría y el 7.40% deseó suicidarse. Los alumnos de familias en dispersión el 48.80% no tuvo ideación suicida, el 48.20% pensó en suicidarse sin intención de llevarlo a cabo, el 1.20% deseó suicidarse y solo el 1.80% se suicidaría si pudiera. A los que pertenecen a familias en expansión el 100% no tiene pensamientos suicidas. Se estableció dependencia entre el ciclo vital familiar y la ideación suicida ($p=0.02$).

Tabla 24.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los factores familiares y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Estructura y función familiar					
Integrada	54(50.90)	47(44.30)	3(2.80)	2(1.90)	0.88
Desintegrada	40(51.30)	35(44.90)	1(1.30)	2(2.60)	
Semidesintegrada	5(71.40)	2(28.60)	0(0.00)	0(0.00)	
Reconstituida	4(33.30)	8(66.70)	0(0.00)	0(0.00)	
Elementos de la familia					
Nuclear	74(50.70)	65(44.50)	4(2.70)	3(2.10)	0.77
Extensa	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Extensa compuesta	22(57.90)	16(42.10)	0(0.00)	0(0.00)	
Compuesta	6(35.30)	10(58.80)	0(0.00)	1(5.90)	
Enfoque biopsicosocial					
Funcional	30(63.80)	15(31.90)	2(4.30)	0(0.00)	0.06
Disfuncional	73(46.80)	77(49.40)	2(1.30)	4(2.60)	
Ciclo vital familiar					
Dependencia	2(40.00)	2(40.00)	0(0.00)	1(20.00)	0.02
Independencia	15(55.60)	10(37.00)	2(7.40)	0(0.00)	
Dispersión	81(48.80)	80(48.20)	2(1.20)	3(1.80)	
Expansión	5(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, $n=103$ (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, $n=92$ (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, $n=4$ (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, $n=4$. (2.0%).

^a Prueba X^2 de Pearson, $p \leq 0.05$.

En la historia clínica se detectó (ver Tabla 25) que el 28.08% de los universitarios no contestó si existían problemas con alguno de los integrantes de su familia; en cambio el 20.20% refirió algún problema con su padre, el 10.84% con su padre y con su madre, el 8.37% únicamente con la madre, 7.24% de los estudiantes no indicaron problemas familiares, el 6.90% con su padre

y algún hermano, 4.43% con alguno de sus hermanos, 1.48% tanto para los que informaron problemas con la madre y alguno de sus hermanos como aquellos que tienen algún problema con otro familiar (tíos, abuelos, primos etc.) y el 0.99% informó problemas con su pareja.

Aquellos que indicaron ideación suicida sin intención de realizarlo fueron los que tuvieron problemas con la madre y algún hermano (100%), únicamente la madre (58.80%), con la pareja (50%), con el padre (46.30%), padre y madre (45.50%), no contestaron (45.30%), padre y algún hermano (42.90%), no reportaron problemas con algún familiar (40%) y con alguno de sus hermanos (33.30%). Mientras que los que desearon suicidarse correspondieron a los que tuvieron problemas con su padre y con su madre (16.30%) y el 1.80% de los que no contestaron esta pregunta.

Además, los que se suicidarían si tuvieran la oportunidad informaron problemas con el padre y la madre (9.10%) y el 3.50% no contestaron este rubro. A su vez, el 100% de estudiantes que informaron problemas con otro familiar no indicaron ideación suicida, con alguno de sus hermanos (66.70%), sin reporte de problemas familiares (60%), con el padre y algún hermano (57.10%), sólo con el padre (53.70%), con la pareja (50%), sin aporte de información el 49.10%, el 41.20% con su madre y el 31.80% con el padre y la madre. No se encontró dependencia entre el reporte de problemas con algún integrante de la familia y la ideación suicida ($p=0.09$).

Tabla 25.

Frecuencias obtenidas y nivel de significancia estadística de los problemas familiares y su relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	Ideación suicida				Valor p^a
	1	2	3	4	
Problemas familiares					
Alguno de sus hermanos	6(66.70)	3(33.30)	0(0.00)	0(0.00)	0.09
Madre	7(41.20)	10(58.80)	0(0.00)	0(0.00)	
Madre y algún hermano	0(0.00)	3(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
No reportado	21(60.00)	14(40.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Otro familiar	3(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Padre	22(53.70)	19(46.30)	0(0.00)	0(0.00)	
Padre y algún hermano	8(57.10)	6(42.90)	0(0.00)	0(0.00)	
Padre y madre	7(31.80)	10(45.50)	3(16.30)	2(9.10)	
Pareja	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Sin dato	28(49.10)	26(45.30)	1(1.80)	2(3.50)	

1. Yo no tengo pensamientos suicidas, n=103 (50.7%), 2. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo, n=92 (45.3%), 3. Me gustaría suicidarme, n=4 (2.0%), 4. Me suicidaría si tuviera la oportunidad, n=4. (2.0%).

^a Prueba X^2 de Pearson, $p \leq 0.05$.

Prevalencias, medidas de asociación y de impacto potencial

Factores sociodemográficos.

La tabla 26, indica que la ideación suicida estuvo presente en el 100% de los estudiantes de Arquitectura, Enfermería, Farmacia y de la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud; el 72.73% en los estudiantes para Cirujano Dentista, el 66.67% en los de Medicina, el 52.63% en los alumnos de Nutrición y el 44.80% en los de Psicología. La ideación suicida no se presentó en los alumnos de las carreras de Gerontología, Químico Farmacobiólogo y Turismo.

La proporción de alumnos que no estudiaban Psicología pero que presentaron pensamientos suicidas fue el 63.27%, el 49.50% para los estudiantes ajenos a las carreras de Gerontología, Químico Farmacobiólogo y Turismo; el 49% de los que no cursaban Arquitectura y la Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud, el 48.91% de los distintos a Nutrición así como a las carreras de Farmacia (48.76%), Enfermería (48.50%) y Medicina (48.45%); por último el 47.92% de los que no estaban en formación de la carrera de Cirujanos Dentistas.

El 75.86% de los alumnos que solicitaron atención psicológica cursaban la carrera de Psicología, el 9.36% y el 5.42% correspondieron a las carreras de Nutrición y Cirujano Dentista, el 4.43% eran estudiantes de Medicina, el 1.48% de Enfermería, el 0.99% a Farmacia y el 0.49% a las carreras de Arquitectura, Gerontología, Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud, Químico Farmacobiólogo y Turismo.

Los individuos que estudiaban Arquitectura (RP=2.04, IC 95% 1.77-2.34), Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud (RP=2.04, IC 95% 1.77-2.35), Medicina (RP=1.38, IC 95% 0.85-2.23) y Nutrición (RP=1.08, IC 95% 0.68-1.69) que resultaron con Ji de Maentel Haeszsel menor a 1.96 indicaron que la asociación entre el factor de riesgo (carrera que cursa) y la ideación suicida no es estadísticamente significativo. Sin embargo, en aquellos estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista existió 1.52 veces más el riesgo de ideación suicida (IC 95% 1.03-2.24), en los que estudiaban Enfermería 2.06 veces más el riesgo de presentar pensamientos suicidas (IC 95% 1.79-2.38) y en los de Farmacia 2.05 veces más de riesgo (IC 95% 1.78-2.36). El riesgo de ideación suicida en los pacientes de Psicología es 0.71 veces menor en estos que en los demás estudiantes (IC 95% 0.54-0.93).

De esta forma, si no se cursara la carrera de Cirujano Dentista se hubieran podido prevenir 2.75% de los casos de ideación suicida en la población en estudio y 34.21% de los casos en los estudiantes de esta carrera. Así mismo se hubieran prevenido 1.54 y 1.02% de los casos de la población atendida durante 2015 sino se cursarían las carreras de Enfermería y Farmacia y de estas carreras se hubieran evitado el 51.46 y el 51.22% de los casos con ideación suicida de estas carreras.

Tabla 26.

Prevalencias, medidas de asociación y de impacto potencial para la carrera que cursa y su significancia estadística en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	Ideación suicida							
	P ₁ O	P ₀ O	PFR	RP	IC 95%	X	FE _p	FE _e
Carrera que cursa								
Arquitectura	100.00	49.00	0.49	2.04	1.77-2.34	1.03	0.50	50.90
Cirujano dentista	72.73	47.92	5.42	1.52	1.03-2.24	2.33	2.75	34.21
Enfermería	100.00	48.50	1.48	2.06	1.79-2.38	3.12	1.54	51.46
Farmacia	100.00	48.76	0.99	2.05	1.78-2.36	2.07	1.02	51.22
Gerontología	0.00	49.50	0.49	IND	IND	0.97	IND	IND
M.C.B.S. ¹	100.00	49.00	0.49	2.04	1.77-2.35	1.03	0.51	50.90
Medicina	66.67	48.45	4.43	1.38	0.85-2.23	1.13	1.65	27.53
Nutrición	52.63	48.91	9.36	1.08	0.68-1.69	0.09	0.74	7.41
Psicología	44.80	63.27	75.86	0.71	0.54-0.93	5.04	28.18	40.84
Q.F.B. ²	0.00	49.50	0.49	IND	IND	0.97	IND	IND
Turismo	0.00	49.50	0.49	IND	IND	0.97	IND	IND

P₁O. Prevalencia en expuestos. P₀O. Prevalencia en no expuestos. PFR. Prevalencia del factor de riesgo. RP. Razón de prevalencia. IC 95%. Intervalo de Confianza al 95%. X= Ji de Maentel Haeszsel; >1.96, FE_p. Fracción etiológica poblacional. FE_e. Fracción etiológica en expuestos. IND. Indefinido. ¹ Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud. ² Químico Farmacobiólogo.

Factores psicológicos.

Por otra parte, la tabla 27 indica que la ideación suicida estuvo presente en el 75.47% de los estudiantes que resultaron, según el Inventario de Depresión de Beck con depresión grave, leve (47.92%), moderada (47.62%) y mínima (28.33%). La prevalencia de alumnos que no resultaron con depresión mínima pero que tuvieron ideación suicida fue del 58.04%, y de aquellos que no presentaron depresión leve, moderada y grave pero que tuvieron ideación suicida la prevalencia fue del 49.68, 49.69 y 40%.

El 19.70% de los alumnos que solicitaron atención psicológica resultaron con depresión grave, y en menor porcentaje la prevalencia de universitarios con depresión leve (11.33%), moderada (9.85%) y mínima (8.37%).

Los alumnos que presentaron depresión leve (RP=0.96, IC 95% 0.69-1.35) y moderada (RP=0.96, IC 95% 0.67-1.36) y que resultaron con Ji de Maentel Haeszsel menor a 1.96 indicaron

que la asociación entre el factor de riesgo (nivel de depresión) y la ideación suicida no es estadísticamente significativo. Empero, en aquellos estudiantes con depresión mínima el riesgo de ideación suicida es 0.49 veces menor que en los demás estudiantes (IC 95% 0.32-0.74); si bien, los depresivos graves tuvieron 1.89 veces más riesgo de ideación suicida (IC 95% 1.47-2.42).

De tal manera que si los estudiantes de esta universidad no cursaran con depresión grave se hubieran podido prevenir el 18.83% de los casos de ideación suicida en la población en estudio y el 47.08% de los casos en los pacientes con depresión grave.

Así mismo, analizando el periodo de desarrollo psicológico de los estudiantes universitarios en el rango etario de los 2 a los 5 años de edad, la ideación suicida se reportó en el 100% de los alumnos que informaron sobre abuso sexual, antecedente de suicidio en familiares y/o amigos y desarrollo de algún tipo de enfermedad física. El 80% informo ideación suicida en el transcurso de un proceso de duelo y al sufrir de violencia psicológica y/o física intrafamiliar mientras que el 50% de los que indicaron violencia psicológica y/o física escolar cursaron con ideación suicida. En menor proporción el 40.38% no aportó algún dato relevante durante este periodo y cursó con ideación al igual que el 51.52% de los expedientes sin datos en este rubro. Por último, aquellos alumnos que en este periodo de desarrollo enfrentaron la separación de los padres, el 33.33% cursó con ideación.

