

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DEL RIESGO DE SUICIDIO EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
CUENCA, DURANTE EL AÑO 2007”

“IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS ASOCIADOS”

Tesis previa a la obtención del título
de Médico

AUTORES: ANDRES RODRIGUEZ BALAREZO
ANDREA CORDERO TAPIA

DIRECTOR: DRA. NANCY AUQUILLA
ASESOR: DRA. LORENA MOSQUERA

CUENCA - ECUADOR

2007

RESPONSABILIDAD

Los autores de la tesis suscriben mediante este documento la completa responsabilidad en la elaboración de la tesis con el tema: “PREVALENCIA DEL RIESGO DE SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, DURANTE EL AÑO 2007, “IDENTIFICACION DE LOS FACTORES ASOCIADOS”

Andrés Rodríguez Balarezo

Andrea Cordero Tapia

DEDICATORIA

“Ochocientos mil gritos retumban en el mundo cada año. Resuenan en la casa, por la calle, en el trabajo, con los amigos, y a veces se cuelan hasta los oídos de los extraños. Son lamentos silenciosos de personas que viven en la desesperanza y claman por ayuda, pero nadie los atiende. Cada tres segundos, una de esas exclamaciones se reduce a eco: alguien intentó arrancarse la vida. Cada 40 segundos, por lo menos, una voz se disipa. Alguien se mató”. Dedicado a todos aquellos que no encontraron otro camino para liberar su desesperanza o murieron en su intento.

En el largo camino de la vida solo alguien tan grande como Dios me pudo dar la paciencia, empeño y perseverancia para buscar, perseguir y alcanzar mis sueños, por eso es a ti quien dedico este trabajo, herramienta que culmina esta etapa de mi vida.

A Carlos y Judith, mis padres, quienes de una u otra manera impulsan día a día cada una de las actividades de mi vida.

A mis hermanos Paúl y Vanessa, cada día me esfuerzo más por ser un orgullo para ustedes.

Gracias Fernanda por estar ahí, junto a mí cuando más lo necesito.

A mi futuro hijo, seré un ejemplo para ti.

Andrés Rodríguez Balarezo

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo en primer lugar a Dios, sin él nada de lo que desearía hacer fuera posible.

A mis padres, gracias por ayudarme en este camino que decidí tomar.

A mis hermanos, gracias por estar junto a mí.

Andrea Cordero Tapia

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca por habernos formado humana y profesionalmente.

A la Dra. Nancy Auquilla, directora de la presente tesis, por su acertada dirección.

A la Dra. Lorena Mosquera, por la colaboración en la asesoría, planeación y ejecución de la tesis además por el valioso e incondicional aporte para la realización de la misma.

Al Dr. Rolando Marín, gracias a su asesoría, guía y ayuda este trabajo tuvo el resultado que esperábamos.

INDICE

CAPITULO 1

1. INTRODUCCION

CAPITULO 2

2. MARCO TEORICO

CAPITULO 3

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

CAPITULO 4

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

4.2. AREA DE ESTUDIO

4.3. POBLACION DE ESTUDIO

4.4. CRITERIOS DE INCLUSION

4.5. VARIABLES

4.6. OPERACIONALIZACION

4.7. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

4.8. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS

CAPITULO 5

5. RESULTADOS

CAPITULO 6

6. DISCUSIÓN

CAPITULO 7

7.1. CONCLUSIONES

7.2. RECOMENDACIONES

CAPITULO 8

8. BIBLIOGRAFIA

CAPITULO 9

9. ANEXOS

RESUMEN

Prevalencia del Riesgo de Suicidio en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca (UC), durante el año 2007, Identificación de los Riesgos Asociados". Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores asociados, al riesgo de suicidio en estudiantes de medicina entre 18 y 19 años de la UC en el 2007. Materiales y Métodos: Es un estudio transversal. El universo fué estudiantes que asistieron a clases de forma regular, la muestra (n=398) se calculó mediante la fórmula de proporciones, para analizar se utilizó estadísticas descriptivas, Odds Ratio (OR) y Chi Cuadrado. Resultados: la prevalencia de riesgo alto de suicidio fue 6% y 19,6% de riesgo moderado. Todas las variables se analizaron para el riesgo moderado o alto para cometer suicidio (RMAS). Las mujeres tienen un 27,0% y los varones el 23,6%. El 24,4% de los solteros y el 66,7% de los que viven en unión libre. El 25,1% presentan depresión y de estos el 58% presentaron RMAS y el 14,8% de los que no presentaron depresión. El 33,4% presentaron ansiedad, de estos el 48,9% presentaron RMAS, los que no presentaron ansiedad el 14%. El 32,7% presentaron disfunción familiar, de estos el 46,2% presentan RMAS, y el 15,7% con familias sin disfunción presentaron RMAS. Conclusiones: La prevalencia de RMAS en el grupo de estudio es de 25,6%, los factores de riesgo asociados a este son solteros 24,4% (n=94) (OR 0,16, Chi Cuadrado 0,003), depresión 58% (n=58) (OR 7,97 Chi Cuadrado <0.005), Ansiedad 48,9% (n=65) (OR 5,89, Chi Cuadrado <0.005), Disfunción Familiar 46,2% (n=60) (OR 4,62, Chi Cuadrado <0.005).

Palabras Claves: Riesgo de Suicidio, prevalencia, estudiantes de medicina, factores asociados.

SUMMARY

“Prevalence of risk of suicide in students of medicine of the University of Cuenca (UC), during the year 2007, Identification of associated risks”. Objectives: Determine the prevalence of associated factors, of the risk of suicide in students of medicine in between 18 and 19 years of age of the UC in the year 2007. Materials and Methods: Is a transversal study. The universe was students who assisted classes of regular form, the sample (n=398) was calculated by means of the formula of proportions, to analyze were utilized the descriptive statistics, Odds Ratio (OR) and Chi square. Results: the prevalence of high risk of suicide was 6% and 19.6% of moderate risk. All the variables were analyzed for the Moderate or High Risk to commit Suicide (MHRS). Women have 27.0% and men have 23.6%. 24.4% of singles and 66.7% of those who live common law. 25.1% present depression and of those 58% presented MHRS and 14.8% of those who do not present depression. 33.4% presented anxiety, and of those 48.9% presented MHRS, those who did not present anxiety 14%. 32.7% presented family dysfunction, of those 46.2% presented MHRS, and 15.7% with families without dysfunction presented MHRS.

Conclusions: The prevalence of MHRS in the group of study is 25.6%, the factors of associated risks of these are singles 24.4% (n=94) (OR 0,16 Chi-square 0.003), depression 58% (n=58) (OR 7,97 Chi-square <0.005) , Anxiety 48.9% (n=65) (OR 5,89, Chi-square <0.005), Family Dysfunction 46.2% (n=60) (OR 4,62, Chi-square <0.005).

Key Words: Risk of Suicide, prevalence, students of medicine, associated factors.

CAPITULO 1

1. INTRODUCCION

El suicidio en los adolescentes es una tragedia que afecta no sólo al individuo, sino a la familia, a los padres, y a la comunidad en la cual vivió el joven. El suicidio es un problema de salud pública, considerado a menudo como un fracaso personal por los padres, amigos, maestros, médicos y psicólogos, que se reprochan muchas veces infundadamente a sí mismos el no haber percibido las señales de alerta.

También es visto como un fracaso por la comunidad, pues actúa como señal vívida de que la sociedad moderna, a menudo, no procura un entorno sano, nutriente, contenedor en el cual los adolescentes puedan crecer y desarrollarse.

En el Ecuador la prevalencia de suicidios es del 6.5 x 100mil habitantes (1), sin embargo no existen datos sobre el intento de suicidio (morbilidad) como tal. En una revisión de los archivos del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso durante el último trimestre del presente año (Junio, Julio, Agosto del 2007) se registraron 130 intentos de suicidio, de los cuales 32 corresponden a estudiantes adolescentes, (2) de un total de 43099 adolescentes en esta edad (52 x 100mil), en el Hospital Homero Castanier de la ciudad de Azogues durante el año 2005 se registraron 29 casos de jóvenes entre los 15 y 19 años que fueron ingresados por intento de suicidio de un total de 10310 (3) (281 x 100mil), hasta octubre del 2006 ya se han registrado 26 casos (4). A pesar de estas cifras tan altas nos preguntamos cuantos más son los intentos de suicidios reales ya que hay muchos no registrados en adolescentes que acudieron a las entidades privadas o a los centros y subcentros de salud.

El sistema de auxilio 911 del Consejo de Seguridad Ciudadana de la ciudad de Cuenca (CSC) registró hasta octubre del 2006 en la misma edad 16 casos (5) En un estudio realizado por Gorenk y Flores en 1999 (6) en donde se reporta los casos de subregistro de suicidio en 5 años, determino que existe un subregistro de 3,5% de muertes a causa del suicidio en el Ecuador, lo que la tasa de 6,5 x 100 mil reportada por la OMS puede resultar superior lo que empeoraría el problema. (1)

La edad más frecuente es en el rango de los 15 a los 19 años llegando en algunos países a ser la segunda causa de muerte en este grupo etareo (7). En Chile un 39% de las derivaciones a hospitales por intento de suicidio corresponden a los adolescentes o adultos jóvenes (8) y la tendencia va en aumento (9).

Sabiendo que la tasa de mortalidad por suicidio en el Ecuador es de 6,5 x 100mil habitantes y si consideramos que se calcula que la tasa de intentos de suicidio como 5 veces más que los suicidios (10) podemos considerar la verdadera magnitud del problema en la población de estudio. Además sólo el 50% de los adolescentes que informaron que trataron de matarse habían solicitado atención en el hospital después de sus intentos de suicidio. Así el número de personas con tentativas de suicidio tratadas en el hospital, no constituye una indicación real de la dimensión del problema en la comunidad (11).

La identificación y derivación oportuna, evaluación de la funcionalidad familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida (7) (12).