La prevalencia de estudiantes que no reportaron algún problema en esta etapa pero que presentó ideación suicida fue el 58.59% seguido del 49.50% de los que pasaron por la separación de sus padres, el 49.24% que sufrieron violencia psicológica y/o física escolar, 49% en los que fueron abusados sexualmente y los que tuvieron antecedentes de suicidio en familiares y/o amigos, igualmente el 48.18, 48.76, 48.48 y el 46.81% conforman la proporción de expedientes sin datos, aquellos que no informaron desarrollo de alguna enfermedad física ni proceso de duelo ni violencia psicológica y/o físico intrafamiliar pero que presentaron ideación suicida.

La mayoría de los universitarios (51.23%) no reportaron algún evento psicológico de interés en esta etapa y de los expedientes revisados el 32.51% no tenían requisitado este rubro. El 7.39% comentó haber sufrido de violencia psicológica y/o físico intrafamiliar; el 2.96 y el 2.46% informaron violencia psicológica y/o física escolar y la pérdida de algún ser querido mientras que el 1.47% informo la separación de sus padres en esta etapa, así como el desarrollo de alguna

enfermedad física en el 0.99% de los alumnos. El abuso sexual y el antecedente de suicidio en familiares y/o amigos se reportó en el 0.49% de estos.

Los universitarios que informaron en esta etapa un proceso de duelo (RP=1.65, IC 95% 1.04-2.62), abuso sexual y el antecedente de suicidio en familiares y/o amigos (RP=2.04, IC 95% 1.77-2.35), la separación de sus padres (RP=0.67, IC 95% 0.14-3.36) y violencia psicológica y/o física escolar (RP=1.02, IC 95% 0.45-2.29) y que resultaron con Ji de Maentel Haeszsel menor a 1.96 indicaron que la asociación entre el factor de riesgo (periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad) y la ideación suicida no es estadísticamente significativo. Por otra parte, en aquellos estudiantes que no reportaron algún evento psicológico de interés en esta etapa tuvieron 0.69 veces menos riesgo de ideación suicida (IC 95% 0.52-0.92) al contrario de aquellos que desarrollaron alguna enfermedad física con 2.05 veces más riesgo de ideación (IC 95% 1.78-2.40) y los que fueron violentados de manera psicológica y/o física en el entorno familiar con 1.71 veces más riesgo de presentar ideación suicida (IC 95% 1.27-2.30).

De tal manera que si los estudiantes de esta universidad no hubieran desarrollado alguna enfermedad física se hubieran podido prevenir el 1.02% de los casos de ideación suicida en la población en estudio y el 51.24% de los casos en los que la desarrollaron, de la misma manera, sino hubieran sufrido de violencia psicológica y/o física intrafamiliar se hubieran podido prevenir el 4.98% de los casos de ideación suicida en la población en estudio y el 41.52% de los casos en los alumnos violentados.

Tabla 27.

Prevalencias, medidas de asociación y de impacto potencial para los factores psicológicos y su significancia estadística en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	P ₁ O	P ₀ O	PFR	Ideación suicida		X	FE _p	FE _e
				RP	IC 95%			
Niveles de depresión^a								
Mínima	28.33	58.04	8.37	0.49	0.32-0.74	14.85	17.69	104.08
Leve	47.92	49.68	11.33	0.96	0.69-1.35	0.05	0.95	4.16
Moderada	47.62	49.69	9.85	0.96	0.67-1.36	0.06	0.83	4.16
Grave	75.47	40.00	19.70	1.89	1.47-2.42	19.62	18.83	47.08
Periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad								
Abuso sexual	100.00	49.00	0.49	2.04	1.77-2.35	1.03	0.51	50.99
Antecedente de suicidio en familiares y/o amigos	100.00	49.00	0.49	2.04	1.77-2.35	1.03	0.51	50.99
Desarrollo de enfermedad física	100.00	48.76	0.99	2.05	1.78-2.40	2.07	1.02	51.24
Duelo	80.00	48.48	2.46	1.65	1.04-2.62	1.93	1.58	39.39
No reportado	40.38	58.59	51.23	0.69	0.52-0.92	6.69	-18.86	-44.92
Separación de los padres	33.33	49.50	1.47	0.67	0.14-3.36	0.31	-0.49	-49.25
Violencia psicológica y/o física escolar	50.00	49.24	2.96	1.02	0.45-2.29	0.001	0.01	1.96
Violencia psicológica y/o físico intrafamiliar	80.00	46.81	7.39	1.71	1.27-2.30	6.09	4.98	41.52
Sin dato	51.52	48.18	32.51	1.07	0.80-1.43	0.20	2.22	6.54

P₁O. Prevalencia en expuestos. P₀O. Prevalencia en no expuestos. PFR. Prevalencia del factor de riesgo. RP. Razón de prevalencia. IC 95%. Intervalo de Confianza al 95%. X= Ji de Maentel Haeszsel; >1.96, FE_p. Fracción etiológica poblacional. FE_e. Fracción etiológica en expuestos. ^a mínima: (0 a 13 puntos), leve: (14 a 19 puntos), moderada: (20 a 28 puntos), grave: (29 a 63 puntos).

Factores familiares.

Por último, la tabla 28 proporciona información acerca de la prevalencia de la ideación suicida en cada ciclo familiar: en dependencia el 60%, dispersión 51.20%, independencia 44.44% y expansión 0%. La prevalencia de alumnos que no pertenece a un ciclo familiar en expansión independiente, dependiente y en dispersión pero que presentó ideación suicida fue del 50.00, 48.99

y 40.54%. En mayor proporción se encontraron alumnos que provienen de familias en proceso de dispersión (81.77%), independencia (13.30%) y en menor porcentaje dependencia y expansión (2.46%).

Los pacientes que acudieron a solicitar atención a la clínica que son parte de familias en dependencia (RP=1.22, IC 95% 0.59-2.54), independencia (RP=0.88, IC 95% 0.57-1.39) y dispersión (RP=1.26, IC 95% 0.83-1.92) y que resultaron con Ji de Maentel Haeszsel menor a 1.96 indicaron que la asociación entre el factor de riesgo (ciclo vital familiar) y la ideación suicida no es estadísticamente significativo.

Tabla 28.

Prevalencias, medidas de asociación y de impacto potencial para el ciclo vital familiar y su significancia estadística en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	Ideación suicida						X	FE _p	FE _e
	P ₁ O	P ₀ O	PFR	RP	IC 95%				
Ciclo vital familiar									
Dependencia	60.00	48.99	2.46	1.22	0.59-2.54	0.24	0.54	18.03	
Independencia	44.44	50.00	13.30	0.88	0.57-1.39	0.29	-1.64	-13.63	
Dispersión	51.20	40.54	81.77	1.26	0.83-1.92	1.37	17.53	20.63	
Expansión	0.00	50.50	2.46	IND	IND	4.96	IND	IND	

P₁O. Prevalencia en expuestos. P₀O. Prevalencia en no expuestos. PFR. Prevalencia del factor de riesgo. RP. Razón de prevalencia. IC 95%. Intervalo de Confianza al 95%. X= Ji de Maentel Haeszsel; >1.96, FE_p. Fracción etiológica poblacional. FE_e. Fracción etiológica en expuestos. IND. Indefinido.

Análisis de regresión logística simple y multivariado de los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares

Análisis bivariado.

En el anexo 9 se observa que las variables más significativas ($p \leq 0.05$) para ideación suicida fueron la depresión leve (OR= 2.33, IC 95%= 1.05-5.17), moderada (OR= 2.30, IC 95%= 1.01-5.25) y grave (OR= 7.78, IC 95%= 3.36-18.04) ya que estos alumnos tuvieron mayor posibilidad de presentar ideación suicida en contraste con los que cursaron tercer semestre (OR= 0.21, IC 95%= 0.07-0.66) y los que pertenecían a familias funcionales (OR= 0.50, IC 95%= 0.25-0.98) quienes tuvieron menor posibilidad de tener ideación suicida.

Análisis multivariado.

En el análisis multivariado se utilizó un modelo de regresión logística simple con el fin de determinar el peso que tenían las variables en la ideación suicida; como variables explicativas a conformar el modelo multivariado se incluyeron aquellas que en el análisis bivariado presentaron un valor de p menor o igual a 0.25 (criterio de Hosmer– Lemeshow), estas fueron: grupo etario, estado civil, carrera que cursa, semestre, nivel de ansiedad y de depresión, aspectos psicológicos en el periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad, y de los 12 a los 19 años de edad, elementos de la familia, enfoque biopsicosocial y problemas familiares con algún miembro (ver Anexo 9).

El modelo de regresión mostró que las variables más significativas ($p \leq 0.05$) para explicar la presencia de ideación suicida fueron: nivel de depresión, grupo etario y enfoque biopsicosocial. Al realizar el ajuste de la medida epidemiológica, se encontró que los estudiantes universitarios con depresión leve (OR= 2.29, IC 95%= 1.01-5.19), moderada (OR= 2.51, IC 95%= 1.07-5.90) o grave (OR= 8.39, IC 95%= 3.52-20.00) tuvieron mayor posibilidad de presentar ideación suicida mientras que los individuos del grupo etario entre los 25 y los 29 años de edad (OR= 0.07, IC 95%= 0.01-1.04) y aquellos con familias funcionales (OR= 0.48, IC 95%= 0.23-1.00) tuvieron menor posibilidad de presentar ideación suicida.

Tabla 29.

Análisis de Regresión Logística Multivariado de los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	OR ajustados ¹	Ideación suicida	
		IC 95%	Valor p^a
Nivel de depresión^a			
Mínima	1.00		
Leve	2.29	1.01 - 5.19	0.05
Moderada	2.51	1.07 - 5.90	0.04
Grave	8.39	3.52 - 20.00	<0.001
Grupo etario			
Adolescencia (12 a 17 años)	1.00		
Juventud (18 a 24 años)	0.25	0.02 - 2.70	0.26
Adulto joven (25 a 29 años)	0.07	0.01 - 1.04	0.05
Enfoque biopsicosocial			
Disfuncional	1.00		
Funcional	0.48	0.23 - 1.00	0.05

^a Mínima: (0 a 13 puntos), leve: (14 a 19 puntos), moderada: (20 a 28 puntos), grave: (29 a 63 puntos).

¹Razón de momios ajustada por las variables contenidas en el cuadro.

Ajuste: Prueba de bondad de ajuste Hosmer–Lemeshow: $X^2(8)=3.16$; $p=0.86$. $p^a=\leq 0.05$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La conducta suicida es compleja, ante la multiplicidad de factores propios del individuo y aquellos que dependen de su entorno, que permiten que se observe de manera inminente sus efectos en la salud pública de los países y que repercute en las cargas globales de enfermedad, restando años de vida saludables, pérdidas económicas, así como el deterioro de las redes sociales, principalmente de la unidad familiar cuando el desenlace resulta lesivo o letal.

A partir de los hallazgos encontrados rechazamos la hipótesis nula de esta investigación que establece que no existe dependencia y/o correlación entre los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares y la presencia de ideación suicida en los estudiantes universitarios que acudieron durante 2015 a la CAP, al encontrarse en el ajuste de las variables que los niveles de depresión moderada y grave incrementaron de 2.29 a 8.39 más veces la posibilidad de presentar ideación suicida, al contrario de aquellos que se encontraron en el grupo etario entre los 25 y los 29 años de edad y los que pertenecían a familias funcionales; indicándose ambos como factores protectores.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen múltiples autores (Alcalá-Partera, 2006; Arrivillaga et al., 2004; Baca & Aroca, 2014; Bruffaerts et al., 2018; Cano et al., 2012; Casullo, 2004; Echávarri et al., 2015; Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017; Heinze & Camacho, 2010; Navarro-Gómez, 2017; Orozco, 2017; Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012) en cuanto a la depresión como factor de riesgo de la ideación suicida y al incremento de tres a dieciséis veces más el riesgo en adolescentes que en la población general (Baca & Aroca, 2014; Cubillas et al., 2012; Pérez-Amezcuca et al., 2010).

Por ende, la disminución del riesgo suicida se observa conforme se avanza de la adolescencia a las etapas adultas (Borges et al., 2009, 2010; Bustamante & Florenzano, 2013; Dávila et al., 2015; DGE, 2015; Echávarri et al., 2015; Muñoz et al., 2006; Navarro-Gómez, 2017; OPS, 2014; Orozco, 2017; Salvo & Melipillán, 2008) y por último se ha identificado que las familias funcionales presentan cohesión familiar, en donde todos sus miembros se desarrollan favorablemente a partir del respeto, jerarquías y roles definidos con el fin de apoyarse mutuamente (Bustamante & Florenzano, 2013; Medina-Mora et al., 2003; Muñoz et al., 2006; OMS, 2014; Sánchez-Teruel et al., 2014). De tal forma que la protección que otorga la unidad familiar

disminuye el riesgo de pensamientos suicidas al robustecer la fortaleza emocional en los individuos.

En relación a la prevalencia de ideación suicida se halló similitud con lo encontrado por otros autores (Blandón et al., 2015; Borges et al., 2010; Calvo et al., 2003; Gómez-Restrepo, 2014; Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín, 2015; Muñoz et al., 2006; Pérez-Amezcuca et al., 2010; Sánchez et al., 2002; Santos et al., 2017; Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015) que realizaron estudios similares en América Latina y en México.

En consecuencia, es indispensable la búsqueda intencionada de depresión con y sin ideación suicida en los estudiantes ante las prevalencias descritas que indican que al menos por cada estudiante existe otro alumno en riesgo.

Factores sociodemográficos.

Por sexos, se describe que la ideación suicida es más frecuente en los hombres que en las mujeres, sin encontrarse dependencia estadística entre estos, lo cual concuerda con lo reportado por (Borges et al., 2009, 2010; Cano et al., 2012; Dávila et al., 2015; DGE, 2015; Echeburúa, 2015; IHME, 2018a; INEGI, 2017; López, 2017; Muñoz et al., 2006; Navarro-Gómez, 2017; OMS, 2014; OPS, 2014; Pacheco & Robles, 2011; Pereira & Cardoso, 2015; Santos et al., 2017); aunado a la metodología más violenta y letal que emplean los hombres (OPS, 2014) y que estos tienen mayor dificultad para solicitar apoyo psicológico (Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017).

Sin embargo otros estudios han encontrado que la prevalencia en el sexo femenino es más alta (Blandón et al., 2015; Calvo et al., 2003; Echávarri et al., 2015; Gómez-Restrepo, 2014; Salvo & Melipillán, 2008; Sánchez et al., 2002); e incluso determinaron que las mujeres tuvieron 2 veces más riesgo suicida que los hombres (Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín, 2015).

En cuanto al análisis por grupos etarios, la mayoría de los adolescentes entre los 12 y los 17 años de edad presentan en su mayoría ideación suicida, por otra parte, los jóvenes entre los 18 y los 24 años y los adultos jóvenes entre los 25 y los 29 años de edad con mayor frecuencia no reportan pensamientos suicidas; estos resultados concuerdan con lo descrito por otros investigadores (Borges et al., 2009, 2010; Bustamante & Florenzano, 2013; Dávila et al., 2015; DGE, 2015; Echávarri et al., 2015; Muñoz et al., 2006; Navarro-Gómez, 2017; OPS, 2014; Orozco,

2017; Salvo & Melipillán, 2008); por otro lado diversos estudios (OPS, 2014; Pacheco & Robles, 2011) señalan que la mayoría de los suicidios se ubican entre los 25 y los 44 años de edad.

De tal manera que la búsqueda de pacientes con depresión y/o ideación suicida deberá realizarse tanto a hombres como a mujeres en las evaluaciones de ingreso a la universidad y de manera permanente y recurrente en cada semestre para su referencia a la Clínica de Atención Psicológica utilizándose los instrumentos específicos para identificar depresión y conducta suicida.

Al respecto del estado civil de los pacientes, la mayoría de los solteros y en unión libre no presentan ideación suicida, al contrario de los casados que reportan pensamientos suicidas; sin encontrarse dependencia estadística entre estas variables; esto es diferente a lo reportado por otros autores (Blandón et al., 2015; Dávila et al., 2015; Echeburúa, 2015; Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín, 2015; Pacheco & Robles, 2011; Santos et al., 2017; Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015) en donde más del 90% de los adolescentes suicidas eran solteros. Además se ha encontrado como factor de riesgo estar separado o divorciado (Echávarri et al., 2015; Orozco, 2017).

En cuanto a la actividad laboral la mayoría tanto de los que trabajan y los que no realizan actividad remuneraría no tienen ideación suicida; sin establecerse dependencia estadística; y aquellos solteros, casados y en unión libre en su mayoría no trabajan, lo cual podría explicar la alta frecuencia de ideación suicida en los casados por las dificultades de acceso a empleos y su consecuente repercusión económica que provoca desesperanza y en esto coinciden varios autores (Campo-Arias & Herazo, 2015; Casullo, 2004; Dávila et al., 2015; Echávarri et al., 2015; Echeburúa, 2015; Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín, 2015; Orozco, 2017; Santos et al., 2017; Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012).

Así mismo Durkheim indicó que el materialismo económico mantiene al hombre descontento por disponer de aspiraciones más altas y al no lograrlas no poder soportarlo (Jasso, 2013). Sin embargo se ha indicado que mientras los indicadores económicos y de calidad de vida sean más altos, las tasas de suicidio también aumentan (Rodríguez et al., 2014). De tal manera que los actores involucrados en las estrategias económicas y de generación de empleos deben reconocer que la falta de empleo incide en la prevalencia de trastornos mentales con su consecuente impacto en la morbilidad y mortalidad de la población y que las sociedades desarrolladas y en vías de

desarrollo deberán generar bienestar económico con empleos dignos y empáticos hacia las necesidades de la población.

En relación a la asociación entre la religión y la ideación suicida, tanto católicos, creyentes y ateos no presentan ideación suicida en su mayoría, sólo algunos grupos específicos como los mormones y los judíos indican pensamientos suicidas, no se encuentra dependencia entre estos; otros trabajos han identificado como factor protector a los valores culturales, religiosos y sociales (Dávila et al., 2015; Echeburúa, 2015; Orozco, 2017), incluyendo ideas como terminar en el infierno, una especie de castigo al acto suicida ((Echávarri et al., 2015; Orozco, 2017). Por tal motivo las identidades religiosas deben incentivar a la población a deshacerse de tabúes innecesarios que no permiten el desarrollo psicológico saludable de la población y deberán incentivar los valores reales de la vida y de la unidad familiar así como las redes de apoyo comunitarias.

La presente investigación identifica que tres cuartas partes de los universitarios atendidos son de la carrera de Psicología, entre las variables de carrera e ideación suicida se establece dependencia estadística; encontrándose que estos alumnos presentan menos riesgo de ideación al contrario de los estudiantes de Cirujano Dentista, Enfermería y Farmacia.

Estos resultados concuerdan con los estudios previos de Pereira y Cardoso en 2015 que señalan mayor frecuencia de ideación suicida en las carreras de ciencias de la salud, sociales y humanidades, aunque precisan que el riesgo suicida disminuye cuando los estudios profesionales se seleccionan por libre albedrío (Santos et al., 2017). Por otra parte otros autores (Blandón et al., 2015; Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015) identificaron mayor prevalencia de ideación suicida en estudiantes de Psicología.

De tal forma que la caracterización de la población universitaria es indispensable para identificar si existen alumnos con ideación suicida o en riesgo de desarrollarla y que además presenten depresión; así mismo en el personal educativo que deberá participar en evaluaciones psicológicas permanentes y periódicas, entrenamientos para desarrollar habilidades y técnicas de enseñanza que permitan empoderarlos y que ayuden a identificar en sus alumnos a aquellos que estén cursando o tengan riesgo de desarrollar algún trastorno mental para su derivación a la clínica de atención psicológica.

Factores psicológicos.

Más de la mitad de los universitarios estudiados no recibieron anteriormente apoyo psicológico y no presentaron ideación suicida, en contraste, los que si habían tenido atención previa la mayor proporción reporta pensamientos suicidas sin existir dependencia estadística entre estas variables. El rechazo a recibir ayuda (Borges et al., 2009, 2010; Casullo, 2004) y el propio sistema de salud que dificulta el acceso a la atención sanitaria (Dávila et al., 2015; Echeburúa, 2015; Martínez & Guinsberg, 2009; OMS, 2014; Santos et al., 2017), son factores de riesgo reconocidos, al contrario de la protección que brinda apoyo psicológico y médico (Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017) siendo estos más buscados por las mujeres que por los hombres que se rehúsan a hablar de sus sentimientos y problemas. En definitiva, las políticas públicas de salud mental deberán garantizar el acceso a los programas de prevención y detección de trastornos mentales los cuales deben orientarse conforme al análisis sociodemográfico de la población para incidir correctamente en éstos.

Los trastornos mentales son el factor de riesgo más comentado en la literatura al respecto de la conducta suicida (Barrón & Krmpotic, 2016; Borges et al., 2010; Echeburúa, 2015; Gómez-Restrepo, 2014; Navarro-Gómez, 2017; Pérez-Amezcuca et al., 2010; Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012). Se identifica que los que cursaron con ansiedad grave y moderada la mayoría tiene pensamientos suicidas, principalmente encontrándose en las mujeres. No existe dependencia entre la ideación suicida y los niveles de ansiedad. Aparecen investigaciones que refieren de 2.4 a 23 veces más el riesgo suicida en los pacientes con ansiedad en comparación con la población general (Baca & Aroca, 2014) y en mujeres adolescentes entre los 12 y los 17 años de edad; principalmente con ideación suicida (Borges et al., 2010).

Una tercera parte de los universitarios cursan con depresión mínima, seguido de los niveles de depresión grave, leve y moderada; la mayoría de los hombres presenta niveles de depresión mínima y moderada sin ideación suicida, por otro lado las mujeres reportan niveles de depresión grave e ideación suicida; existe dependencia estadística entre los niveles de depresión y la ideación suicida, incluso en el modelo de análisis estadístico multivariado los universitarios con depresión moderada y grave tienen de 2.51 a 8.39 veces mayor posibilidad de presentar ideación suicida.

En efecto, se ha considerado a la depresión como un factor de riesgo para la conducta suicida (Alcalá-Partera, 2006; Arrivillaga et al., 2004; Baca & Aroca, 2014; Bruffaerts et al., 2018; Cano et al., 2012; Casullo, 2004; Echávarri et al., 2015; Echeburúa, 2015; Heinze & Camacho, 2010; Navarro-Gómez, 2017; Orozco, 2017; Santos et al., 2017; Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012) incrementando de tres a dieciséis veces más el riesgo en adolescentes que en la población general (Baca & Aroca, 2014; Cubillas et al., 2012; Pérez-Amezcuca et al., 2010), principalmente en el sexo masculino (Dávila et al., 2015; Echeburúa, 2015; Pacheco & Robles, 2011; Santos et al., 2017) aunque en las mujeres el binomio depresión-ideación suicida conduce a respuestas anti-estresores más agresivas y presencia de trastornos alimentarios (Baader et al., 2014; González et al., 2003).