En nuestra región no hay datos sobre el intento de suicidio en estudiantes de medicina publicados, se escogió a los menores de 19 años porque la prevalencia del suicidio entre la población joven es mayor en el grupo etareo entre los adolescentes, luego de lo cual

disminuye. Además considerando que la adaptación a la universidad y la presión del estudio implican un “estresor” adicional para los adolescentes.

Por lo que, aplicando el test ISO Modificado podremos identificar la prevalencia del riesgo de intento de suicidio en los adolescentes mayores que estudian en la escuela de medicina.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

SUICIDIO

Definiciones

La palabra suicidio significa *sui* "sí mismo" *cidium* "matar". Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria. El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características de acuerdo con la cultura y estructura socioeconómica. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades (13).

El intento de suicidio es el acto no consumado, cualquier acción cuyo fin sea el de conseguir la autoeliminación frustrado por cualquier causa.

Epidemiología del suicidio

En 1990 en el mundo murieron por suicidio aproximadamente 818000 personas, la mayoría de ellas (267000) comprendidas entre las edades de 15-29 años, es decir, adolescentes y adultos jóvenes. (14)

En el Ecuador es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 y 19 años (8%), solamente superado por los accidentes de tránsito (16%) y los homicidios (12%) (15). Si consideramos que los intentos de suicidio son superiores en cinco veces más y que existe un subregistro importante como lo mencionamos, el problema es necesariamente más grande.

En el año 1993 el cuadro a nivel mundial en tasas por 100mil era el siguiente:

- Por encima de 25: Lituania, 47,6; Rusia, 43,7;
- De 19 a 25: Suiza y Francia, con 21,5.
- Entre 12 y 18: Canadá, 13,2; Estados Unidos, 12,1.
- Menores de 11: Puerto Rico, 9; Chile, 4,9; Colombia, 3,1.

En el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires de 304 varones de 18 años en 1994, 12,6% había tenido en el último mes ideas persistentes de suicidio, 0,98% había realizado un intento definido de suicidio y 0,33% con lesiones autoprovocadas graves (16) En Inglaterra y Gales aproximadamente 19000 individuos, entre 10 y 19 años de edad, son derivados a centros hospitalarios cada año por intoxicación medicamentosa o lesiones autoinfligidas (17) En los Estados Unidos, el Center for Disease Control (1991) estimó que alrededor de 300 mil estudiantes de enseñanza superior realizaron un intento de suicidio serio en 1990 (18).

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la decima tercer causa de muerte en el mundo, la OMS ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años. Típicamente el 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentara nuevamente dentro del siguiente año y el 10% lo lograra en el plazo de diez años. Asimismo, entre 45% y 70% de quienes intentan el suicidio sufren principalmente depresión con rasgos de impulsividad y agresividad, alcoholismo, que a menudo van unidos a una pérdida reciente (19).

Estudios citan que la tasa de suicidio entre médicos se sitúa del 28 al 40 por 100.000 mientras que la población general, esta es del 12,3 por 100.000 (20), otros estudios llevados a cabo por Samkoff y colaboradores, determinaron que el 26% de los fallecimientos de médicos jóvenes fue causado por suicidio (21).

En otro estudio realizado en estudiantes de quinto año de la facultad de medicina de la UNNE – Argentina con una muestra de 272 encuestados que representan el 63.40% de la población de los cuales fueron 110 hombres (40.44%) y 162 mujeres (59.55%). En el total de los encuestados se observó 86 alumnos (31,61%) que presentaron síntomas de depresión y sin síntomas de depresión a 186 (68.38%). (22)

Se ha estudiado la ocurrencia del suicidio en estudiantes de Medicina en la revisión realizada por Hayes en 101 Escuelas de Medicina en los Estados Unidos en donde se describe un estudio realizado anteriormente en los años 80 en estudiantes hombres de esta carrera en el que se halló que la tasa de suicidio en estudiantes fue de 15,6/100,000 muy semejante a la de su propio grupo de edad en la población general. Las estudiantes mujeres tuvieron una tasa semejante a los estudiantes hombres pero fue 3 veces superior a la de su grupo de edad en la población. (23)

Conocedores entonces del estrés psico - socio -académico y la cercanía del estudiante con el paciente, su enfermedad y su dolencia estamos convencidos que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los alumnos de pre - grado debe ser mayor que en la población general.

Factores y situaciones de riesgo

El comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales pero no siempre están presentes en todos los casos y depende de mucho de los factores culturales y socioeconómicos (11).

Se consideran como factores de riesgo individuales al género masculino, a los mayores de 15 años (7, 12), la disfunción familiar (7, 24, 25) la depresión (7, 11, 26), la ansiedad (7, 11, 27), los problemas de conducta (7, 27, 28), abuso de alcohol (9, 11, 27), el ser soltero o sin vinculo de pareja(29), entre los más importantes.

La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos. (7, 11)

GENERO.

En la mayoría de los países, más varones que mujeres cometen suicidio; la proporción varón/mujer varía de acuerdo con el país. China es el único país en el cual los suicidios femeninos sobrepasan en número a los masculinos en áreas rurales y son aproximadamente iguales a los suicidios masculinos en áreas urbanas (30).

En un estudio transversal realizado por G. Ayala Espinosa, JB. Martí Lloret y F. Rodes Lloret se observó que el 68,48% del total de personas que consumaron el acto de suicidio en esa región fueron hombres y el 31,52% fueron mujeres, es decir con una relación de 2,17:1. (31)

En otro estudio realizado en Estocolmo, Suecia los autores analizaron los datos de suicidios y causas de muerte en jóvenes de 15 a 19 años de 90 países, y hallaron que los valores más altos correspondían a los hombres que a las mujeres. (32)

ESTADO CIVIL.

Entre las necesidades básicas del ser humano está el de vivir dentro de un contexto social, compartir con sus semejantes y personas que lo rodean, y como tal constituir la célula de la sociedad que es la familia, es por esto que dentro de los múltiples factores asociados al riesgo suicida esta el estado civil.

Las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. El matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos del riesgo de suicidios, pero no es significativo para las mujeres. La separación marital y el vivir solo aumentan el riesgo de suicidio.

En una publicación realizada por el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud en el 2004 refiere que las personas solteras divorciadas y viudas corren mayor riesgo que las casadas, es decir que quienes viven solas o están separadas son más vulnerables de cometer suicidio. (33)

En un estudio descriptivo realizado por Ceballos G. y colaboradores en donde investigaron las características de las personas que consumaron suicidio observaron que el 85,7% fueron solteros y el 14,3% unión libre (34). En otro estudio descriptivo realizado en el servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Camagüey – Cuba realizado por Peña L. y colaboradores sobre el comportamiento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes hubo predominio en un 69,5% de solteros en comparación con casados que fue del 30,4%. (35)

Se realizó un estudio descriptivo de carácter retrospectivo con los pacientes atendidos por intento de suicidio en Consulta de Urgencia de Psiquiatría del Hospital Militar Central Carlos J. Finlay en Cuba encontrándose que el 35,1% eran solteros y el 30,4% eran divorciados, es decir hubo predominio en personas sin vínculo de pareja.(36)

DEPRESION

Definición

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiesta ansiedad y síntomas somáticos variados.

Epidemiología

La prevalencia puntual de casos de depresión mayor en el estudio Epidemiological Catchment Area (ECA) realizado en Norteamérica, es de 2,2% (en Colombia 1,9%).

El riesgo que tiene un individuo de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida es de 4,4%. Otros estudios sugieren cifras del 10-25% en mujeres y 5-12% en los hombres para la depresión en general. (37)

En Estados Unidos, en 1992 se suicidaron 4693 adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años (Nacional Center for Health Statistics, 1995). El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes, después de los accidentes y los homicidios.

Las encuestas administradas a estudiantes de nivel medio superior señalan que entre 54 y 62.6% de ellos han intentado suicidarse o lo han considerado (Meehan y otros, 1992).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DSM-IV

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o placer.
1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, ya sea reporte (ejemplo, se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo, parece lloroso). Nota: en niños o adolescentes puede ser ánimo irritable.
 2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida o aumento de peso significantes sin estar a dieta. (5% de peso en un mes). O disminución o aumento de apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o estar lento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Capacidad disminuida de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. No se debe a efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo)
- D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de dos meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor. (37, 39)

Adolescencia como factor de riesgo

Es el periodo de la vida del ser humano que comienza cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina: biológicamente con fin del crecimiento somático, psicológicamente con la adquisición de una madurez emocional y socialmente con la inserción en el campo laboral y está supeditado al nicho cultural.

Clasificación de adolescencia (38)

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)
2. Adolescencia media (14 a 16 años)
3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Durante las mismas, se presentan en los adolescentes, 8 características principales:

1. Proyecto de Vida
2. Definen su Sexualidad

3. Crecimiento y Desarrollo físico y cognitivo
4. Búsqueda de Identidad
5. Creatividad
6. Autoestima donde entra en juego el rol de los pares.
7. Juicio Crítico y de Valores
8. Inicio y fin de una primera etapa del proceso educativo (secundaria) e inicio de otra en la que requiere de toma de decisiones (universitaria). (43)

El adolescente por su propia edad, trata de entender los problemas existenciales, comprender la vida y la muerte y en cierta medida es común que tengan pensamientos suicidas, pero es necesario que se discuta con un adulto y reciba el apoyo necesario para su orientación. Los pensamientos suicidas se vuelven anormales cuando la realización de estos pensamientos parece ser la única salida para sus dificultades. Existe entonces un serio riesgo de suicidio o intento de suicidio (11). Es aquí donde juegan un papel importante las instituciones educativas y el personal de salud, que no solo están llamados a la formación académica y a cuidar la salud, sino a la formación humana y a cuidar al ser humano.

Depresión en la adolescencia

La depresión en la adolescencia se da a menudo junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas. Por tanto, la depresión y los trastornos de ansiedad con frecuencia tienen lugar simultáneamente, lo mismo que la depresión y los trastornos de conducta.