Es decir, resulta necesario fortalecer las medidas de prevención para la depresión en universitarios, a través de la mejora de los entornos, estilos de vida y de estudio, así como el apoyo social para mejorar sus capacidades cognitivas y de afrontamiento, así como sus cualidades mentales (Berenzon et al., 2013; Caballero et al., 2015; González-Forteza et al., 2015; Heredia-Ancona et al., 2011; Kovess-Masfety et al., 2016; Wang et al., 2014).

En el caso de aquellos pacientes que solicitaron consulta por antecedente de suicidio en familiares y/o amigos no se establece dependencia estadística entre el motivo de consulta y la ideación, sin embargo, todos los pacientes en el periodo de desarrollo de los 2 y los 5 años de edad que informaron este precedente tienen ideación suicida. En esto coinciden otros investigadores en que la presencia de sucesos traumáticos en la infancia pueden condicionar algún tipo de conducta suicida (Echeburúa, 2015; Pérez-Amezcuca et al., 2010); asociándose el antecedente familiar de suicidio con la ideación suicida (Dávila et al., 2015; Echeburúa, 2015; Santos et al., 2017) al aumentar el riesgo 2 veces más que en la demás población (Baca & Aroca, 2014).

Otro motivo de consulta es la separación de los padres, un alto porcentaje refiere ideación suicida, encontrándose que en el periodo de desarrollo de los 12 a los 19 años de edad los que pasaron por este estresor tienen pensamientos suicidas. No hay dependencia estadística en este periodo de desarrollo. Existe evidencia científica que informa que la ideación suicida se presenta con mayor frecuencia en aquellos estudiantes que refieren padres separados (Blandón et al., 2015; Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015).

Con relación al consumo de alcohol y drogas un alto porcentaje presenta ideación suicida y en el periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años de edad la mitad de los que indicaron algún tipo de consumo cursan con ideación suicida. No existe dependencia estadística en este periodo de desarrollo. Diversos autores indican que en países en vías de desarrollo los principales trastornos asociados a los intentos de suicidio son los trastornos por consumo de sustancias y de control del impulso (Borges et al., 2010; Casullo, 2004; Gómez-Restrepo, 2014; Navarro-Gómez, 2017; Pacheco & Robles, 2011; Sánchez et al., 2002; Vera-Romero & Díaz-Vélez, 2012). Además hay estudios que establecen un aumento del riesgo suicida de 2 veces más que en aquellos que no consumen alcohol y/o drogas (Castro-Rueda et al., 2010; Pérez-Amezcuca et al., 2010).

También una gran mayoría de los pacientes que refirieron violencia psicológica y/o física por preferencia sexual presentan pensamientos suicidas; se ha identificado que la estigmatización social, la discriminación y el aislamiento social son factores de riesgo suicida (OMS, 2014) principalmente en homosexuales y bisexuales (Martínez & Guinsberg, 2009; Santos et al., 2017).

Otros pacientes que indicaron como motivo de consulta un sentimiento de duelo tiene en su mayoría pensamientos suicidas. La muerte de un miembro de la familia o de un amigo cercano rompe con la estructura y organización del individuo y del colectivo requiriéndose la reestructuración a partir de un espacio y un tiempo vacíos y la creación de nuevas formas de conexión entre los que sobreviven (Garcíaandía, 2013). En las etapas de desarrollo de estos pacientes y la respuesta de un proceso de duelo, el intervalo comprendido entre los 2 y los 5 años presentó el mayor porcentaje de pacientes que indican ideación suicida.

Además, tanto en los periodos de desarrollo de los 2 a los 5 años y de los 2 a los 19 años de edad, un alto porcentaje presenta ideación suicida al informar abuso sexual durante estas etapas. Otras investigaciones reportan riesgo suicida para aquellos adolescentes con historia de abuso sexual (Echávarri et al., 2015; Orozco, 2017; Pérez-Amezcuca et al., 2010).

En cuanto a los estudiantes que solicitaron atención psicológica debido a problemas económicos, la mitad tiene ideación suicida. De forma particular en el periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años todos los que manifestaron problemas económicos presentan ideación suicida. Se ha registrado en diferentes estudios que existe una correlación positiva entre la desigualdad económica y las tasas de suicidio (Campo-Arias & Herazo, 2015), principalmente en clases

económicas bajas (Borges et al., 2009, 2010; Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín, 2015; Santos et al., 2017).

Otras variables de solicitud de consulta tales como la violencia psicológica y/o física escolar, de pareja y la separación de estos, otros tipos de problemas familiares o de pareja y el bajo rendimiento escolar presentan en la mitad o en menos de los alumnos que reportaron estas variables, la presencia de ideación suicida. Existe riesgo de ideación suicida en los que reportaron durante el periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad el antecedente de violencia psicológica y/o física intrafamiliar y la presencia de alguna enfermedad física.

Diferentes investigaciones han identificado en primer lugar que estos factores son detonadores de trastornos mentales y posteriormente causantes de conducta suicida (Benjet et al., 2012; Berenzon et al., 2013; Borges et al., 2010; Bruffaerts et al., 2018; Castro-Rueda et al., 2010; Casullo, 2004; Echeburúa, 2015; González et al., 2003; Heredia-Ancona et al., 2011; Jiménez-Tapia et al., 2015; Navarro-Gómez, 2017; Sánchez-loyo et al., 2014; Santos et al., 2017).

Por tal motivo la atención a la salud mental de la población deberá ser incluyente, protectora de los derechos humanos de los pacientes y de acceso universal para todas y todos desde la infancia y en cada etapa de desarrollo del individuo, a partir del análisis de los factores familiares, comunitarios y de los servicios de atención a la salud que impacten en la salud mental de la población y así establecer las estrategias necesarias para la creación de políticas y programas nacionales, estatales y locales que disminuyan la brecha de desigualdad de acceso a los servicios de salud con la finalidad de garantizar la promoción a la salud mental, prevenir los trastornos mentales y asegurar a la población que los diferentes niveles de atención sanitaria están organizados, capacitados y preparados para la atención integral a través de equipos multidisciplinarios.

Factores familiares.

El último aspecto a discutir es la situación familiar de los estudiantes atendidos. La mayor proporción de estos corresponden a familias integradas y nucleares con menor frecuencia de ideación suicida al contrario de los que integran familias reconstituidas y compuestas con mayor porcentaje de presencia de ideación suicida; mientras que aquellos con un ciclo vital familiar en

expansión, independencia y dispersión no presentan en su mayoría ideación suicida; sin embargo, los que describieron su entorno familiar como disfuncional una gran proporción presenta ideación suicida. Se ha identificado que la cohesión familiar es un factor protector de la ideación suicida (Muñoz et al., 2006).

De los que indicaron la existencia de problemas con alguno de sus familiares la mayoría indicó que con su padre y de estos menos de la mitad tiene ideación suicida, aunque también mencionan problemas con la madre y hermanos, así como otros integrantes del núcleo familiar y en algún porcentaje refieren ideación suicida. Distintos estudios indican esta variable como factor de riesgo de ideación suicida ante problemas con el padre, la madre y/o hermanos (Blandón et al., 2015; Casullo, 2004; González et al., 2003; Navarro-Gómez, 2017; Siabato-Macías & Salamanca-Camargo, 2015) y de depresión (Alcalá-Partera, 2006; Arrivillaga et al., 2004; Berenzon et al., 2013; Heredia-Ancona et al., 2011; Wang et al., 2014). En este punto es importante destacar que se ha reconocido que el apoyo de la familia es un factor protector para prevenir trastornos mentales (Bustamante & Florenzano, 2013; Medina-Mora et al., 2003; OMS, 2014; Sánchez-Teruel et al., 2014); desafortunadamente aquellos padres que cursen con depresión y/o algún trastorno por consumo de sustancias representan un factor de riesgo para su familia (Caraveo et al., 1994).

Por lo tanto, la unidad familiar es la piedra angular de la protección de la salud mental en la comunidad siendo el tejido estructural de las sociedades y por ende de la salud pública al ser la base para la atención de la salud individual y colectiva. Impulsar familias mentalmente sanas, unidas, organizadas y empoderadas en el cuidado de su salud permitirá disminuir los factores de riesgo asociados a la estructura interna filial, así como la discriminación, el rechazo, el ocultamiento y la exclusión de los pacientes con enfermedades mentales además de ser la primera línea de red de apoyo social siendo el principal recurso para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mentales.

LIMITACIONES

Al realizarse esta investigación a partir de fuentes de información secundaria disponibles en el expediente clínico; historia clínica, Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y el formulario de admisión que recoge los datos de los estudiantes que acudieron a consulta; y tratándose de un estudio transversal se consideran las siguientes limitaciones:

- La selección de la muestra a conveniencia.
- Baja tasa de respuesta ya que hubo datos incompletos.
- Es posible que los sujetos que presentaban ideación suicida recuerden exposiciones pasadas con mayor detalle que los que no son casos.
- Es probable que esta medición de tipo prevalente tenga distintos resultados si se examina a la población en otro momento.
- Este tipo de estudio no permite realizar inferencias de causalidad, debido a la ambigüedad temporal que surge al medir simultáneamente la exposición y la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Por lo antes comentado, se plantea como tema de futuras investigaciones los siguientes puntos:

- Búsqueda intencionada de universitarios con riesgo suicida desde el proceso de ingreso a la universidad y en las aulas.
- El seguimiento longitudinal de un estudio de cohorte de pacientes que permita verificar la evolución de estos y que logre establecer causalidad.
- A partir de esta investigación, se requiere aplicar en la clínica de atención psicológica inventarios específicos para comportamiento suicida.
- Por lo cual es necesario capacitar al personal docente y a los psicólogos responsables del área para que puedan identificar pacientes, estos últimos deberán desarrollar las capacidades técnicas necesarias para llenar correctamente el expediente clínico y los inventarios, así como interpretar resultados y el manejo indispensable de bases de datos sistematizadas que proporcionen de manera ordenada información clara y precisa de todas las fuentes de información empleadas.
- Ante la prevalencia de trastornos mentales identificados resulta indispensable el apoyo de un médico psiquiatra o capacitado en salud mental y de un epidemiólogo clínico o maestro en salud pública para completar el equipo multidisciplinario necesario de una clínica psicológica.

- Por último, resulta indispensable que la clínica comparta información con el programa estatal de salud mental de la Secretaría de Salud para retroalimentación y establecer convenios que permitan referencias inmediatas al tercer nivel de atención, facilitando así el seguimiento de los pacientes en la contrarreferencia.

REFERENCIAS

- Acosta, G., Enrique, J., & Quiñones, A. (2016). Subjetividad, Salud Mental y Neoliberalismo en las Políticas Públicas de Salud en Colombia. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 16(2), 139–168.
- Al-Turkait, F. A. & Ohaeri, J. U. (2010). Dimensional and hierarchical models of depression using the Beck Depression Inventory-II in an Arab college student sample. *BMC Psychiatry*, 10, 1–14.
- Alcalá-Partera, J. (2006). Curso y pronóstico de la depresión. *SEMERGEN*, 2, 26–30.
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., De-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810–815.
- Arango, J. C. (2010). Los trastornos mentales en la atención primaria. *Poiésis*, 1–5.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. L., & Lozano, T. M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17–26.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2012). Día mundial de la salud mental. “Invertir en salud mental”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 205–212.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J. L., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(3), 167–176.
- Baca, E. & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37(5), 373–380.
- Barraza-López, R. J., Muñoz-Navarro, N. A., & Behrens-Pérez, C. C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 18–25.
- Barrón, E. V. & Krmpotic, C. S. (2016). La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. *Revista Katálisis*, 19(1), 43–52.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), 4–11.
- Benassini, O. (2001). La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*, 24(6), 62–73.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La

- depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica de Mexico*, 46(5), 417–424.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155–163.
- Benjet, C., Hernandez-Montoya, D., Borges, G., Mendez, E., Medina-Mora, M. E., & Aguilar-Gaxiola, S. (2012). Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. *Salud Pública De México*, 54(4), 410–417.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión : estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80.
- Blandón, O. M., Carmona, J. A., Mendoza, M. Z., & Medina, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469–478.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*, 46(5), 451–463.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413–425.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292–304.
- Bora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Publica de Mexico*, 54(6), 595–606.
- Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Kessler, R. C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *Journal of Affective Disorders*, 225, 97–103.
- Bustamante, F. & Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(2), 126–136.
- Caballero, C., Bresó, É., & González, O. (2015). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*, 32(3), 424–441.
- Calvo, J. M., Sánchez, R., & Tejada, P. A. (2003). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 5(2), 123–143.
- Campo-Arias, A. & Herazo, E. (2015). Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 28–32.
- Cano, F., Rico, A., Marín, R., Blanco, M., Santos, M., & Lucena, J. (2012). Suicidio en menores

- de 26 años en Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(2), 55–62.
- Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., & Rascón, M. L. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2), 56–60.
- Cassano, P. & Argibay, P. (2010). Depresión y neuroplasticidad. Interacción de los sistemas nervioso, endocrino e inmune. *Medicina*, 70(2), 185–193.
- Castro-Rueda, V. A., Rangel, A. M., Camacho, P. A., & Rueda-Jaimes, G. E. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(4), 705–715.
- Casullo, M. M. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones UBA*, 12, 173–182.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis.
- Cipriani, A., Girlanda, F., Barichello, A., Bighelli, I., Batul, H., Michela, N., Beneduce, R. (2013). Effectiveness of lithium in subjects with treatment-resistant depression and suicide risk: a protocol for a randomised, independent, pragmatic, multicentre, parallel-group, superiority clinical trial. *BMC research notes*, 13, 1–7.
- Cotonieto, E. & Crespo, K. F. (2016). *Calidad de vida, ansiedad, depresión y riesgo suicida en usuarios de atención psicológica de ICESA*.
- Cubillas, M. J., Román, R., Abril, E., & Galaviz, A. L. (2012). Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*, 35(1), 45–50.
- Dávila, C. A., Ochoa, M. del P. & Casique, I. (2015). Análisis del impacto de la mortalidad por suicidios en México, 2000-2012. *Salud Colectiva*, 11(4), 471–484.
- de Lellis, M. (2013). Salud mental en la agenda de las políticas públicas de salud. *Aletheia*, 41, 8–23.
- Dirección General de Epidemiología (DGE). (2015). Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica en línea. Recuperado de http://www.sinave.gob.mx/SUAVE/Inicio_sesion.aspx
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). (2015). Cubos dinámicos Mortalidad. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones_gobmx.html
- Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Hufty, M. (2017). Gobernanza y salud mental: aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. *Revista de Saúde Pública*, 51(1), 1–13.
- Diego, A., Restrepo, D., Jaramillo, J., & Juan, C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211.
- Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M. de la P., Fischman, R., Moya, C.

- (2015). ¿Por qué no me suicidaría? comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psykhé (Santiago)*, 24(1), 1–11.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126.
- Encina, E. (2014). Participación colectiva como salud mental : Cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Revista Mad. Universidad de Chile*, 30, 131–147.
- Erazo, R. (2005). La depresión en el contexto de la medicina. *Med. Clin. Condes*, 16(4), 186–192.
- Esguerra, I. (1996). Actitudes hacia la enfermedad mental. *Avances en enfermería*, XIV(I), 64–74.
- Fernández-Jaimes, C. (2012). Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría un Otro que no existe. *Tesis Psicológica*, 82–91.
- Fleiz-Bautista, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Moreno, M., Gutiérrez, M. de L., & Oliva, N. (2012). Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in the Mexican population aged 12 to 65. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 395–404.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales: un enfoque de enseñanza basado en proyectos*.
- García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C., & González-Gómez, J. G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 713–721.
- García-Solano, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la depresión. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(3), 127–130.
- Garciandía, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 71–79.
- Gómez-Restrepo, C. (2014). Intento de suicidio y suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 1–2.
- González-Forteza, C., Hermsillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Medico del Hospital Infantil de Mexico*, 72(2), 149–155.
- González-Forteza, C., Ramos, L., Vignau, L. E., & Ramírez, C. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16–25.
- González-Forteza, C., Solís, C., Jiménez, A., Hernández, I., González-González, A., Juárez, F., Fernández-Varela Mejía, H. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53–59.

- González-González, A., Juárez, F., Solís, C., González-forteza, C., Jiménez, A., Medina-Mora, M. E., & Fernández-Varela Mejía, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51–55.
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. Á., & Wagner, F. A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524–532.
- Harihar, C., Dasari, P., & Srinivas, J. S. (2013). Intramuscular ketamine in acute depression: A report on two cases. *Indian Journal of Psychiatry*, 55, 186–188.
- Heinze, G. M. & Camacho, P. V. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2018). *World Happiness Report 2018*.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2016). *World Happiness Report 2016*.
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 184–192.
- Heredía-Ancona, M. C., Lucio-Gómez, E., & Suárez-de la Cruz, L. E. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 49–57.
- Hernández-Bringas, H. H. & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69–101.
- Hidalgo-Rasmussen, C. & Hidalgo-San Martín, A. (2015). Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3437–3445.
- Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza. (2001). Modelo Hidalgo de atención en salud mental.
- Hospital Psiquiátrico Villa Ocaranza. (2015). Modelo Miguel Hidalgo 2015.
- Huertas, R. (1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XI(37), 73–79.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2018a). Global Burden of Disease (GBD) data compare. Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
- IHME. (2018b). Global Burden of Disease (GBD) data compare. Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- IHME. (2018c). Global Burden of Disease (GBD) data compare. Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- IHME. (2018d). Global Burden of Disease (GBD) data compare. Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- IHME. (2018e). Global Burden of Disease (GBD) data compare. Recuperado de

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Día mundial para la prevención del suicidio.
- Jaramillo, C. L. (2015). Investigación en Salud Mental: Un compromiso de todos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 1–2.
- Jasso, R. (2013). La dimensión espacial del suicidio y su vínculo con el mercado laboral mexicano (2000-2004). *Rev.Fac.Cienc.Econ.*, XXI(1), 189–216.
- Jiménez-Tapia, A., Wagner, F., Rivera, M. E., & González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Artículo original Salud Mental*, 38(22), 103–107.
- Kovess-Masfety, V., Leray, E., Laure, D., Mathilde, H., Pitrou, I., & Bodeau-Livinec, F. (2016). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from a large French cross-sectional survey. *BMC Psychology*, 4(20), 1–9.
- Kumar, G. S., Jain, A., & Hegde, S. (2012). Prevalence of depression and its associated factors using Beck Depression Inventory among students of a medical college in Karnataka. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 223–226.
- Lara, M. del C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4–11.
- López, L. C. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89–100.
- Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S. G., & Russell, J. (2007). Neurobiology of depression: an integrated view of key findings. *International Journal of Clinical Practice*, 61(12), 2030–2040.
- Martínez-Aguayo, J. C., Silva, H., Arancibia, M., Angulo, C., & Madrid, E. (2016). Antipsicóticos y suicidio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 54(2), 141–150.
- Martínez, D. (2014). Análisis de la relevancia de la política pública para la atención de la salud mental en Costa Rica. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44831277004%3E> ISSN
- Martínez, Á. B. & Guinsberg, E. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 32–38.
- Martins, M. (2017). El suicidio como autodeterminación de la ciudadanía frente al Estado. *Rev. bioét.*, 25(2), 301–310.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Benjet, C. (2016). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos-México. *Centro de Información en Salud Mental y Adicciones (CISMAD)*.

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1–16.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1–11.
- Medina-Mora, M. E., Sartí, E. J., & Real, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*.
- Morfín, T. & Ibarra, A. M. (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 23(4), 239–247.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28, 25–31.
- Novoa-Gómez, M. (2012). De la salud mental y la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 5–9.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2016). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México*.
- OCDE. (2017). *Estudios Económicos de la OCDE: México*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000a). Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. *Organización Mundial de la Salud*.
- OMS. (2000b). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. *Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud Ginebra 2000*, 1–4.
- OMS. (2001). Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Resumen analítico. *Organización Mundial de la Salud*, 1–28.
- OMS. (2011). *IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México*.
- OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. *Organización Mundial de la Salud*, 1–54.
- OMS. (2014). *Prevención del suicidio suicidio, un imperativo global. Organización Mundial de la Salud*.
- OMS. (2017). Depresión. Recuperado el 11 de noviembre de 2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1992). La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el debate.

- OPS. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*.
- OPS. (2016). *Atlas regional de salud mental de las Américas*.
- Orozco, R. (2017). Impact of the study of marijuana and suicide in Mexico. *Salud Mental*, 40(2), 91–92.
- Pacheco, T. & Robles, J. (2011). Emergencias extrahospitalarias : el paciente suicida. *Sanid. mil.*, 67(4), 345–353.
- Pereira, A. & Cardoso, F. (2015). Suicidal ideation in university students: Prevalence and association with school and gender. *Paideia*, 25(62), 299–306.
- Pérez-Amezcuca, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., de Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica Mex*, 52(4), 324–333.
- Periago, M. R. (2005). La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Rev. Panam. Salud Pública*, 18(6), 223–225.
- Philip, J., Ford, T., Henry, D., Rasmus, S., & Allen, J. (2016). Relationship of social network to protective factors in suicide and alcohol use disorder intervention for rural Yup'ik Alaska native youth. *Psychosocial Intervention*, 25(1), 45–54.
- Pianowski, G., Sousa-de-Oliveira, E., & Nunes, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. *Psicología desde el Caribe*, 32(1), 81–120.
- Piedrahita, L. E., Mayerling, K., & Romero, A. M. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 136–148.
- Ramón de la Fuente, J. (2012). Impactos de la globalización en la salud mental. *Gaceta Médica de México*, 148, 586–590.
- Riverón, J. L., Velázquez, E. R., Borrero, O., & Fonseca, M. (2016). Factores de riesgo , síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. *16 de abril*, 55(262), 18–24.
- Rodríguez, J., Santander, J., Aedo, A., & Robert, S. (2014). Suicidio en el mundo: ¿puede un enfoque evolutivo explicar la relación entre tasas de suicidio y variables asociadas a calidad de vida? *Revista Chilena Neuro-psiquiatría*, 52(4), 243–249.
- Romero, M. A. & Gonnet, J. P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista Mexicana de Sociología*, 75(4), 589–616.
- Roura, E. A. F. (2009). Salud mental y bioética: Relación simbiótica. *Acta bioeth.*, 15(2), 139–147.
- Salvo, L. & Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2), 115–123.
- Sánchez-loyo, L. M., Morfín, T., García de Alba, J. E., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras,

- E., & Cruz, J. I. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de investigación psicológica*, 4(1), 1446–1458.
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A., & Muela-Martínez, J. A. (2014). Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior. *Anales de Psicología*, 30(3), 952–963.
- Sánchez, R., Cáceres, H., & Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica*, 22(Su2), 407–416.
- Santos, H. G. B., Samira, M., Martínez, M., Nunes, M., & Cabral de Paulo, P. M. (2017). Factores asociados a la presencia de ideación suicida entre universitarios. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2878), 1–7.
- Sarmiento-Hernández, E. I., Ulloa, R. E., Brenes, M. E., Camarena, B., Aguilar, A., & Hernández, S. (2014). El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos. *Salud Mental*, 37(2), 97–101.
- Secretaría de Gobernación (SEGOB). (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*.
- Sepúlveda, J., López-Cervantes, M., Frenk, J., Gómez de León, J., Lezana-Fernández, M., & Santos-Burgoa, C. (1994). Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años noventa. *Salud Pública de México*, 36, 70–82.
- Siabato-Macías, E. F. & Salamanca-Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: avances de la disciplina*, 9(1), 71–81.
- Secretaría de Salud (SSA). (2014). *Programa de Acción Específico Salud Mental (PAE) 2013-2018*.
- SSA. (2015a). Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME). Recuperado de <http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/antecedentes.html>
- SSA. (2015b). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social*.
- SSA. (2016). Centro Integral de Salud Mental (CISAME). Recuperado de http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/unidades/hospitalizacion_ua
- Thomas, S., Jenkins, R., Burch, T., Nasir, L. C., Fisher, B., Giotaki, G., Wright, F. (2016). Promoting mental health and preventing mental illness in general practice. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 3–9.
- Tobón, F. A. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 23(1), 149–161.
- Urrego, D. & Cocoma, J. (1991). Por la Salud Mental. *Rev Salud Pública*, 1(1), 58–67.
- Vanegas-Medina, C. R. & de la Espriella-Guerrero, R. A. (2015). La institución psiquiátrica en Colombia en el año 2025. Investigación con método Delphi. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 114–135.