En términos generales, los estudios de los trastornos psicológicos propios de la adolescencia han revelado un índice bastante bajo de depresión moderada a grave, pero los síntomas pueden poner en riesgo la vida de los afectados (Peterson y otros, 1993). Así, aun que los resultados de una investigación reciente demuestran un incremento de la depresión durante la adolescencia, el porcentaje de los que la padecen es por lo general bajo: alcanza su nivel máximo a los 16 años y de nuevo a los 19 años.

Los síntomas varían según el sexo. Los varones afectados suelen involucrarse en conductas antisociales como la delincuencia y el abuso de sustancias. Es más probable que las mujeres afectadas dirijan sus síntomas hacia ellas mismas y se depriman (Ostrov y otros, 1989). En general, la depresión presenta una frecuencia dos veces mayor en las adolescentes (y en las mujeres adultas) que en los varones. Aún que no se conoce todavía las razones de estas diferencias de género, los psicólogos piensan que posiblemente se relaciona con una importante disminución del autoestima que muestran algunas mujeres al ingresar a la escuela secundaria (Coger, 1991b; Orenstein, 1994). Como hemos visto, las muchachas se ven presionadas por sus compañeros y los medios masivos para ser más atractivas y para que antepongan las relaciones a los logros (Connelly y otros, 1993). Por lo regular, la combinación de estilos menos eficaces de afrontamiento con retos más difíciles aumenta a veces la posibilidad de la depresión cuando las jóvenes avanzan por la adolescencia.

Los investigadores también detectaron diferencias étnicas y de grupo en los índices de depresión. Por ejemplo, los estadounidenses procedentes de Asia y Europa suelen manifestar más los síntomas de depresión cuando están bajo estrés que los afroamericanos y los hispanos. Los indígenas adolescentes presentan tasas elevadas de depresión. Los homosexuales también tienen tasas más altas y de dos a tres veces más probabilidades de

cometer suicidio que los heterosexuales (Connelly y otros, 1993), al parecer por las presiones sociales que reciben. (38)

ANSIEDAD

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por ansiedad cognitiva excesiva y síntomas físicos generalizados y persistentes.

El síntoma cardinal es la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., a menudo con ansiedad anticipatoria.

Estas expectativas aprehensivas se asocian al menos a tres de los siguientes seis síntomas:

1. Desasosiego o inquietud motora
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Trastorno del sueño (dificultad para conciliarlo, mantenerlo, o sueño inquieto no reparador).

La tensión motora puede causar diversas algias, temblor y dificultad para relajarse.

La ansiedad generalizada produce a menudo síntomas de hiperactividad autonómica como dificultad para respirar, palpitaciones, mareos sudoración excesiva, sequedad de boca, polaquiuria, náuseas o diarrea.

Alrededor de la mitad de los pacientes refieren que el inicio fue en la niñez o adolescencia. El resto comienza en la adultez temprana.

Prevalencia

En la población general la prevalencia a un año ha sido de 3%, y para toda la vida de 5%. En clínicas de ansiedad llega a ser del 12%. El sexo femenino es más afectado, cerca de 2/3 partes de los casos. En Colombia (1997) el II estudio de salud mental mostró una prevalencia en el último año de 1,3% siendo casi el doble en hombres. En la vida fue 3,1% siendo por el contrario mayor en mujeres. (37)

Los trastornos de ansiedad son frecuentes en la población general y pueden llegar a una prevalencia de 4 a 8%. (40)

Estudios efectuados en Colombia con el objetivo de analizar la frecuencia y los factores personales, familiares, del entorno y los trastornos de ansiedad en adolescentes realizados por el Consejo Nacional del Menor y la Familia encontró que la frecuencia de Trastornos de Ansiedad se presentó en el 26,6% de los entrevistados.(41)

CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA.

Estilo cognitivo y personalidad del suicida

Algunas de ellas nos sirven para la identificación del suicida: humor inestable, enojo o agresividad; comportamiento antisocial; conductas irreales, representación de fantasías; alta impulsividad; irritabilidad; rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones; escasa habilidad de solución de problemas; inhabilidad para entender la realidad; fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización; ansiedad excesiva; petulancia;

sentimientos de inferioridad y de incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual; relaciones ambivalentes con los padres y amigos.(11)

Comportamiento suicida

Generalmente se observa una susceptibilidad marcada frente al estrés. Esta hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Algunas situaciones de riesgos: situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente); problemas familiares; separaciones; muertes; término de una relación amorosa; problemas legales o disciplinarios; presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva sometimiento y victimización; problemas académicos; problemas económicos; embarazo no deseado, aborto; enfermedad física grave.(11)

FAMILIA DISFUNCIONAL

Desde nuestro punto de vista consideramos que los individuos de nuestro estudio no pueden ser estudiados fuera del contexto familiar ya que éste por ser el núcleo de la sociedad en la que vivimos infiere una influencia vital en el comportamiento de cada persona. Si bien las otra patología pueden tener una parte individual intrínseca en el adolescente, cuando nos referimos a la familia tenemos que verla como un conjunto en donde sus partes interactúan entre si y se influyen entre sí.

Para comprender la importancia de la disfuncionalidad familiar debemos inicialmente conocer que es la familia y como se la considera funcional. La familia se define como un sistema de miembros que residen juntos y se relacionan afectivamente con el objetivo de

apoyarse unos a otros; sus integrantes pueden ser consanguíneos o no, aunque están unidos emocionalmente a través de características comunes y/o talentos complementarios, lo cual les permite cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total en constante intercambio con su ambiente.

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. (28)

Definición

Es un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia y que al relacionarse con su membrecía se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas (28). Se encuentran las siguientes características:

- a. PATRON: porque es un conjunto de características que se presenta de forma constante y de larga data en la historia familiar. Por ejemplo el maltrato se manifiestan de forma transgeneracional.
- b. Son CONDUCTAS DESADAPTATIVAS por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia.
- c. INDETERMINADAS, estas características no pueden ser claramente identificadas o la importancia clínica para cada integrante o para la totalidad de la familia es relativo, recayendo en cada uno de ellos con desigual cuantía.

- d. Estas características PUEDEN PRESENTARLAS UNO O VARIOS DE LOS INTEGRANTES (síntoma) cuyo origen está determinada por las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital.
- e. Estos requieren necesariamente ESTAR EN RELACIÓN DIRECTA CON LOS DEMAS MIEMBROS para que se genere una dinámica anómala, ya que la familia es un conjunto de elementos que interaccionan de forma constante, vinculadas entre sí, por lo tanto lo que afecta a un miembro, afecta o repercute en el otro.
- f. Dicha relación, propiciará un CLIMA PSICOLÓGICO o PSICOPATOLÓGICO que los afecte de manera específica o inespecífica a los miembros de la familia.

Se puede plantear entonces que existen sistemas familiares disfuncionales que generan una atmósfera patológica para la inserción de cuadros neurogénicos, psicopatogénicos. Es decir dependiendo de las características de las familias, en lo referente a patrones de crianza, formas de ejercer la autoridad, de circular la información, de distribuir la administración del hogar, de la relación que establezcan con el entorno social, etc. para que una familia ingrese a una disfunción sin tener previamente a ninguna personalidad anormal en sus filas y que ésta conduzca a sus integrantes a la instalación de características psicológicas de riesgo.

(25)

Impide al interior de la familia el entrenamiento de conductas recurrentes, en base a las cuales se van a insertar otras más complejas para cuando en la etapa adulta surjan situaciones similares estén en condiciones eficientes para su abordaje y manejo, los que constantemente acudirán a sus padres para resolver los problemas o crisis que pertenecen a

una familia nuclear distinta a la dinámica interaccional de su familia de origen lo que ocasionara dificultades con los miembros de esta.

En las familias disfuncionales se despliegan una serie de conductas que van desde la sobreprotección, usurpación de roles, invasión de límites, abuso de autoridad, indiferencia en la crianza, sanciones impropias o ausencias de estas, entre otras hasta la inacción; conductas que al ser reforzadas por algunos de sus integrantes van a impedir el entrenamiento de conductas recurrentes alternativas y por ende el desarrollo saludable e independiente del manejo de los problemas personales los cuales son propios de la vida diaria.

En el proceso de disfunción familiar existen familias en que por una defectuosa concepción de los elementos de su entorno y por un equivocado desempeño de roles complementarios impiden en sus integrantes el entrenamiento y ejercicio de conductas y funciones. Esto torna a estas personas en dependientes de otras situándolas en condiciones de riesgo para la instalación de conductas patológicas afines. Estas conductas pueden ir desde un trastorno de conducta (agresividad) hasta una alteración psiquiátrica severa (esquizofrenia). Bien sabemos que una relación deficitaria y no saludable de un integrante de la familia con otro de su membresía no solamente los afecta a ambos, sino que también alcanza a los demás integrantes de la familia afectándolos de una manera específica o inespecífica pudiendo originar la aparición de formas anómalas del comportamiento. (24)

Se encontraron pocos datos recientes de prevalencia de disfunción familiar en individuos con riesgo de suicidio o que hayan intentado suicidarse; en un estudio realizado por Arias A. y colaboradores en el Centro Médico Nacional Siglo XXI en México se encontró que el 100% de los pacientes ingresados por intento de suicidio presentaban una disfunción

familiar marcada, cabe recalcar que la muestra fue de 20 pacientes menores de 19 años (42).

ALCOHOL, CONSUMO, ABUSO Y DEPENDENCIA.

ALCOHOLISMO

Definición

La definición de la OMS y de Keller están de acuerdo en que se trata de un consumo que excede las costumbres dietéticas de la comunidad. Otros autores localizan el punto clave de la definición en la incapacidad de abstenerse de iniciar el consumo o de detener la ingestión una vez comenzada. Chalet y Demone en 1962 agregan a la definición el componente de autodestructividad.

Keller la define como “un trastorno crónico del comportamiento, manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud y con el funcionamiento social del individuo”.

Esta definición contiene criterios cualitativos, cuyos parámetros principales son malestar para la sociedad y para el individuo, de modo que según esto, cualquier modo de beber en cualquier cantidad, que produzca bien sea daño físico, disfunción psicológica y/o social sería considerado alcoholismo.

Además de los elementos intrapsíquicos e interpersonales de las crisis suicidas, existen componentes biológicos relacionados, como por ejemplo la ingestión de bebidas alcohólicas. Algunos autores hablan del papel crítico de los factores genéticos, en este punto consideran que el suicidio no se hereda más de lo que puede heredarse la habilidad de hablar francés que también se distribuye por familias, pero es innegable que una historia

familiar de suicidio puede ensombrecer la vida de una persona y llegar a ser un factor que deba tenerse en cuenta en su propia tendencia al suicidio, situación que también se comporta de forma similar en familias con historias de alcoholismo. Por otra parte, a lo largo de su Carrera Alcohólica, los enfermos van acumulando: soledad, sentimientos de culpa y pérdidas múltiples e inclusive recaídas, que facilitan un anclaje en una postura depresiva que puede llevar a un intento de suicidio; aparte la propia autodestructibilidad implícita en el abuso sostenido de alcohol. (49)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM IV PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Patrón maladaptativo de uso de sustancias que lleva a trastorno clínico que se presentan en algún momento de los últimos 12 meses

1. Tolerancia pronunciada: necesidad de cantidades muy aumentadas de la sustancia (es decir, como mínimo un 50% de aumento) para lograr intoxicación o efecto deseado, o efecto muy disminuido con el empleo continuado de la misma cantidad.
2. Síntomas característicos de la abstinencia.
3. Sustancia tomada con frecuencia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Sustancia con frecuencia tomada en cantidades mayores o en un período más largo de que la persona intenta.
5. Deseo persistente o uno o más esfuerzos infructuosos para cortar o controlar el uso de la sustancia.
6. Mucho tiempo pasado en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo: robo), tomar la sustancia (por ejemplo: fumar en cadena) o recuperarse de sus efectos.

7. Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando se espera cumplir un rol principal en obligaciones del colegio, trabajo u hogar (por ejemplo no va al trabajo porque está suspendido, va al colegio o el trabajo “elevado”, intoxicado mientras cuida a sus hijos), o cuando el uso de la sustancia es físicamente peligroso (por ejemplo, conduce intoxicado).
8. Actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes abandonadas o reducidas debido al uso de la sustancia.
9. El uso de la sustancia continúa a pesar del conocimiento del tener un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente que es provocado o exacerbado por el empleo de la sustancia.

Epidemiología

Para considerar la magnitud de las consecuencias del uso del alcohol, no solo se tiene en cuenta el número de alcohólicos o dependientes del alcohol, el cual varía entre el 1 y el 10% de toda la población, sino los indicadores directos e indirectos del uso de alcohol y de los problemas causados por este que afecta no solo al bebedor sino a su familia y a la sociedad.

En casi todos los países ha aumentado en los últimos años el consumo de alcohol, en Estados Unidos hay 9 millones de bebedores excesivos, y después de las enfermedades de corazón y el cáncer, el alcoholismo se considera como el tercer problema de salud. Se calcula que aproximadamente un 30 a 40% de la población de pacientes admitidos a un hospital general en un momento dado, son alcohólicos o tienen problemas con la bebida, pero la mayoría de ellos no son identificados. (37)

El 1/3 de las muertes violentas ocurridas en Cali-Colombia se asociaron con el consumo de sustancias psicoactivas; se realizo un estudio transversal de los casos de muerte violenta ocurridos en esa ciudad, encontrándose una prevalencia de uso de sustancias psicoactivas del 31.9%, y específicamente el uso de alcohol mostro cifras de hasta el 23.7%.(44)

CAPITULO 3

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la prevalencia e identificar los factores de riesgos asociados, al suicidio en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer características personales: edad, sexo, estado civil.
2. Aplicar el Test. ISO 30 para determinar el riesgo de suicidio en los adolescentes menores de 19 años que estudian en la escuela de medicina
3. Determinar los factores asociados al riesgo de suicidio moderado y alto: género, depresión, ansiedad, disfunción familiar, abuso de alcohol.

CAPITULO 4

DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal para determinar la prevalencia del riesgo de suicidio y factores asociados.

4.2 Área de Estudio

La presente investigación se realizó en la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de Cuenca ubicada en la Avenida 12 de Abril s/n de la Parroquia El Vergel.

4.3 Universo y Muestra

Nuestro universo estuvo constituido por 562 estudiantes de primero y segundo año de medicina menores de 19 años, con una muestra escogida por sorteo entre los estudiantes que estuvieron asistiendo a clases de forma regular en la facultad de medicina de la universidad de Cuenca. La muestra es de 390 estudiantes con un error del 1,5% con un IC 95% del 8% que es la prevalencia del suicidio entre los adolescentes de esta edad en el Ecuador. Se incluyó en la muestra 60 casos por posibles pérdidas. El total de la muestra fué 450 estudiantes de medicina.

$$n = \frac{Npqz^2}{(N-1)e^2 + pqz^2}$$

- $N= 562$
- $P= 8\%$
- $Q= 92\%$
- $Z= 1,96 (95\%)$
- $E= 1,5\%$
- Muestra: 390
- Muestra + Posibles Perdidas: $390 + 60= 450$

4.4 Definición de Casos de Estudio (Criterios de Inclusión y de Exclusión)

4.4.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron a todos los estudiantes menores de 19 años, que asistieron a clases de forma regular y que aceptaron ingresar al estudio.

4.4.2 Criterios de exclusión

Quedaron fuera del estudio todos los estudiantes mayores de 19 años, además aquellos estudiantes que estuvieron recibiendo terapia psicológica o psiquiátrica por cualquier causa o que no aceptaron participar en el estudio.

4.5 Variables

- Edad
- Género
- Estado Civil
- Depresión
- Ansiedad
- Alcoholismo
- Funcionamiento familiar

4.6 Operacionalización de las Variables (Ver Anexo N° 1)

4.7 Métodos, Técnicas e Instrumentos

Método: el método utilizado fué la observación.

Técnicas: la encuesta.

Instrumentos: fué el Test de Prevalencia de factores asociados a riesgo de suicidio en estudiantes de medicina (Ver Anexo N° 2)

4.8 Plan de Tabulación y Análisis

Se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0 para el procesamiento de la información, al tratarse de prevalencia y riesgos asociados utilizamos pruebas estadísticas descriptivas como la frecuencia. Para la asociación de riesgo utilizamos la razón de prevalencia y el Odds Ratio y para la validación las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado y/o el Test exacto de Fisher dependiendo si la distribución de la muestra es o normal. Además realizamos una regresión multivariada para buscar la asociación.

Se analizaron los factores de riesgo asociados en un resumen final en el que se nos permite el análisis objetivo con la siguiente matriz:

FACTOR DE RIESGO	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE p
GENERO			
ESTADO CIVIL			
ANSIEDAD			
DEPRESION			
ALCOHOLISMO			
DISFUSION FAMILIAR			

4.9 Proceso

1. Se procedió a solicitar a los estudiantes que den su autorización para trabajar con ellos, aplicando los test y las encuestas.
2. Se realizó una adaptación del test ISO 30 (anexo N° 2), para nuestra realidad, basados en el lenguaje usado por los jóvenes pero sin alterar el fondo de instrumento.
3. El test que usamos es el Inventory of Suicide Orientations – 30 (ISO-30), diseñado por King y Kowalchuk (1994) (45) traducido y probado en Argentina (Casullo 2004) y presentado en el texto del informe del estudio “Comportamiento Suicida en la Adolescencia” (46) auspiciado y avalado por el CONICET. Consiste en cinco áreas de evaluación o variables psicológicas que son:
 - a. Desesperanza (ítems: 2, 7, 12, 17, 22, 27)
 - b. Baja autoestima (ítems: 1, 6, 11, 16, 21, 26)
 - c. Incapacidad para afrontar emociones (ítems: 3, 8, 13, 18, 23, 28)

- d. Soledad y abatimiento, aislamiento y deterioro en vínculos sociales (ítems: 4, 9, 14, 19, 24, 29)
- e. Ideación Suicida (ítems: 5, 10, 15, 20, 25, 30)

Cada uno de estos capítulos tiene 6 ítems con aseveraciones a las que se puede dar las siguientes respuestas:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. En parte en desacuerdo
- c. En parte de acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo.

Once de los ítems se evaluaron de forma inversa (2, 3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 22, 27, 28) y existen seis denominados “críticos”, que resultan sensibles para la evaluación cualitativa de ideación suicida. Se cuenta cuantas respuestas tiene de cada tipo y el número de repuestas críticas en el capítulo Ideación Suicida y se asigna a las siguientes categorías:

- i. Bajo riesgo suicida (< 30 y tiene menos de 3 ítems críticos con puntuación alta: en parte en de acuerdo/Totalmente de acuerdo)
- ii. Moderado riesgo suicida (entre 31 y 44 y tiene menos de 3 ítems críticos con puntuación alta)
- iii. Alto riesgo suicida. (igual o superior a 45 o uno menor pero más de tres ítems críticos con repuestas de puntaje alto)

Tienen un tiempo límite de 30 minutos, es individual y las instrucciones que se dan son: conteste una sola respuesta, responda de forma individual y no de respuestas falsas, mas instrucciones generales sobre los datos de filiación.

4. Para la valoración de la funcionalidad familiar se utilizó el test de Apgar Familiar el cual se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los 5 ítems para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar son los siguientes:
 1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
 2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
 3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
 4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?
 5. ¿Siente que su familia le quiere?

Estos ítems se califican con el siguiente puntaje: Casi Nunca = 0, A veces = 1, Casi Siempre = 2. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 0 - 2
- Disfuncional grave: 3 - 6

5. Además se utilizó de test de Criterios de Diagnostico del Episodio Depresivo Mayor DSM-IV para valorar la depresión, los síntomas de Trastornos de ansiedad

generalizada para valorar ansiedad, el test DSM IV Para la Dependencia de Sustancias Psicoactivas que se incluyen dentro del marco teórico.