- Vera-Romero, Ó. E. & Díaz-Vélez, C. (2012). Suicidio en adolescentes de Sudamérica: Un problema creciente. *Salud Publica de Mexico*, 54(4), 363–364.
- Wagner, F. A., González-forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3–11.
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 1–5.
- World Health Organization (WHO). (2017). *World Health Statistics 2017 : Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de permiso al área académica de psicología para revisión de expedientes de la Clínica de Atención Psicológica

PACHUCA DE SOTO, HGO, 31 DE AGOSTO DE 2015

DRA. NORMA ANGÉLICA ORTEGA ANDRADE
JEFA DEL ÁREA ACADEMICA DE PSICOLOGIA
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
P R E S E N T E

ATENCIÓN: DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ
PROFESORA INVESTIGADORA TIEMPO COMPLETO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Saludándola respetuosamente, se dirige a usted la C. Médica Cirujana Karla Valeria Suberbiel Ramírez, estudiante de la maestría en salud pública impartida por la UAEH, solicitándole permiso para poder acudir a la Clínica de Atención Psicológica, que se encuentra bajo su digno cargo, ubicada en el Instituto de Ciencias de la Salud con el fin de poder realizar mi trabajo de investigación para tesis con el tema *suicidio y factores sociodemográficos* a partir de la atención psicológica que se ha otorgado la cual podrá permitir, a partir de este, establecer estrategias ante esta grave problemática en materia de salud pública.

Agradeciendo de antemano su atención, quedo a la espera de su amable respuesta.

Atentamente


L.M.C. Karla Valeria Suberbiel Ramirez
Alumna de la maestría en salud pública



Anexo 2. Consentimiento Informado

FECHA _____

Antes de iniciar el proceso de admisión para recibir atención psicológica en la Clínica es importante que lea cuidadosamente los siguientes puntos:

1. El proceso de admisión consta de 2 etapas (**1 Canalización por parte de un tutor, y 2 Evaluación que incluye la Preconsulta, Historia Clínica y Evaluación Psicométrica**), que se llevan a cabo en diferentes días y horarios establecidos cada uno de ellos por la Clínica.
2. La ficha de admisión causará baja si el paciente no acude a cualquiera de las etapas del proceso de admisión.
3. Es necesario que usted sea puntual y asista a todas sus sesiones. Si no puede asistir a alguna, favor de cancelar su cita con 24 horas vía mensaje de texto. Es importante que tome en cuenta que dos inasistencias sin avisar pueden ocasionar la cancelación del servicio, sin posibilidad de reembolso inmediato.
4. Los datos personales que proporcione serán de carácter confidencial. Su nombre, así como alguna otra información que pueda identificarlo(a) quedará bajo resguardo de la Clínica.
5. Al concluir el proceso de admisión, se procederá a iniciar una actividad académica en la que se realizará una Intervención Breve por parte de los psicólogos en formación; terminando dicha intervención el expediente del solicitante procederá a ser asignado un terapeuta en el área de prevención o de tratamiento, en la modalidad grupal o individual.
6. Los horarios de asignación para los diferentes servicios terapéuticos se otorgan de acuerdo a los horarios de los psicólogos en formación y supervisores, así como los espacios físicos disponibles de la Clínica.
7. Una vez asignado el servicio correspondiente con el terapeuta responsable es a criterio de este la frecuencia y el número total de sesiones a las que deberá asistir el/la usuario(a).
8. Dado que esta Clínica forma parte de una Institución de Educación Superior y Posgrado, es importante considerar lo siguiente
 - a) La duración de los servicios corresponde a la modalidad de terapia breve (no más de 20 sesiones).
 - b) En algunas ocasiones las sesiones de terapia pueden ser observadas de forma diferida y grabadas en audio y/o video con fines educativos y de investigación.
 - c) La actividad de la Clínica de Atención Psicológica en la que participará es una actividad escolar de aprendizaje en la que participarán psicólogos en formación y que forma parte de las funciones de enseñanza e investigación propias del Área Académica de Psicología de la UAEH y los datos obtenidos en las terapias, pueden llegar a ser mencionados en foros profesionales o revistas científicas. No obstante, como se señala en el punto anterior, los datos personales son de carácter confidencial.
 - d) Los psicólogos en formación que participarán en sesiones muestra de intervención son: Elena Violeta Laiza Salgado, con número de cuenta 280950, José Eduardo Lozada Negrete, número de cuenta 280951, Julio César Vargas Ramos, número de cuenta 280958, Loani Amira Parra Vile, número de cuenta 219719, Luis Jaaziel Martínez Ramírez, número de cuenta 216171, Sandibel Barrios Gutiérrez, número de cuenta 280327, Sergio Reyes Garay, número de cuenta 228591 y Vanessa Monserrat Vázquez Vázquez, número de cuenta 231257
9. Durante el tratamiento se puede rehusar a contestar cualquier pregunta o negarse a participar en procedimientos específicos que le soliciten o incluso dejar la terapia, sin embargo le solicitamos que de aviso por escrito de sus motivos.
10. Si durante el proceso de admisión o en el tratamiento se detecta que es necesaria la participación de otro especialista para realizar una evaluación complementaria o para que el usuario(a) reciba un tratamiento acorde a sus necesidades se le hará saber, para referirlo(a) de forma oportuna.
11. Usted podrá evaluar la atención recibida por medio de formatos especiales dirigidas a la coordinación de la Clínica. De igual forma, es probable que después de la terminación de la terapia alguna persona integrante de la Clínica se comunique con usted vía correo electrónico. Esto tiene como propósito hacer seguimiento de nuestros servicios.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

TERAPEUTA RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____

Anexo 3. Formulario de registro de la Clínica de Atención Psicológica

Clínica de Atención Psicológica "CAP"
FICHA DE ADMISIÓN
*Obligatorio

Nombre completo: *

Dirección: *

Código Postal: *

Teléfono: *

Sexo: *

Mujer
 Hombre

Estado Civil: *

Casado
 Soltero
 Divorciado
 Unión Libre

Edad: *

Correo Electrónico: *

¿Estudia?: *

Sí
 No

Nivel máximo de estudios: *

Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Licenciatura
 Maestría
 Doctorado

Carrera: *

Si usted no está estudiando conteste NO APLICA

Semestre: *

Primero
 Segundo
 Tercero
 Cuarto
 Quinto
 Sexto
 Séptimo
 Octavo
 Noveno
 Décimo

¿Es estudiante de la UAEH?: *

Sí
 No

¿De qué Instituto?: *

ICSA
 ICEA
 ICBI
 ICAP
 ICShu
 IGA

¿Cuánto gana?: *

hasta 1,000 pesos mensuales
 de 1,000 a 3,000 pesos mensuales
 de 3,000 a 5,000 pesos mensuales
 de 5,000 a 10,000 pesos mensuales
 mas de 10,000 pesos mensuales
 NO APLICA

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: *

0 1 2 3 4 5 6
 Más de 6

¿Quién o quiénes ayudan al ingreso familiar?: *

Si no trabaja, ¿de quién o quiénes depende económicamente?: *

¿En qué trabajan las personas de quien depende económicamente?: *

¿Cuántas personas dependen de este ingreso?: *

1 2 3 4 5 6
 Más de 6

Si es menor de edad nombre del responsable legal (padre o Tutor): *

Si usted es mayor de edad responda NO APLICA

MOTIVO DE CONSULTA: *

Describe brevemente

Número de Cuenta: *

(En caso de no ser estudiante de la UAEH, escribir No aplica).

¿Es público en general?: *

Público en general se consideran todas las personas externas a la UAEH

Sí
 NO

¿Es estudiante de otra institución, cual?: *

Si usted no está estudiando conteste NO APLICA

¿Es usted derechohabiente de...?: *

ISSSTE
 IMSB
 SSA
 SEGURO POPULAR
 NO CUENTO CON SERVICIOS DE SALUD

¿Con quién vive actualmente?: *

¿Usted trabaja actualmente?: *

Sí
 NO

¿Dónde trabaja?: *

Si no trabaja responda NO APLICA

¿En qué consiste su trabajo?: *

Explique brevemente (si no trabaja responda NO APLICA)

¿Desde cuándo le pasa esto?: *

¿Fue canalizado de otra institución?: *

Sí
 NO

Si la respuesta anterior fue sí ¿De cuál?: *

Si no fue canalizado responda NO APLICA

¿Cómo se enteró de nuestro servicio?: *

¿Ha recibido anteriormente apoyo psicológico?: *

Sí
 NO

¿Dónde y por cuánto tiempo?: *

Si no ha recibido apoyo anteriormente responda NO APLICA

¿Ha recibido anteriormente, otro tipo de ayuda o tratamiento para resolver su (s) problema (s)? *

Con otros especialistas que no sean psicólogos como médicos, psiquiatra, nutriólogo, etc

Sí
 NO

En caso afirmativo especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió
Si no recibió este tipo de ayuda responda NO APLICA

¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?: *

Sí
 NO

¿Dónde y con qué especialista?: *

Si no tiene problemas de salud responda NO APLICA

¿Toma actualmente algún medicamento?: *

Sí
 NO

Si su respuesta fue sí, especifique cuál?: *

Si no toma ningún medicamento responda NO APLICA

¿Desde cuándo?: *

Si no toma ningún medicamento responda NO APLICA

¿Quién se lo recetó?: *

Si no toma ningún medicamento responda NO APLICA

¿Padeca o ha padecido alguna enfermedad física o mental que afecte significativamente en su vida?: *

Sí
 NO

En caso afirmativo especifique cuál: *

Si no ha tenido alguna enfermedad significativa responda NO APLICA

Sus dificultades actuales están afectando o limitando alguna de las siguientes áreas. Indique en qué grado: Escala 1= Nada a 10= Mucho *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Asociadas	<input type="radio"/>									
Laborales	<input type="radio"/>									
Familiares	<input type="radio"/>									
Académicas	<input type="radio"/>									
Sociales	<input type="radio"/>									
Salud	<input type="radio"/>									

NOTA IMPORTANTE: La CAP ofrece sus servicios de acuerdo a la disponibilidad de horario y espacio del Personal que labora en esta Clínica. Sin embargo no se garantiza para esta institución conocer su preferencia.

Anexo 4. Inventario de Ansiedad de Beck

11. Manos temblorosas				
12. Cuerpo tembloroso				
13. Miedo a perder el control				
14. Dificultad para respirar				
15. Miedo a morir				
16. Asustado				
17. Indigestión, o malestar estomacal				
18. Debilidad				
19. Ruborizarse, sonrojamiento				
20. Sudoración (debida a calor)				
21. Dificultad para relajarse				

Puntuación: _____

Nivel: _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMAS	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilidad de piernas				
4. Miedo a que pase algo				
5. Sensación de mareo				
6. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.				
7. Inseguridad				
8. Terror				
9. Nerviosismo				
10. Sensación de ahogo				

Anexo 5. Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE: _____ FOLIO: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

En este cuestionario se encuentran grupos enumerados de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el cuadrado que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo <input type="checkbox"/> Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo 	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En general me siento descorazonado por el futuro <input type="checkbox"/> Me siento descorazonado por mi futuro <input type="checkbox"/> Siento que no tengo nada que esperar del futuro <input type="checkbox"/> Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento como un fracasado <input type="checkbox"/> Siento que soy un fracasado más que las personas en general <input type="checkbox"/> A pesar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos <input type="checkbox"/> Siento que soy un completo fracaso como persona 	<p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo <input type="checkbox"/> Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido con todo
<p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En realidad yo no me siento culpable <input type="checkbox"/> Me siento culpable una gran parte del tiempo <input type="checkbox"/> Me siento culpable la mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo 	<p>6</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento que esté siendo castigado <input type="checkbox"/> Siento que podría ser castigado <input type="checkbox"/> Espero ser castigado <input type="checkbox"/> Siento que he sido castigado

<p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento desilusionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy desilusionado de mí mismo <input type="checkbox"/> Estoy disgustado conmigo mismo <input type="checkbox"/> Me odio 	<p>8</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no me siento que sea peor que otras personas <input type="checkbox"/> Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores <input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis fallas <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede
<p>9</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no tengo pensamientos suicidas <input type="checkbox"/> Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo <input type="checkbox"/> Me gustaría suicidarme <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviera la oportunidad 	<p>10</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no lloro más de lo usual <input type="checkbox"/> Llora más ahora de lo que solía hacerlo <input type="checkbox"/> Actualmente lloro todo el tiempo <input type="checkbox"/> Antes no lloraba, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo quiero
<p>11</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no estoy más irritable de lo que solía estar <input type="checkbox"/> Me enojo o irrito más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me siento irritable todo el tiempo <input type="checkbox"/> Ya no disfruto de las cosas por las que solía hacerlo 	<p>12</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no he perdido el interés en la gente <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar <input type="checkbox"/> He perdido en gran medida el interés en la gente <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés en la gente
<p>13</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho <input type="checkbox"/> Pospongo tomar decisiones más que antes <input type="checkbox"/> Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes <input type="checkbox"/> Ya no puedo tomar decisiones 	<p>14</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo no siento que me vea peor de cómo me veía <input type="checkbox"/> Estoy preocupado de verme viejo(a) o poco atractivo(a) <input type="checkbox"/> Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a) <input type="checkbox"/> Creo que me veo feo(a)

Anexo 7. Base de datos de Excel con las variables en estudio

Copia de VARIABLES_OK_1411 - Microsoft Excel

EXPEDIENTE	SEXO	LUGAR DE RESIDENCIA MUNICIPIO	LUGAR DE RESIDENCIA ESTADO	ESTADO CIVIL	EDAD	NIVEL DE ESTUDIOS	CARRERA	SEMESTRE	INSTITUTO	TRAMITE	APOYO PSICOLOGICO PREV	ANEXO	ITEM 1 INVENTARIO DEPI SCA BUCK	DEPRESION	ESTRUCTURA
CA2015001	FEMENINO	MINERAL DE LA REFORMA	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	QUINTO	ICSA	NO	SI	38	1	11	DESINTEGRADA
CA2015002	MASCULINO	TEHUACAN	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	20	JUVENITD	CRUJIANO DENTISTA	SEGUNDO	ICSA	NO	NO	7	0	10	RECONSTITUIDA
CA2015003	MASCULINO	TOLUCA DE ALLENDE	HEALGO	SOLTERO	18	JUVENITD	PSICOLOGIA	PRIMERO	ICSA	NO	SI	4	1	15	INTEGRADA
CA2015004	FEMENINO	ZUMPANGO	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	21	JUVENITD	SEXTO	ICSA	NO	NO	NO	18	1	19	INTEGRADA
CA2015005	MASCULINO	XICOTLATEC	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	CRUJIANO DENTISTA	SEGUNDO	ICSA	NO	NO	34	1	17	RECONSTITUIDA
CA2015006	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	PSICOLOGIA	OCTAVO	ICSA	NO	NO	3	1	19	INTEGRADA
CA2015007	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	CRUJIANO DENTISTA	SEGUNDO	ICSA	NO	SI	0	1	17	INTEGRADA
CA2015008	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	20	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	30	2	36	DESINTEGRADA
CA2015009	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	OCTAVO	ICSA	SI	SI	29	1	30	DESINTEGRADA
CA2015010	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	29	0	15	INTEGRADA
CA2015011	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	29	1	30	DESINTEGRADA
CA2015012	MASCULINO	TECAMAC	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	23	JUVENITD	PSICOLOGIA	OCTAVO	ICSA	NO	NO	26	0	23	INTEGRADA
CA2015013	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	20	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	17	1	8	DESINTEGRADA
CA2015014	MASCULINO	EPAZO YUCAN	HEALGO	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	29	0	35	INTEGRADA
CA2015015	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	29	1	30	DESINTEGRADA
CA2015016	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	26	0	23	INTEGRADA
CA2015017	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	OCTAVO	ICSA	NO	NO	20	0	8	DESINTEGRADA
CA2015018	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	OCTAVO	ICSA	NO	NO	30	0	10	INTEGRADA
CA2015019	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	17	1	10	INTEGRADA
CA2015020	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	20	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	19	2	60	INTEGRADA
CA2015021	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	SI	11	1	5	INTEGRADA
CA2015022	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	QUINTO	ICSA	NO	SI	40	1	33	SEMIDESINTEGRADA
CA2015023	MASCULINO	CUAUTEREC DE INOZOSA	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	12	0	15	INTEGRADA
CA2015024	FEMENINO	ZAPOTLAN DE JUAREZ	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	24	0	5	SEMIDESINTEGRADA
CA2015025	MASCULINO	SANTAGO TOLATEPEC	HEALGO	SOLTERO	32	ADULTO JUVEN	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	SI	0	0	3	INTEGRADA
CA2015026	MASCULINO	GUADALAJARA	JALISCO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	QUINTO	ICSA	SI	SI	14	0	11	INTEGRADA
CA2015027	FEMENINO	TECAMAC	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	20	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	19	2	19	INTEGRADA
CA2015028	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	SI	11	1	5	INTEGRADA
CA2015029	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	QUINTO	ICSA	NO	SI	40	1	33	SEMIDESINTEGRADA
CA2015030	MASCULINO	CUAUTEREC DE INOZOSA	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	12	0	15	INTEGRADA
CA2015031	FEMENINO	ZAPOTLAN DE JUAREZ	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	24	0	5	SEMIDESINTEGRADA
CA2015032	MASCULINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	32	ADULTO JUVEN	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	SI	0	0	3	INTEGRADA
CA2015033	MASCULINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	CASADO	18	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEGUNDO	ICSA	SI	SI	37	1	28	INTEGRADA
CA2015034	FEMENINO	TECAMAC	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	20	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	14	0	19	INTEGRADA
CA2015035	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	NUTRICION	OCTAVO	ICSA	NO	NO	24	0	27	INTEGRADA
CA2015036	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	SEGUNDO	ICSA	NO	NO	NO	23	1	31	DESINTEGRADA
CA2015037	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	21	0	21	INTEGRADA
CA2015038	FEMENINO	MINERAL DE LA REFORMA	HEALGO	SOLTERO	24	JUVENITD	PSICOLOGIA	OCTAVO	ICSA	NO	NO	9	1	23	INTEGRADA
CA2015039	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	SEGUNDO	ICSA	NO	NO	NO	38	0	6	INTEGRADA
CA2015040	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	13	0	6	INTEGRADA
CA2015041	FEMENINO	TLANOHUAL	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	4	1	12	DESINTEGRADA
CA2015042	FEMENINO	INIGUILAPAN	HEALGO	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	12	0	16	INTEGRADA
CA2015043	FEMENINO	MINERAL DE LA REFORMA	HEALGO	SOLTERO	20	JUVENITD	SEXTO	ICSA	NO	NO	NO	43	0	35	DESINTEGRADA
CA2015044	FEMENINO	TOLUCA YUCA	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	34	1	30	DESINTEGRADA
CA2015045	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	34	0	23	DESINTEGRADA
CA2015046	FEMENINO	ZACUALPAN	HEALGO	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	13	0	17	INTEGRADA
CA2015047	FEMENINO	MINERAL DE LA REFORMA	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	32	0	7	INTEGRADA
CA2015048	MASCULINO	TECAMAC	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	0	0	13	DESINTEGRADA
CA2015049	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	19	0	14	INTEGRADA
CA2015050	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	9	1	30	DESINTEGRADA
CA2015051	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEGUNDO	ICSA	NO	NO	31	0	23	DESINTEGRADA
CA2015052	MASCULINO	ZUMPANGO	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	4	0	35	INTEGRADA
CA2015053	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	11	0	1	DESINTEGRADA
CA2015054	FEMENINO	TOLUCA YUCA	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	35	0	13	INTEGRADA
CA2015055	FEMENINO	ATOTILCO EL GRANDE	HEALGO	SOLTERO	20	JUVENITD	PSICOLOGIA	QUINTO	ICSA	NO	NO	12	0	40	DESINTEGRADA
CA2015056	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	PRIMERO	ICSA	NO	NO	19	0	14	INTEGRADA
CA2015057	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015058	FEMENINO	SAN AGUSTIN TLAXIACA	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	QUARTO	ICSA	NO	NO	3	1	13	INTEGRADA
CA2015059	FEMENINO	TEPEALCO	HEALGO	SOLTERO	25	ADULTO JUVEN	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	23	1	47	DESINTEGRADA
CA2015060	FEMENINO	INIGUILAPAN	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	17	0	13	INTEGRADA
CA2015061	FEMENINO	SAN AGUSTIN TLAXIACA	HEALGO	SOLTERO	25	ADULTO JUVEN	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	23	1	47	DESINTEGRADA
CA2015062	FEMENINO	TEPEALCO	HEALGO	SOLTERO	25	ADULTO JUVEN	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	23	1	47	DESINTEGRADA
CA2015063	FEMENINO	INIGUILAPAN	HEALGO	SOLTERO	21	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	17	0	13	INTEGRADA
CA2015064	FEMENINO	XICHOCATLAN	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	PRIMERO	ICSA	NO	NO	1	0	2	INTEGRADA
CA2015065	FEMENINO	TECAMAC	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	19	0	7	INTEGRADA
CA2015066	MASCULINO	MINERAL DE LA REFORMA	HEALGO	SOLTERO	25	ADULTO JUVEN	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	12	0	23	DESINTEGRADA
CA2015067	MASCULINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEGUNDO	ICSA	NO	NO	13	1	27	INTEGRADA
CA2015068	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	PSICOLOGIA	OCTAVO	ICSA	NO	NO	17	0	15	DESINTEGRADA
CA2015069	MASCULINO	ZUMPANGO	ESTADO DE MEXICO	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	4	0	35	INTEGRADA
CA2015070	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	35	0	13	INTEGRADA
CA2015071	FEMENINO	TOLUCA YUCA	HEALGO	SOLTERO	19	JUVENITD	PSICOLOGIA	TERCERO	ICSA	NO	NO	35	0	13	INTEGRADA
CA2015072	FEMENINO	PACHUCA DE SOTO	HEALGO	SOLTERO	23	JUVENITD	PSICOLOGIA	SEPTIMO	ICSA	NO	NO	11	0	1	DESINTEGRADA
CA2015073	MASCULINO	MINERAL DE LA REFORMA	HEALGO	SOLTERO	20	JUVENITD	PSICOLOGIA	QUINTO	ICSA	NO	NO	12	0	40	DESINTEGRADA
CA2015074	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015075	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015076	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015077	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015078	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015079	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015080	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENITD	PSICOLOGIA	NOVENO	ICSA	NO	NO	41	0	5	DESINTEGRADA
CA2015081	MASCULINO	CUERNAVACA	MORELOS	SOLTERO	22	JUVENIT									

Anexo 9. Análisis de Regresión Logística Simple de los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares

Tabla.

Análisis de Regresión Logística Simple de los factores sociodemográficos de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	OR crudos	Ideación suicida IC 95%	Valor p^a
Sexo			
Femenino	1.00		
Masculino	1.15	0.63 - 2.08	0.66
Grupo etario			
Adolescencia (12 a 17 años)	1.00		
Juventud (18 a 24 años)	0.34	0.04 - 3.34	0.36
Adulto joven (25 a 29 años)	0.12	0.01 - 1.53	0.10*
Estado civil			
Soltero	1.00		
Casado	3.03	0.30 – 29.66	0.34
Unión libre	0.20	0.02 – 1.76	0.15*
Estado de residencia			
Ciudad de México	1.00		
Estado de México	0.78	0.04 - 14.75	0.87
Hidalgo	0.98	0.06 - 15.88	0.99
Jalisco	0.00	0.00 - 0.00	IND
Morelos	0.00	0.00 - 0.00	IND
Puebla	0.00	0.00 - 0.00	IND
Tlaxcala	0.00	0.00 - 0.00	IND
Actividad laboral			
No	1.00		
Si	0.96	0.45 - 2.06	0.92
Religión			
Católica	1.00		
Creyente	1.45	0.29 - 7.18	0.65
Cristiana	0.36	0.04 - 3.73	0.39
Judía	1.09	0.06 - 18.40	0.95
Mormón	2.17	0.19 - 25.61	0.54
Sin creencia religiosa	0.54	0.14 - 2.05	0.37
Testigo de Jehová	0.00	0.00 – 0.00	IND
Sin dato	1.12	0.58 – 2.18	0.73
Actividad laboral			
No	1.00		
Si	0.96	0.45 – 2.06	0.92

$p^a \leq 0.05$. *Criterio de Hosmer– Lemeshow: $p^a \leq 0.25$. IND. Indefinido.

Tabla.

Análisis de Regresión Logística Simple de los factores sociodemográficos de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	OR crudos	Ideación suicida	
		IC 95%	Valor p^a
Carrera que cursa			
Arquitectura	1.00		
Cirujano Dentista	2.87	0.72 – 11.53	0.14*
Enfermería	0.00	0.00 - 0.00	IND
Farmacia	0.00	0.00 - 0.00	IND
Gerontología	0.00	0.00 - 0.00	IND
M.C.B.S. ^a	0.00	0.00 - 0.00	IND
Medicina	2.46	0.59 - 10.21	0.21*
Nutrición	1.37	0.53 - 3.56	0.52
Psicología	0.00	0.00 - 0.00	IND
Químico Farmacobiólogo	0.00	0.00 - 0.00	IND
Turismo	0.00	0.00 - 0.00	IND
Semestre			
Primero	1.00		
Segundo	0.59	0.19 - 1.84	0.36
Tercero	0.21	0.07 - 0.66	0.01*
Cuarto	0.44	0.13 - 1.55	0.20*
Quinto	0.58	0.19 - 1.77	0.34
Sexto	0.33	0.10 - 1.11	0.07*
Séptimo	0.54	0.17 – 1.62	0.27
Octavo	0.60	0.19 – 1.91	0.39
Noveno	0.31	0.08 – 1.24	0.10*
Instituto			
ICBI	1.00		
ICEA	0.00	0.00 - 0.00	IND
ICSa	0.00	0.00 - 0.00	IND

^a Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud.

$p^a \leq 0.05$. *Criterio de Hosmer– Lemeshow: $p^a \leq 0.25$. IND. Indefinido.

Tabla.

Análisis de Regresión Logística Simple de los factores psicológicos de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	OR crudos	Ideación suicida	
		IC 95%	Valor p^a
Apoyo psicológico previo			
No	1.00		
Si	1.30	0.73 - 0.32	0.37
Nivel de ansiedad^a			
Mínima	1.00		
Leve	1.25	0.54 - 2.89	0.60
Moderada	1.69	0.77 - 3.72	0.19*
Grave	1.71	0.80 - 3.66	0.17*
Nivel de depresión^b			
Mínima	1.00		
Leve	2.33	1.05 - 5.17	0.04*
Moderada	2.30	1.01 - 5.25	0.05*
Grave	7.78	3.36 - 18.04	0.00*
Problema de consulta			
Abuso sexual	1.00		
Antecedente de suicidio en familiares y/o amigos	0.00	0.00 - 0.00	IND
Atención a probable trastorno mental	1.13	0.15 - 8.39	0.91
Bajo rendimiento escolar	0.63	0.08 - 5.17	0.66
Consumo de alcohol y/o drogas	2.25	0.23 - 22.14	0.49
Dificultad económica	1.00	0.03 - 29.81	1.00
Duelo	1.25	0.12 - 13.24	0.85
Otro tipo de problema familiar	0.33	0.03 - 3.51	0.36
Otro tipo de problema de pareja	0.33	0.02 - 6.65	0.47
Separación de los padres	4.00	0.21 - 75.66	0.36
Separación de la pareja	0.58	0.07 - 5.11	0.63
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	1.11	0.13 - 9.60	0.92
Violencia psicológica y/o física de pareja	0.50	0.02 - 11.09	0.66
Violencia psicológica y/o física por preferencia sexual	2.00	0.09 - 44.35	0.66

^a Mínima: (0 a 7 puntos), leve: (8 a 15 puntos), moderada: (16 a 25 puntos), grave: (26 a 63 puntos).

^b Mínima: (0 a 13 puntos), leve: (14 a 19 puntos), moderada: (20 a 28 puntos), grave: (29 a 63 puntos).

$p^a \leq 0.05$. *Criterio de Hosmer– Lemeshow: $p^a \leq 0.25$. IND. Indefinido.

Tabla.

Análisis de Regresión Logística Simple del periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	OR crudos	Ideación suicida	
		IC 95%	Valor p^a
Periodo de desarrollo de los 2 a los 5 años de edad			
Abuso sexual	1.00		
Antecedente de suicidio en familiares y/o amigos	0.00	0.00 - 0.00	IND
Desarrollo de enfermedad física	0.00	0.00 - 0.00	IND
Duelo	1.00	0.08 - 12.56	1.00
No reportado	0.17	0.05 - 0.64	0.17*
Separación de los padres	0.13	0.01 - 1.89	0.13*
Violencia psicológica y/o física escolar	0.00	0.00 - 0.00	IND
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	0.25	0.03 - 1.92	0.25*
Sin dato	0.27	0.07 - 1.03	0.27

$p^a \leq 0.05$. *Criterio de Hosmer– Lemeshow: $p^a \leq 0.25$. IND. Indefinido.

Tabla.

Análisis de Regresión Logística Simple del periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años de edad de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	OR crudos	Ideación suicida	
		IC 95%	Valor p^a
Periodo de desarrollo de los 6 a los 11 años de edad			
Abuso sexual	1.00		
Bajo rendimiento escolar	2.00	0.11 - 35.80	0.64
Cambio de lugar de residencia	0.00	0.00 - 0.00	IND
Consumo de alcohol y/o drogas	1.00	0.04 - 24.55	1.00
Desarrollo de enfermedad física	2.00	0.11 - 35.81	0.64
Desarrollo de enfermedad mental	1.00	0.08 - 12.56	1.00
Dificultad económica	0.00	0.00 - 0.00	IND
Duelo	1.00	0.08 - 12.56	1.00
No reportado	0.78	0.15 - 4.15	0.77
Conducta suicida	1.00	0.04 - 24.55	1.00
Separación de los padres	1.00	0.15 - 6.77	1.00
Violencia psicológica y/o física escolar	1.89	0.31 - 11.35	0.49
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	0.75	0.08 - 6.71	0.80
Sin dato	1.00	0.19 - 5.33	1.00

$p^a \leq 0.05$. *Criterio de Hosmer– Lemeshow: $p^a \leq 0.25$. IND. Indefinido.

Tabla.

Análisis de Regresión Logística Simple del periodo de desarrollo de los 12 a los 19 años de edad de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factor	OR crudos	Ideación suicida	
		IC 95%	Valor p^a
Periodo de desarrollo de los 12 a los 19 años de edad			
Abuso sexual	1.00		
Bajo rendimiento escolar	0.33	0.02 - 5.33	0.44
Cambio de lugar de residencia	0.33	0.02 - 6.65	0.47
Consumo de alcohol y/o drogas	0.17	0.01 - 2.82	0.21*
Desarrollo de enfermedad física	0.17	0.01 - 2.82	0.21*
Desarrollo de enfermedad mental	0.56	0.04 - 8.09	0.67
Duelo	0.33	0.02 - 6.65	0.47
No reportado	0.21	0.02 - 2.11	0.18*
Conducta suicida	0.00	0.00 - 0.00	IND
Separación de los padres	0.56	0.04 - 8.09	0.67
Violencia psicológica y/o física escolar	0.33	0.02 - 6.65	0.47
Violencia psicológica y/o física intrafamiliar	0.20	0.01 - 2.91	0.24*
Violencia psicológica y/o física de pareja	0.47	0.04 - 5.17	0.53
Sin dato	0.37	0.04 - 3.72	0.40

$p^a \leq 0.05$. *Criterio de Hosmer– Lemeshow: $p^a \leq 0.25$. IND. Indefinido.

Tabla.

Análisis de Regresión Logística Simple de los factores familiares de los universitarios en relación con el ítem 9 para ideación suicida del Inventario de Depresión de Beck.

Factores	OR crudos	Ideación suicida	
		IC 95%	Valor p^a
Estructura y función familiar			
Integrada	1.00		
Desintegrada	0.99	0.55 - 1.77	0.96
Semidesintegrada	0.42	0.08 - 2.24	0.31
Reconstituida	2.08	0.59 - 7.32	0.26
Elementos de la familia			
Nuclear	1.00		
Extensa	1.03	0.06 - 16.75	0.99
Extensa compuesta	0.75	0.36 - 1.54	0.43
Compuesta	1.88	0.66 - 5.36	0.24*
Enfoque biopsicosocial			
Disfuncional	1.00		
Funcional	0.50	0.25 - 0.98	0.04*
Ciclo vital familiar			
Dependencia	1.00		
Independencia	0.53	0.08 - 3.72	0.53
Dispersión	0.70	0.11 - 4.30	0.70
Expansión	0.00	0.00 - 0.00	IND
Problemas familiares con:			
Alguno de sus hermanos	1.00		
Madre	2.86	0.53 - 15.47	0.22*
Madre y algún hermano	1.00	IND	IND

No reportado	1.33	0.29 - 6.23	0.72
Otro familiar	1.00	0.38 - 7.86	0.48
Padre	1.73	0.26 - 8.58	0.65
Padre y algún hermano	1.50	0.82 - 22.34	0.08*
Padre y madre	4.29	0.09 - 44.35	0.66
Pareja	2.00	0.47 - 9.10	0.34
Sin dato	2.07	0.13 - 2.00	0.33

$p^a \leq 0.05$. *Criterio de Hosmer– Lemeshow: $p^a \leq 0.25$. IND. Indefinido.