6. Inmediatamente que se recojan los datos se introducirán los mismos en el formulario electrónico creado previamente en el sistema estadístico SPSS 13.0.

CAPITULO 5

RESULTADOS

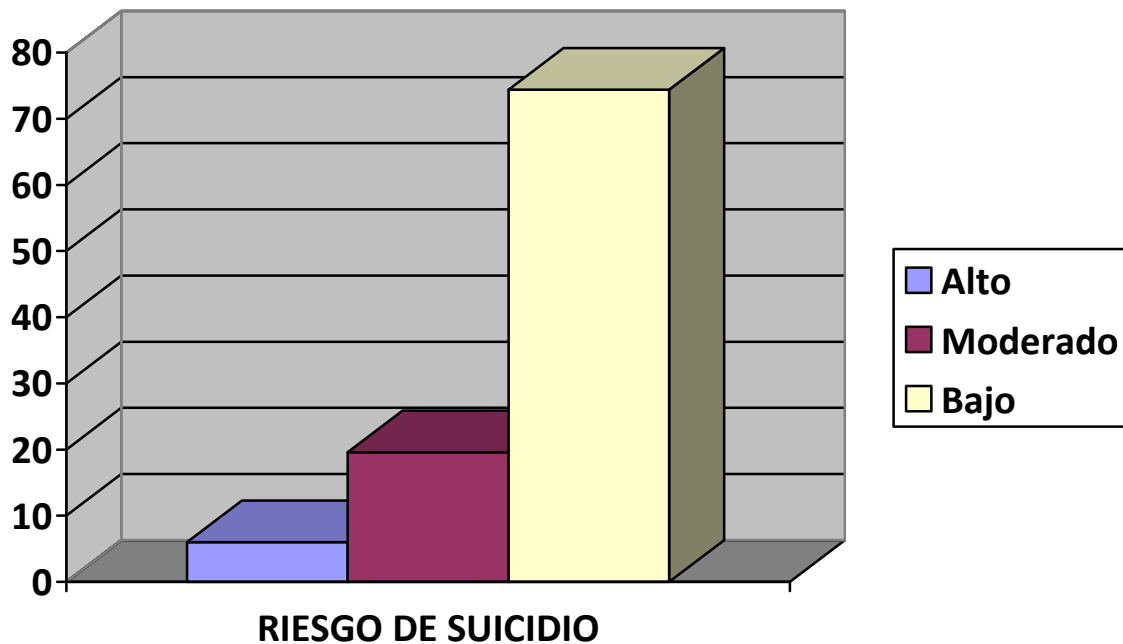
La muestra estuvo conformada por 398 participantes luego de la eliminación de aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, de estos el 41,5% fueron hombres (n=165) y el 58,5% mujeres (n=233), todos entre 18 y 19 años, estudiantes del primer año y segundo año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca durante el año 2007, de estos el 97% fueron solteros (n=386) y 3% (n=12) vivían en Unión Libre, ninguno estaba casado o divorciado.

Tabla No.1
Prevalencia del Riesgo Suicida
Escuela de Medicina
Cuenca - Ecuador 2007

	Frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
ALTO	24	6,0	6,0
MODERADO	78	19,6	25,6
BAJO	296	74,4	100,0
Total	398	100,0	

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

Grafico No.1
Prevalencia del Riesgo Suicida
Escuela de Medicina
Cuenca - Ecuador 2007



Fuente: Tabla N°1, Elaboración: Los Autores

Como se observa en la tabla N° 1 la prevalencia de riesgo de suicidio es el siguiente: Alto es de 6,0% (n=24), Moderado es de 19,6% (n=78). Si sumamos ambos porcentajes nos damos cuenta que el 25,6% de los encuestados tienen un considerable riesgo de cometer suicidio, es decir 1 de cada 4 estudiantes de medicina entre 18 y 19 años.

Tabla No.2
Distribución del Riesgo Suicida por Género
Escuela de Medicina
Cuenca - Ecuador 2007

		RIESGO SUICIDA		Total
		RIESGO MODERADO ALTO	RIESGO LEVE	
GENERO	FEMENINO	63 27,0%	170 73,0%	233 100,0%
	MASCULINO	39 23,6%	126 76,4%	165 100,0%
Total		102 25,6%	296 74,4%	398 100,0%

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

Como se observa en la tabla N° 2 las mujeres tienen un 27,0% (n=63) de riesgo moderado o alto para cometer suicidio mientras que los hombres representan el 23,6 % (n=39). Si sumamos los dos representa un 25,6% (n=102) de estudiantes encuestados que tienen riesgo significativo para cometer suicidio. Es decir 1 de cada 4. El Chi Cuadrado es de 0,259 y el Odds Ratio de 1,19 (0,75-1,89)

Tabla No.3
Distribución del Riesgo Suicida por Estado Civil
Escuela de Medicina
Cuenca - Ecuador 2007

		RIESGO SUICIDA		Total
		RIESGO MODERADO ALTO	RIESGO LEVE	
ESTADO CIVIL	Soltero	94 24,4%	292 75,6%	386 100,0%
	Unión Libre	8 66,7%	4 33,3%	12 100,0%
Total		102 25,6%	296 74,4%	398 100,0%

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

Como se observa en la tabla N° 3 la mayoría de los estudiantes fueron solteros, de estos el 24,4% (n=94) presentan riesgo moderado o alto de suicidio mientras que el 66.7% (n=8) de los que viven en unión libre presentaron riesgo moderado o alto de suicidio. Los resultados de las pruebas estadísticas a pesar de que en una de las casillas el valor es menor a 5 en la tabla del dos por dos y puede generar sesgos, son: Chi Cuadrado 0,003 y el Odds Ratio de 0,16 (0,047 – 0,54)

De acuerdo a los criterios del DSMIV que fueron valorados para la determinación de la presencia o ausencia de depresión, encontramos que el 25,1% (n=100) de los estudiantes presentan algún grado de depresión y cuando la cruzamos con el riesgo de suicidio para el análisis encontramos los siguiente

Tabla No.4
Distribución del Riesgo Suicida y Depresión
Escuela de Medicina
Enero-Agosto 2007

	RIESGO SUICIDA		Total
	RIESGO MODERADO ALTO	RIESGO LEVE	
DEPRESION SI	58 58,0%	42 42,0%	100 100,0%
NO	44 14,8%	254 85,2%	298 100,0%
Total	102 25,6%	296 74,4%	398 100,0%

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

El Odds Ratio encontrado fue de 7,97 (4,78-13,27) con una P menor a 0,005, el 58% (n=58) de los estudiantes con depresión presentaron riesgo moderado o alto, mientras que apenas el 14,8% (n=44) de los que no presentaron depresión presentaron riesgo moderado o alto de suicidio.

El 33,4% (n=133) de los estudiantes encuestados (n=398) presentaron algún grado de ansiedad, cuando se cruzó esta variable con el riesgo de suicidio se obtuvieron estos resultados:

Tabla No.5
Distribución del Riesgo Suicida y Ansiedad
Escuela de Medicina
Cuenca – Ecuador 2007

		RIESGO SUICIDA		Total
		RIESGO MODERADO ALTO	RIESGO LEVE	
ANSIEDAD	SI	65 48,9%	68 51,1%	133 100,0%
	NO	37 14,0%	228 86,0%	265 100,0%
Total		102 25,6%	296 74,4%	398 100,0%

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

El Chi Cuadrado es menor al 0,005 y tiene un Odds Ratio de 5,89 (3,63-9,57). Como se puede observar en la tabla N°5 el 48,9% (n=65) de los estudiantes que presentaron ansiedad presentaron un riesgo moderado y/o alto para cometer suicidio mientras que entre los que no presentaron ansiedad el porcentaje es de 14,0% (n=37).

De los 398 estudiantes a los que se le aplicó el test de Apgar para determinar la funcionabilidad familiar se encontró que el 32,7% (n=130) de los estudiantes presentaron algún grado de disfunción familiar, cuando esta variable se cruzó para el análisis con el riesgo de suicidio se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla No.6
Distribución del Riesgo Suicida y Disfunción Familiar
Escuela de Medicina
Cuenca – Ecuador 2007

		RIESGO SUICIDA		Total
		RIESGO MODERADO ALTO	RIESGO LEVE	
DISFUSION FAMILIAR	DISFUNCIONAL	60 46,2%	70 53,8%	130 100,0%
	FUNCIONAL	42 15,7%	226 84,3%	268 100,0%
Total		102 25,6%	296 74,4%	398 100,0%

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

Como se observa el 46,2% (n=60) de los estudiantes con familias disfuncionales presentan riesgo moderado o alto de suicidio, mientras que apenas el 15,7% (n=42) de las familias de los estudiantes sin disfunción presentaron riesgo moderado o alto de suicidio. Esto nos da un Chi cuadrado menor a 0,005 y un Odds Ratio de 4,62 (2,8-7,43).

El 43,2% (n=172) ingiere alcohol; de estos un alto porcentaje, (63,6% n=105) son varones y apenas el 28,8% n=67 son mujeres, se obtuvo para buscar asociación el Odds Ratio y para la significancia estadística el Chi cuadrado, encontrando para este caso que el Odds Ratio

es de 4,33 (2,83-6,63), cuando esta variable la analizamos considerando el riesgo moderado y alto de suicidio se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla No.7
Distribución del Riesgo Suicida y Uso de Alcohol
Escuela de Medicina
Cuenca – Ecuador 2007

		RIESGO SUICIDA		Total
		RIESGO MODERADO ALTO	RIESGO LEVE	
USO DE ALCOHOL	SI	35 20,3%	137 79,7%	172 100,0%
	NO	67 29,6%	159 70,4%	226 100,0%
Total		102 25,6%	296 74,4%	398 100,0%

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

En esta tabla colocamos como riesgo al consumo de alcohol independiente de otras variables como factor asociado al riesgo moderado y/o alto de suicidio determinado por test ISO-30, se obtuvo un Chi Cuadrado de 0,035 y un Odds Ratio de 0,60 (0,38 - 0,96).

Sin embargo en el test valoramos a aquellos estudiantes que no solo ingieren alcohol sino que ya tienen problemas con el alcohol de acuerdo como lo plantean los criterios del DSMIV por lo que los resultados son:

Tabla No.8
Distribución del Riesgo Suicida y Problemas con el Alcohol
Escuela de Medicina
Cuenca – Ecuador 2007

	RIESGO SUICIDA		Total	
	RIESGO MODERADO ALTO	RIESGO LEVE		
PROBLEMAS CON EL ALCOHOL	SI	10 22,7%	34 77,3%	44 100,0%
	NO	92 26,0%	262 74,0%	354 100,0%
Total	102 25,6%	296 74,4%	398 100,0%	

Fuente: Formularios, Elaboración: Los Autores

Como se observa el 22,7% (n=10) de los estudiantes con problemas con el alcohol (n=102) presentaron riesgo moderado y alto para el suicidio pero el 26,0% (n=92) de los que no tienen problema con el alcohol presentaron riesgo moderado o alto para el suicidio. El Chi Cuadrado es de 0,397 y el Odds Ratio de 0,83 (0,39-1,76)

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año a nivel mundial, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS), es por esto la importancia de la búsqueda e identificación de los factores que nos orienten a identificar a un posible suicida. En un estudio realizado por Hayes en estudiantes de 80 escuelas de Medicina se observó que la tasa de suicidio en estos estudiantes fue de 15,6/100.000 (23). Lamentablemente en el Ecuador no hay estudios publicados sobre riesgo de cometer suicidio en estudiantes de Medicina, siendo esta una base para futuros estudios en este tema.

Los resultados del presente estudio muestran una prevalencia de riesgo alto suicida del 6% y de riesgo moderado suicida del 19,6% por lo que en suma encontramos una prevalencia del 25,6% significativamente importante de riesgo suicida, es decir que si analizamos el problema nos damos cuenta que uno de cada cuatro estudiantes del estudio tienen un riesgo importante de cometer suicidio.

Entre los conflictos precipitantes de la conducta suicida se destacaron el estado civil, la depresión, la ansiedad y la disfunción familiar.

En relación a los resultados obtenidos en estudios citados en este trabajo como el realizado en el área de Psiquiatría del Hospital Militar de Camagüey – Cuba sobre el comportamiento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes en donde hubo predominio en un 69,5% de

solteros (35); a pesar que dentro de la muestra obtenida de nuestro estudio no hubieron personas casadas ni divorciadas, se encontró una mayor frecuencia de riesgo suicida en personas sin vínculo de pareja principalmente en solteras con un 92,15% (n=94) de un total de 102 personas con Riesgo Suicida Moderado y/o Alto. Hay que aclarar que este hallazgo puede deberse a la juventud de la muestra. Esta variable es de gran importancia pues el apoyo dado a una persona ya sea por su familia o pareja ayuda a sobrellevar la carga diaria de estrés y depresión.

La depresión en la adolescencia se da a menudo junto con otros trastornos en respuesta a tensiones internas y externas. Por tanto, la depresión y los trastornos de ansiedad con frecuencia tienen lugar simultáneamente. El riesgo que tiene un individuo de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida es de 4,4%, un índice bastante bajo de depresión, pero los síntomas pueden poner en riesgo la vida de los afectados (37). De las 100 personas que tuvieron depresión el 58% (n=58) tuvieron riesgo suicida moderado y/o alto, estas cifras sobrepasan el 15% pacientes con intentos de suicidio que tenían depresión encontrados en un estudio realizado por Greden en estudiantes adolescentes (47).

En estudios realizados por el Consejo Nacional del Menor y la Familia de Colombia se encontró que la frecuencia de Trastornos de Ansiedad se presentó en el 26,6% de los casos, los resultados encontrados en nuestro estudio al igual que en el citado demuestran la gran cantidad de estudiantes con problemas de ansiedad, ya que se observa que de las 133 personas que tuvieron ansiedad el 48,9% (n=65) tuvieron riesgo suicida moderado y/o alto.

En cuanto a la funcionalidad familiar observamos que de 130 personas con disfuncionalidad familiar el 46,2% (n=60) tuvieron riesgo de suicidio moderado y/o alto, es decir casi uno de cada dos estudiantes viven una disfunción familiar, cifra que indica la gran interrelación existente entre estas dos variables, como lo encontrdo en el estudio

realizado por Arias A. y colaboradores en el Centro Médico Nacional Siglo XXI en México en donde se encontró que todas los adolescentes encuestados que intentaron suicidarse presentaban una disfunción familiar grave. (42)

Todas estas variables descritas connotan una gran importancia en el riesgo de cometer suicidio por lo que se debería poner énfasis en el tratamiento de las mismas para identificar a las personas con riesgo de esta patología.

CAPITULO 7

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

Luego de analizado los casi 28.000 datos, haber realizado los diagnósticos de los factores de riesgo y haber cruzado las variables para la identificación del riesgo suicida y la asociación de estos factores con los riesgos moderado y alto de cometer suicidio; podemos concluir que:

1. De los 398 encuestados que formaron parte del estudio y luego de la eliminación de aquellos que no cumplían los criterios de inclusión, el 41,5% fueron hombres (n=165) y el 58,5% mujeres (n=233), todos entre 18 y 19 años, estudiantes del primer año y segundo año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca durante el periodo Enero Agosto del 2007, de estos el 97% fueron solteros (n=386) y 3% (n=12) vivían en Unión Libre, ninguno estaba casado o divorciado.
2. La prevalencia del riesgo de suicidio es el siguiente: Alto es de 6,0% (n=24) Moderado es de 19,6% (n=78)
3. La asociación se valoró utilizando el Chi Cuadrado y Odds Ratio que lo resumimos en la siguiente tabla:

FACTOR ASOCIADO	ODSS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE p
Género	1.19	0.75 – 1.89	0.259
Estado Civil	0.16	0.047 – 0.54	0.003
Depresión	7.97	4.78 – 13.27	< 0.005
Ansiedad	5.89	3.63 – 9.57	< 0.005
Uso de Alcohol	0.60	0.38 – 0.96	0.035
Abuso de alcohol	0.83	0.39 - 1.76	0.397
Disfunción familiar	4.62	2.8 – 7.43	< 0.005

4. Entonces los riesgos asociados a riesgo elevado de cometer suicidio son los siguientes:

- Estado Civil
- Depresión
- Ansiedad
- Disfunción Familiar

7.2 RECOMENDACIONES

Por su frecuencia y magnitud, el intento de suicidio merece mayores estudios en nuestro medio. En base a los hallazgos del estudio sugerimos:

1.- Hacer evaluaciones estudiantiles para valorar factores de riesgo de suicidio y ponerse mayor énfasis en el reforzamiento del ámbito sentimental y familiar en el que se desarrolla el estudiante, ya que son estos factores los que desencadenan con mayor frecuencia un acto suicida en nuestro medio, y su adecuada intervención, podría evitar futuros episodios.

2.- La generación de un protocolo de manejo del intento de suicidio en los servicios de emergencia de los hospitales generales, con el objeto de poder definir la gravedad del intento suicida y decidir que pacientes ameritan permanencia en emergencia, hospitalización o transferencia a un hospital o centro psiquiátrico.

3.- Contar con un psiquiatra o residente de psiquiatría en los servicios de emergencia de los hospitales generales, sobre todo para la evaluación de los pacientes suicidas que no

requieren hospitalización, con el objeto de detectar enfermedades psiquiátricas y determinar su seguimiento por consulta externa.

3.- Realizar más estudios en este campo, en un período anual (para determinar estacionalidad), con un mayor número de encuestados y el estudio de otras variables, que nos ayuden a entender mejor este complejo fenómeno.

CAPITULO 8

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud, Perfil del País, Ecuador, Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 2, junio 2004
2. Hospital Vicente Corral Moscoso, Archivo del Servicio de Emergencia, Cuenca, 2007.
3. Censo Poblacional del Ecuador 2001. Disponible en: www.inec.gov.ec
4. Hospital Homero Castanier Crespo, Archivos del Servicio de Emergencia, Azogues, 2006.
5. Consejo de Seguridad Ciudadana, Archivo de registro de llamadas, I. Municipalidad de Cuenca, 2006.
6. GORENC K.-D. ⁽¹⁾; FLORES J. A. ⁽¹⁾; PEREDO S. ⁽¹⁾ ; ABREU L. F. ⁽¹⁾ ; PACURUCU S. ⁽¹⁾ ; NUNEZ R. ; Los suicidios sin registrar en México y Ecuador : un estudio comparativo Revista mexicana de sociología 1999, vol. 61, n°1, pp. 123-149 (4 p.3/4) ISSN 0188-2503
7. Larraguibel Q., Marcela, Gonzales M., Patricia, Martinez N., Vania, et al. Riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev. chil. pediatr., mayo 2000, vol.71, no.3, p.183-191. ISSN 0370-4106.
8. GRANMEGNA S, Gloria, LORA L, Rocío y AHUMADA F, Paulina. Análisis base de datos LARRAGUIBEL Q., Marcela, GONZALEZ M., Patricia, MARTINEZ N., Vania et al. Factores de unidad de hospitalización de corta estadía (uhce):

- Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. Rev. chil. neuro-psiquiatr., mar. 2006, vol.44, no.1, p.23-38. ISSN 0717-9227.
9. MENDEZ, Juan Carlos, OPGAARD, Alfredo y REYES, Jimmy. Suicidio en la Región de Antofagasta 1989-1999 ¿Existe una tendencia creciente. Rev. chil. neuro-psiquiatr., oct. 2001, vol.39, no.4, p.296-302. ISSN 0717-9227.
 10. RODRIGUEZ VALDES, Roberto, PEDRAZA VILELA, Magalys y BURUNATE POZO, Mercedes. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. Rev Cub Med Mil, ene.-mar. 2004, vol.33, no.1, p.0-0. ISSN 0138-6557
 11. Organización Mundial de la Salud, “Prevención del Suicidio en Adolescentes, Un instrumento para docentes y demás personal institucional” WHO/MNH/MBD/00.3 2001
 12. HAQUIN F, Carlos, LARRAGUIBEL Q, Marcela y CABEZAS A, Jorge. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. Rev. chil. pediatr., oct. 2004, vol.75, no.5, p.425-433. ISSN 0370-4106.
 13. Riera C, Alonso O, Massid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana: MINSAP; 1989.
 14. Guibert Reyes, Wilfredo. Epidemiología de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr, Abr 2002, vol.18, no.2, p.139-142. ISSN 0864-2125
 15. Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA). Red de Información. “Cartilla de indicadores sobre adolescentes ecuatorianos, 2001. (SIISE – SININEZ 1999, INEC - Estadísticas Vitales 1999)

16. Serfaty E: Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana* 1998; 1: 105-10.
17. Hawton K, Fagg J: Deliberate self-poisoning and self injury in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1976-1989. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 816-23. [Medline]
18. Hollis C: Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 622-30.
19. Organización Mundial de la Salud: Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones. OMS, Ginebra, 2004
20. Council on Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project, Stage II. *JAMA* 1987; 257:2949-2953. Disponible en : www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf.
21. Samkoff JS, Hockenberry S, Simon LJ et al. Mortality of young physicians in the United States, 1980-1988. *Acad Med* 1995; 70:242-244. Disponible en: www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v13n1/v13n1ao3.pdf.
22. Prevalencia de depresión en estudiantes de Quinto año de la facultad de medicina de la UNNE – Año 2003. Hidalgo, Emilio J. - Cendali, Juan M. - Cerutti, Marcelo A. Cuenca, Juan G. D. - Kappaun, Beatriz N. Facultad de Medicina - UNNE - Moreno 1240
23. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS. Suicide ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989;321:1209-14.

24. HERRERA SANTI, Patricia M y AVILES BETANCOURT, Kenya. Factores familiares de riesgo en el intento suicida. Rev Cubana Med Gen Integr, mar.-abr. 2000, vol.16, no.2, p.134-137. ISSN 0864-2125.
25. Hernández Trujillo, Ariane, Rebustillo Escudero, Gloria Teresita, Danauy Enamorado, Marlene de la C et al. Influencia del medio familiar en un grupo de 5 a 19 años con riesgo suicida. Rev Cubana Med Gen Integr, jul.-ago. 1999, vol.15, no.4, p.372-377. ISSN 0864-2125
26. GUIBERT REYES, Wilfredo y DEL CUETO DE INASTRILLA, Eloísa R. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr, sep.-oct. 2003, vol.19, no.5, p.0-0. ISSN 0864-2125.
27. PENA GALBAN, Liuba Y., CASAS RODRIGUEZ, Ludmila, PADILLA DE LA CRUZ, Manuel et al. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. Rev Cub Med Mil, jul.-sep. 2002, vol.31, no.3, p.182-187. ISSN 0138-6557.
28. GUIBERT REYES, Wilfredo y TORRES MIRANDA, Niurka. Intento suicida y funcionamiento familiar. Rev Cubana Med Gen Integr, sep.-oct. 2001, vol.17, no.5, p.452-460. ISSN 0864-2125.
29. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. Prevención del Suicidio: Un Instrumento para trabajadores de Atención Primaria en Salud, 2002. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/prevetrabajad.doc>

30. Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra, 2002. Pag. 11, 12.
31. G. Ayala Espinosa¹, JB. Martí Lloret¹ y F. Rodes Lloret. Incidencia del suicidio consumado en el partido judicial de San Vicente del Raspeig (Alicante). Consummated suicide rate in the judicial district of San Vicente del Raspeig (Alicante). 2005
32. Wasserman D, Cheng Qi y Jiang G. Estimación de la tasa global de suicidios entre los jóvenes de 15 a 19 años. World Psychiatry, 2005.
33. Ceballos G. Características de las Personas que consumaron Suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: Un informe de casos. Universidad de Magdalena, 2003. Disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=239&mode=thread&order=0&thold=0>
34. Veiting DM, Rathus JH, Miller AL. MACI personality scale profiles of depressed adolescent suicide attempters: a pilot study. Million adolescent clinical inventory. J Clin Psychol 2000;56(10):1381-5.
35. Rodríguez R. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida, 2004. Rev Cubana Med Milit 2004;33(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/Vo33_1_04/mil04104.htm#cargo
36. Duran D. Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú - Tomo LXII Septiembre-Diciembre, N°3-4 2002 Intento de Suicidio y depresión mayor en el servicio de Emergencia de un Hospital General. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiquiatria/v62_n3-4/indice99_3-4.htm

37. Toro, R., Yepez, L.E., *Psiquiatria, Fundamentos de Medicina*, CIB, Medellín Colombia, 1997.
38. Craig, G., *Desarrollo Psicológico*, Pentice Hall, 8va Ed, Mexico, 2001.
39. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Ed. Masson 3ra Reimpresión de la 1ra. Edición. Madrid España 2004
40. Vallejo R. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 4ª edición. Barcelona: Masson S.A.; 2000.
41. Serfaty E, et all. *Trastornos de Ansiedad en Adolescentes*. Centro de Investigaciones Epidemiológicas-Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. 2002.
42. Gomes A, et all. *Intento de Suicidio en Adolescentes*. Bol. méd. Hosp. Infant. Méx;51(11):701-5, nov. 1994. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=143311&indexSearch=ID#refine>
43. CAMPOS MARCO et al, *Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*, Liseo de Aserri-Colegio Nuestra Señora de los desamparados, San José Costa Rica 2004.
44. Bravo P. *Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali*. Colombia Médica, 2005; 36: 146-152 - ISSN 1657-9534

45. King. J., Kowalchuk, V., ISO – 30, Inventory of Suicide Orientations, Minnesota: National Computer Systems, 1994
46. Cosullo, M., Bonaldi, P., Liporace, M., Comportamientos Suicidas en la adolescencia, Morir antes de la muerte, 2da Ed, Buenos Aires, Argentina, 2004.
47. Greden JF. (2001). The burden of Recurrent Depression: Causes, Consequences, and Future Prospects. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 22): 5-14.
48. Ortiz, J., Diagnóstico Comunitario de Salud, Facultad de Ciencias Médicas, 2003.
49. Capote A., Oliveira K. Intento suicida y su relación con el abuso de alcohol. Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "René Vallejo Ortiz de Camagüey. 2000

CAPITULO 9

ANEXOS

ANEXO N° 1

DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad: Tiempo que ha vivido la persona. Esta es una variable cuantitativa continua.	Biológica Edad	Años Cumplidos	Número de años
Género: Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes. Esta es una variable cualitativa que se refiere al género sexual.	Biológica Tipo de Género	Fenotipo	Masculino Femenino
Estado Civil: Condición de vinculo o no de convivencia de pareja ante la ley e inscrito en el Registro Civil.	Tipo de Estado Civil	Formulario de Prevalencia de Riesgo de Suicidio en Estudiantes de Medicina, Cuenca 2007, Identificación de Riesgos Asociados.	Soltero Casado Divorciado Unión Libre
Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las	Mental Depresión	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL EPISODIO	SI NO

<p>funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.</p> <p>Trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.</p>		<p>DEPRESIVO MAYOR DSM-IV</p>	
<p>Ansiedad: Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, caracteriza por síntomas físicos generalizados y persistentes cuyo síntoma cardinal es la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., a menudo con ansiedad anticipatoria.</p>	<p>Mental Ansiedad</p>	<p>Criterios</p> <p>Desasosiego o inquietud motora. Fatigabilidad fácil.</p> <p>Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.</p> <p>Irritabilidad.</p> <p>Tensión muscular.</p> <p>Trastorno del sueño (dificultad para</p>	<p>SI NO</p>

		conciliarlo, mantenerlo, o sueño inquieto no reparador).	
<p>Funcionamiento Familiar:</p> <p>Características de roles de los miembros de la familia y la percepción que tienen de su familia.</p>	Características de roles y percepción:	<p>Resultados del test de Apgar Familiar</p> <p>Nomofuncional,</p> <p>Disfuncional leve,</p> <p>Disfuncional Grave</p>	<p>7-10 normofunción</p> <p>0-2 disfunción leve</p> <p>0 disfunción grave</p>
<p>Alcoholismo:</p> <p>Enfermedad ocasionada por abuso del alcohol; la incapacidad de abstenerse de iniciar el consumo o de detener la ingestión una vez comenzada. Trastorno crónico del comportamiento, manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres</p>	Alcohol	DSM IV para la Dependencia de Sustancias Psicoactivas.	<p>SI</p> <p>NO</p>

<p>dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud y con el funcionamiento social del individuo”.</p>			
---	--	--	--

Anexo N° 2

**UNIVERSIDAD DE CUENCA,
“PREVALENCIA DEL RIESGO DE SUICIDIO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE CUENCA: IDENTIFICACION DE LOS FACTORES ASOCIADOS”
CUENCA, 2007**

La presente encuesta está destinada a identificar el riesgo que usted tiene de cometer suicidio, se identifican además algunos factores que están asociados a este riesgo. La información que usted nos provea será manejada con absoluta reserva, es decir no será divulgados sus datos personales. Si usted está de acuerdo en colaborar por favor llene el formulario y siga las instrucciones.

I SECCION: Datos de filiación

No.		Estado Civil	1	Soltero ()
Nombre			2	Casado ()
			3	Unión Libre ()
Curso			4	Divorciado ()
Edad	años			
Fecha	/ /			
día/mes/año		Sexo	1	Masculino ()
			2	Femenino ()

G01	Toma usted medicamentos para la depresión	1 SI ()	2 NO ()
G02	Toma usted tranquilizantes	1 SI ()	2 NO ()
G03	Está recibiendo tratamiento con un psiquiatra o psicólogo	1 SI ()	2 NO ()
G04	Estoy recibiendo tratamiento con medicamentos por largo tiempo (en caso de que sea SI indique cual y para que)		
	Cual	1 SI ()	2 NO ()
	Para que enfermedad		

II SECCION: Depresión y Ansiedad

**Por favor conteste con la verdad y señale una sola respuesta
En los últimos dos meses:**

D01	Tengo el ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, me irrito con facilidad, lloro por todo	1 SI ()	2 NO ()
-----	---	----------	----------

D02	No me divierte ni quiero hacer nada, no tengo interés por nada, la mayor parte del día, casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
D03	He perdido-ganado peso en estos meses, últimamente tengo poca-mucha hambre casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
D04	La gente me dice que hago las cosas muy lentamente casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
D05	Me falta energía para realizar mis actividades, me cuesta asistir a clases casi todos los días.	1 SI ()	2 NO ()
D06	Siento que la culpa de lo que pasa es mía y por eso me siento mal casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
D07	Últimamente he pensado en la muerte, me he preguntado que pasaría si me suicidio incluso he pensado en la forma como lo haría	1 SI ()	2 NO ()
D08	Ha muerto algún ser querido en los últimos 2 meses	1 SI ()	2 NO ()
DA01	Tengo mucho sueño o no puedo dormir casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
DA02	La gente me dice que estoy inquieto/a o casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()
DA03	No puedo pensar, ni concentrarme, casi todos los días	1 SI ()	2 NO ()

DA04	Todo esto me afecta en mi vida diaria, incluso en mi colegio y con mis amigos/as las cosas no van bien	1 SI ()	2 NO ()
------	--	----------	----------

A01	Me produce mucha ansiedad cualquier cosa, todo me preocupa incluso las cosas más sencillas. No puedo controlar ese nerviosismo	1 SI ()	2 NO ()
-----	--	----------	----------

A02	Tengo tensión en los músculos que me molesta, todo por mis preocupaciones	1 SI ()	2 NO ()
-----	---	----------	----------

III SECCION: Uso de Alcohol

G05	Toma licor? (si responde NO pase a la IV Sección)	1 SI ()	2 NO ()
-----	---	----------	----------

En los últimos 12 meses le ha pasado o le pasa ahora

DEP01	Ahora cuando tomo ya no me embriago con la misma cantidad, aguanto más	1 SI ()	2 NO ()
-------	--	----------	----------

DEP02	Cuando dejo de tomar, necesito seguir tomando para que no me haga daño, si no vuelvo a tomar, me dan nervios, no puedo hacer nada, ni siquiera concentrarme para estudiar	1 SI ()	2 NO ()
-------	---	----------	----------

DEP03	He visto incluso visiones o he escuchado voces si dejo de tomar, el trago me ayuda para no tener esas cosas	1 SI ()	2 NO ()
-------	---	----------	----------

DEP04	Ahora tomo más y por más tiempo que antes sin problemas	1 SI ()	2 NO ()
-------	---	----------	----------

DEP05	Por más que quiero no puedo dejar de tomar, así sea un poco	1 SI ()	2 NO ()
-------	---	----------	----------

DEP06	Hago lo que sea para conseguir y tomar alcohol, pido prestado plata o busco con quien tomar no importa si tengo que buscar a alguien que me acompañe todo el día	1 SI ()	2 NO ()
-------	--	----------	----------

DEP07	He llegado a robar para conseguir dinero para el alcohol o he mentado que necesito plata para otras cosas y la gasto en alcohol	1 SI ()	2 NO ()
DEP08	He faltado a clases por culpa del alcohol, por tomar o por estar "chuchaqui" me he sentido enfermo y no he ido a clases	1 SI ()	2 NO ()
DEP09	Por tomar tengo problemas en mi casa con mis padres	1 SI ()	2 NO ()
DEP10	Mis amigos/as ya no se llevan conmigo porque tomo mucho, pero he conseguido otros/as que toman conmigo	1 SI ()	2 NO ()
DEP11	Ya no hago deporte ni ninguna otra actividad que hacía antes en mi tiempo libre porque estoy tomado/a o por conseguir alcohol	1 SI ()	2 NO ()
DEP12	Estoy conciente que tengo un problema con el alcohol pero no puedo hacer nada para evitarlo	1 SI ()	2 NO ()

IV SECCION: Funcionamiento Familiar

F01	Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema	1 Casi Nunca ()	2 A veces ()	3 Siempre ()
F02	Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa	1 Casi Nunca ()	2 A veces ()	3 Siempre ()
F03	Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa	1 Casi Nunca ()	2 A veces ()	3 Siempre ()
F04	Está satisfecho con el tiempo que Ud. y su familia pasan juntos	1 Casi Nunca ()	2 A veces ()	3 Siempre ()

F05	Siente que su familia le quiere	1 Casi Nunca ()	2 A veces ()	3 Siempre ()
-----	---------------------------------	------------------	---------------	---------------

V SECCIÓN: Riesgo de Suicidio (ISO - 30)

T01	Debo ser un/a soñador/a porque siempre estoy esperando cosas que no resultan, que no pasan	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
-----	--	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

T02	Tengo muchas oportunidades de ser feliz en el futuro	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
-----	--	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

T03	Generalmente pienso que hasta los peores sentimientos desaparecerán	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
-----	---	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

T04	Ante un fracaso, confío en que las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no perderán la esperanza en mí	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
-----	--	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

T05	Las personas con las que me relaciono (con las que me llevo) no me necesitan para nada	1 No estoy de acuerdo en nada ()	2 Estoy en parte en desacuerdo ()	3 Estoy en parte de acuerdo ()	4 Estoy de acuerdo en todo ()
-----	--	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

T06	Mientras crecía me hicieron creer que la vida podría ser justa
	<p>1 No estoy de acuerdo en nada ()</p> <p>2 Estoy en parte en desacuerdo ()</p> <p>3 Estoy en parte de acuerdo ()</p> <p>4 Estoy de acuerdo en todo ()</p>

T07	La mayor parte de mi vida se ha desarrollado en la forma que escogí
	<p>1 No estoy de acuerdo en nada ()</p> <p>2 Estoy en parte en desacuerdo ()</p> <p>3 Estoy en parte de acuerdo ()</p> <p>4 Estoy de acuerdo en todo ()</p>

T08	Debería ser capaz de hacer que duren los buenos momentos, pero no puedo
	<p>1 No estoy de acuerdo en nada ()</p> <p>2 Estoy en parte en desacuerdo ()</p> <p>3 Estoy en parte de acuerdo ()</p> <p>4 Estoy de acuerdo en todo ()</p>

T09	Creo que causo problemas a la gente que me rodea
	<p>1 No estoy de acuerdo en nada ()</p> <p>2 Estoy en parte en desacuerdo ()</p> <p>3 Estoy en parte de acuerdo ()</p> <p>4 Estoy de acuerdo en todo ()</p>

T10	El suicidio es la solución para evitar que las cosas no empeoren
	<p>1 No estoy de acuerdo en nada ()</p> <p>2 Estoy en parte en desacuerdo ()</p> <p>3 Estoy en parte de acuerdo ()</p> <p>4 Estoy de acuerdo en todo ()</p>

T11	Siento que me mintieron, ya que la vida no es para nada justa
	<p>1 No estoy de acuerdo en nada ()</p> <p>2 Estoy en parte en desacuerdo ()</p> <p>3 Estoy en parte de acuerdo ()</p> <p>4 Estoy de acuerdo en todo ()</p>

T12	Cuando me pasa algo malo siento que mis esperanzas de una vida mejor son poco reales
	<p>1 No estoy de acuerdo en nada ()</p> <p>2 Estoy en parte en desacuerdo ()</p> <p>3 Estoy en parte de acuerdo ()</p> <p>4 Estoy de acuerdo en todo ()</p>

T13	Si lo necesito, aun cuando estoy enojado/a por algo, puedo forzarme a mi mismo a pensar claramente	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T14	Generalmente creo que las personas que son importantes para mí comprenden mis sentimientos bastante bien	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T15	Creo que seré incapaz de encontrar suficiente valor para enfrentar la vida	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T16	Tengo las cualidades personales que necesito para que me guíen hacia una vida feliz	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T17	Aun cuando me siento sin esperanza, creo que de pronto las cosas pueden mejorar	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T18	Cuando en mi vida tengo dificultades me domina una confusión de sentimientos	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T19	Siento que no pertenezco a ningún lado	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T20	Pienso que una forma de solucionar mis problemas es morirme	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T21	Siento que es injusto cuando alguien logra lo que yo no tengo (o puedo)	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T22	Siento que tengo control sobre mi vida	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T23	Cuando tengo emociones fuertes mi cuerpo se siente fuera de control. Domina mi carácter y no puedo pararlo	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T24	Cuando fracaso, quiero esconderme, desaparecer	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T25	Para no sentirme mal o solo/a, pienso que la solución es morirme	
	1 No estoy de acuerdo en nada	()
	2 Estoy en parte en desacuerdo	()
	3 Estoy en parte de acuerdo	()
	4 Estoy de acuerdo en todo	()

T26	Pensaba que podía ser alguien especial, pero ahora veo que no es verdad. Nadie me amaría si realmente me conociera bien
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T27	Es posible que me convierta en el tipo de persona que quiero ser
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T28	Nunca sentí que estuviera a punto de hacerme pedazos (derrumbarme)
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T29	Los buenos sentimientos que la gente tiene a cerca de mí son un error. Es cuestión de tiempo porque los voy a defraudar.
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

T30	Si las cosas empeoran, creo que me mataría
	1 No estoy de acuerdo en nada ()
	2 Estoy en parte en desacuerdo ()
	3 Estoy en parte de acuerdo ()
	4 Estoy de acuerdo en todo ()

Muchas gracias por su colaboración

Responsable:
