

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

VALORACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO
HENRÍQUEZ UREÑA, ENERO-JUNIO, 2020.



Trabajo de grado presentado por Simon Báez y Gustavo Martinez
para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional, 2020.

CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	11
I.1. Antecedentes	12
I.2. Justificación	15
II. Planteamiento del problema	17
III. Objetivos	19
III.1. General	19
III.2. Específicos	19
IV. Marco teórico	20
IV.1. Depresión	20
IV.1.1. Historia	20
IV.1.2. Definición	22
IV.1.3. Etiología	24
IV.1.4. Clasificación	27
IV.1.5. Fisiopatología	28
IV.1.6. Epidemiología	35
IV.1.7. Diagnóstico	37
IV.1.7.1. Clínico	38
IV.1.8. Diagnóstico diferencial	44
IV.1.9. Tratamiento	46
IV.1.10. Complicaciones	51
IV.1.11. Pronóstico y evolución	51
IV.1.12. Prevención	52
IV.2. Suicidio	54

IV.2.1. Historia	54
IV.2.2. Definición	58
IV.2.3. Etiología	60
IV.2.4. Clasificación	60
IV.2.5. Fisiopatología	61
IV.2.6. Epidemiología	74
IV.2.7. Diagnóstico	75
IV.2.7.1. Clínico	76
IV.2.8. Diagnóstico diferencial	77
IV.2.9. Tratamiento	78
IV.2.10. Pronóstico y evolución	79
IV.2.11. Prevención	80
V. operacionalización de las variables	82
VI. Material y métodos	83
VI.1. Tipo de estudio	83
VI.2. Área de estudio	83
VI.3. Universo	84
VI.4. Muestra	84
VI.5. Criterio	86
VI.5.1. De inclusión	86
VI.5.2. De exclusión	86
VI. 6. Instrumento de recolección de datos	86
VI. 7. Procedimiento	87
VI.8. Tabulación	87
VI.9. Análisis	87
VI.10. Aspectos éticos	88
VII. Resultados	89
VIII. Discusión	260
IX. Conclusión	263

X. Recomendaciones	264
XI. Referencias	265
XII. Anexos	269
XII.1. Cronograma	269
XII.2. Instrumento de recolección de datos	270
XIII.3. Costos y recursos	275
XIII.4. Evaluación	276

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios quien me ha permitido elegir y terminar esta carrera con los conocimientos necesarios para ser un buen profesional.

A mi familia, por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mí, por apoyarme en cada momento y por ser el pilar que me ayudo a seguir adelante.

A mis compañeros, quienes estuvieron conmigo en las buenas y en las malas, gracias por confiar en mí y por darme apoyo en todo momento.

A mis asesores metodológicos, la Dra. Jeannette Baez y el Dr. Rubén Darío Pimentel, por su disponibilidad, comprensión y correcciones que permitieron desarrollarme como profesional.

A mi maestra y asesora clínica, la Dra. Nathalia Montero Cruz, no solo por ser una excelente profesora y profesional, sino, por ser una excelente persona, por apoyarme y aclarar mis dudas con respecto a la realización de este proyecto.

Simón Báez.

Agradezco a Dios por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Domingo Martínez y Adria Sánchez, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A mis compañeros, por ser siempre una ayuda y apoyo para poder seguir adelante en mis proyectos.

A mis asesores metodológicos, la Dra. Jeannette Baez y el Dr. Rubén Darío Pimentel, por haberme brindado tantas oportunidades, por tener mucha paciencia, por su disponibilidad y por enriquecerme en conocimiento.

A mi maestra y asesora clínica, la Dra. Nathalia Montero Cruz, por ser la principal colaboradora durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Gustavo Martínez.

DEDICATORIA.

En primer lugar, dedico esta tesis a Dios, por forjar un camino de sabiduría y fortaleza el cual me ha permitido concluir esta carrera.

A mis padres, Leovigildo Báez y Rafaela Paulino, por siempre estar a mi lado, por darme apoyo incondicional en el transcurso de la carrera, por los maravillosos consejos que me mantuvieron siempre firme en mis decisiones y por siempre ser mis modelos a seguir, fuente de inspiración y superación.

A mis hermanos, Jorge Báez y Aura Báez, por siempre animarme en momentos difíciles y hacerme recordar que nada es imposible si se hace con pasión y dedicación.

A mis compañeros, quienes hicieron que este camino haya sido más fácil, entretenido, a pesar de las circunstancias.

Simón Báez.

El presente trabajo investigativo se lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, Domingo Martínez y Adria Sánchez, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio el ser su hijo, son los mejores padres.

A mi hermana, Bielka Martínez, por siempre darme alegría y fuerzas para salir adelante.

A mi compañera de vida, Paloma Romero, por su gran paciencia y entusiasmo al momento de darme apoyo emocional y poder seguir con mi investigación.

A mis compañeros que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos compartieron sus conocimientos y fueron de mano ayuda para completar este proceso.

Gustavo Martínez.

RESUMEN

Introducción: El Suicidio, acto en el cual una persona, de manera intencional, acaba con su vida, ha estado siempre presente en la historia de la Humanidad sin importar el pasar de los años, pero, en la actualidad constituye un tópico central de preocupación social y ha llegado a ser considerado un grave problema de salud pública en las sociedades más avanzadas y desarrolladas en el mundo. Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal de recolección prospectivo de datos con el objetivo de valorar el riesgo suicida en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, enero - junio 2020. Resultados: El universo estuvo conformado por 582 y se observó que El 73.2 por ciento de los entrevistados eran del sexo femenino. El 52.5 por ciento de los entrevistados eran de la escuela de medicina. El 37.9 por ciento de los entrevistados eran de la escuela de odontología. El 9.4 por ciento de los entrevistados eran de la escuela de farmacia. El 26.9 por ciento de los entrevistados habían tenido alguna ideación suicida correspondiendo un 21.1 por ciento para el sexo femenino y un 5.8 por ciento para el masculino. El 15.1 por ciento de los entrevistados padecían de alguna comorbilidad siendo la más común la obesidad con 4.3 un por ciento. El 19.59 por ciento de los entrevistados habían sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico siendo las más común la ansiedad con 12.5 un por ciento. El 50 por ciento de los entrevistados consumían alguna sustancia siendo las más común el alcohol con un 42.6 por ciento. El 21.9 por ciento de los entrevistados dio positivo a la escala de ideación suicida de Beck correspondiendo un 16.4 por ciento para el sexo femenino y un 5.5 por ciento para el masculino. El 63.2 por ciento de los entrevistados positivos para la escala de ideación suicida de Beck habían tenido ideación suicida previa.

Palabras clave: Suicidio, estudiantes, escala de Beck, depresión.

ABSTRACT

Introduction: suicide, an act in which a person intentionally ends his life, has always been present in the history of humanity, regardless of the passing of the years, but, today, it is a central topic of social interest and has It has come to be considered a serious public health problem in the most advanced and developed societies in the world. Method: A descriptive and cross-sectional observational study of prospective data collection was carried out with the aim of evaluating the risk of suicide in students of the Faculty of Health Sciences of the National University Pedro Henríquez Ureña, January - June 2020. Results: The universe was made up of 582 and it was discovered that 73.2 percent of the interviewees were women. 52.5 percent of those interviewed were from medical school. 37.9 percent of those interviewed were from the dental school. 9.4 percent of those interviewed were from the pharmacy school. 26.9 percent of the interviewees had some suicidal ideation, corresponding to 21.1 percent for the female sex and 5.8 percent for the male. 15.1 percent of the interviewees suffered from some comorbidity, with obesity being the most common at 4.3 percent. 19.5 percent of those interviewed have been diagnosed with a psychiatric disorder, the most common being anxiety, with 12.5 percent. 50 percent of the interviewees consumed a substance, the most common alcohol being 42.6 percent. 21.9 percent of those interviewed tested positive on the Beck suicide ideation scale, corresponding to 16.4 percent for the female sex and 5.5 percent for the male. 63.2 percent of respondents positive for the Beck Suicidal Ideation Scale had had a previous suicidal ideation.

Key words: Suicide, students, Beck scale, depression.

I.INTRODUCCIÓN.

El suicidio ha estado siempre presente en la historia de la Humanidad sin importar el pasar de los años, pero, en la actualidad constituye un tópico central de preocupación social y ha llegado a ser considerado un grave problema de salud pública en las sociedades más avanzadas y desarrolladas en el mundo. De hecho, constituye la única causa de muerte prematura que los avances científicos no han conseguido hacer descender, pero si a ayudar a tratar de intervenir por medio de estrategias, las tasas más altas de conducta suicida se encuentran en la población más joven.¹

El «intento de suicidio» (también denominado autolesión deliberada) es tratar de matarse o hacerse daño voluntariamente. Esto es mucho más frecuente que el suicidio consumado, el cual es aquel que termina con la muerte del suicida.²

A menudo no existe una sola razón clara para que alguien tenga pensamientos o ideaciones suicidas, pero en su mayoría es probable que padezcan de trastorno depresivo mayor, de igual manera puede ser precedido de algún suceso que este afectando de manera negativa su estado de animo.²

Este grupo de personas tienen un riesgo particular porque deben afrontar unas dificultades únicas. Aquí se incluyen a las personas con enfermedades mentales graves como el trastorno depresivo mayor y aquéllos que se sienten aislados de la sociedad, como vagabundos, los ancianos y las personas que se encuentran encarcelados. También aquéllos que han sufrido abusos sexuales o físicos, y los que ya tienen historia de intentos suicidas o de hacerse daño anteriormente.²

Según la organización mundial de la salud (OMS) los suicidios se cobran un costo alto. Más de 800,000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad los cuales son relativamente jóvenes. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse. Los suicidios no se pueden evitar. Para que las respuestas nacionales sean eficaces y baje el índice de mortalidad por suicidios, se necesitan estrategias de prevención.³

I.1. Antecedentes.

Elsa Fernanda Siabato Macías y Yenny Salamanca Camargo en 2015 realizaron un estudio titulado “Factores asociados a ideación suicida en universitarios”, en Tunja, Colombia donde se propuso cuantificar la prevalencia de ideación suicida en una población de estudiantes universitarios menores de 18 años y determinar qué variables se asocian con la ideación suicida. Fue un estudio de tipo observacional, analítico y transversal en el cual se seleccionaron 197 estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia por un muestreo aleatorio estratificado por facultades. Se aplicó un instrumento para la medición de factores de riesgo mediante entrevistas psiquiátricas. El análisis estadístico incluyó descripción de variables, estimación de prevalencia para la población total y por facultades, análisis bivariado y regresión logística para análisis de factores de riesgo.

Como resultado del estudio mencionado encontraron una prevalencia de ideación suicida en el momento de la entrevista del 4,45% y del 13% en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en mujeres. La prevalencia de trastornos depresivos es mayor que la informada para la población general del mismo grupo de edad.⁴

Rebekka Maria F. Gerstner, Ismael Soriano, Antonio Sanhueza, Sonia Caffé y Devora Kestel en el año 2018 realizaron un estudio de carácter ecológico transversal en el país de Ecuador, titulado “Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador”, tenía como objetivo recabar y ofrecer información a quienes toman decisiones en los programas de salud en general, y de salud mental en particular, sobre las características epidemiológicas del suicidio de jóvenes y adolescentes ecuatorianos. El estudio consistió en utilizar y analizar datos de los registros de mortalidad por suicidio de los jóvenes y adolescentes de Ecuador de 2001 a 2014. El análisis se desagregó por región natural, sexo, edad, grupo étnico y por el método usado para cometer el suicidio. Se estimaron tasas de mortalidad por suicidio (por 100 000 habitantes) y los riesgos relativos (RR) de suicidio por sexo y regiones. uicidio (por 100 000 habitantes) y los riesgos relativos (RR) de suicidio por sexo y regiones.

Como resultado obtuvieron que entre 2001 y 2014 se registraron 4 855 suicidios en adolescentes y jóvenes. El riesgo más alto se estimó en los varones de 15 a 24 años y en los adolescentes residentes en la Amazonía, seguidos por los de la Sierra. La etnia con más casos de suicidio fueron los mestizos, aunque 40% de los jóvenes que se suicidan en la Amazonía son indígenas.⁵

Elsa Fernanda Siabato Macías, Ingrid Xiomara Forero Mendoza, Yenny Salamanca Camargo en el 2017 realizaron un estudio en Tunja, Colombia, titulado “Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos” cuyo propósito era valorar la asociación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida en adolescentes. Fue un estudio de corte transeccional, en el cual se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) a un grupo de 289 adolescentes escolarizados (126 hombres y 163 mujeres), con edades comprendidas entre 14 y 17 años, matriculados en cuatro instituciones educativas públicas de Tunja, Colombia.

Se arrojó como resultado que el 30 por ciento de los participantes presentaron un nivel alto de ideación suicida y el 9% reportaron síntomas depresivos, hallándose puntuaciones más altas en mujeres que en hombres para ambas variables de estudio. También se encontraron relaciones significativas entre ideación suicida y ánimo negativo, anhedonia y autoestima negativa. Los análisis de regresión logística mostraron como factores predictores de ideación suicida en mujeres, el ánimo negativo y la autoestima negativa, mientras en los hombres no se identificó ningún factor predictor. En base a estos resultados se concluyó que los síntomas depresivos relacionados con estado de ánimo y autoestima negativa son factores de riesgo relevantes asociados con el componente cognitivo de la conducta suicida en mujeres adolescentes.⁶

Gerónimo Bonilla, Ellen Cristina Sena de Jesús, Carlos José en 2018 realizaron un estudio en Santo Domingo, Republica Dominicana titulado “Valoración de riesgo de suicidio en adolescentes del colegio adventista metropolitano junio 2017- mayo 2018”. Fue un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo en el cual se aplicó el Inventario de riesgo suicida para adolescentes (IRISA) (Hernández & Lucio, 2003) a un grupo de 230 adolescentes entre primer y sexto grado de secundaria, con

edades comprendidas entre 12 y 18 años de edad. El mismo demostró que el riesgo de suicidio en estos jóvenes era de un 27.4 por ciento, del cual 12.6 por ciento tendrían ideas suicidas producto de la depresión. El 24.8 por ciento de los adolescentes ha pensado en suicidarse. Los adolescentes entre las edades de 15 y 16 años tuvieron mayor prevalencia de riesgo suicida, con 6.5 y 6.9 por ciento, respectivamente.⁷

La Dra. Eridania Cruz Rodríguez realizó un estudio en el 2013 en Santo Domingo, Republica Dominicana, titulado “Prevalencia del intento suicida en pacientes ingresados en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, en el período 2008-2012”. El objetivo de dicho estudio era determinar la prevalencia de intento suicida en pacientes ingresados en el Hospital regional Docente Juan Pablo Pina según características sociodemográficas, estado civil, ocupación, escolaridad, procedencia, antecedentes patológicos y de intentos suicidas previos así como determinar los métodos suicidas utilizados por los pacientes e identificar los eventos vitales estresantes que llevaron al intento suicida. Fue un estudio retrospectivo y descriptivo cuya muestra estuvo integrada por 111 pacientes entre las edades de 18 a 29 que fueron ingresados por intento suicida en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina. Como resultado se obtuvo que la prevalencia de intento suicida en los pacientes ingresados fue de un 3 por ciento lo que indicaba un incremento en los últimos años en comparación con el 2010. También se demostró que las mujeres eran las que más se intentaban suicidar, sin embargo, los hombres eran los que más lograban consumar el suicidio.⁸

Genesis Alexandra Villar Genao realizó en el 2018, un estudio en Santo Domingo, Republica Dominicana titulada “Prevalencia de los indicadores de depresión en los estudiantes de la Escuela Nacional de Arte Dramático (ENAD) y la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV), período 2017-2018”. Fue un estudio de tipo transversal cuyo objetivo era identificar la prevalencia de los indicadores de depresión en los estudiantes de la Escuela Nacional de Arte Dramático (ENAD) y la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV), determinar los indicadores de depresión más comunes en la muestra, determinar los indicadores encontrados de acuerdo al género del estudiante y comparar el nivel promedio de depresión en estudiantes entre las dos escuelas. Como resultado demostraron que el 29 por ciento de los entrevistados manifestaron sentirse tristes la

mayor parte del tiempo, un 2 por ciento afirma estar triste la mayor parte del tiempo y un 3 por ciento manifestó sentirse triste o desgraciado y no podía soportarlo. También se dieron cuenta de que un 57.78 por ciento de los estudiantes de la ENAD presentaron síntomas que podrían significar un riesgo de contraer depresión en un futuro, mientras que los estudiantes de la ENAV presentaron un 31.48 por ciento.⁹

La Dra Carmen Josefina Diaz realizo en 2018, un estudio descriptivo, observacional en Santo Domingo, Republica Dominicana, titulado “Depresión en pacientes que acudio a la consulta de atención primaria del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, período Abril – julio 2018”. Los objetivos eran identificar la frecuencia de depresión en pacientes que acudio a la consulta de atención primaria del Hospital Central De Las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, período Abril – julio 2018 según características sociodemográficas, procedencia, estado civil, escolaridad, ingresos económicos así como identificar los niveles y tipos de depresión. La población estuvo integrada por 106 pacientes los cuales fueron entrevistados en la consulta de atención primaria. Se encontró que el 20.8 por ciento tiene depresión ligera o menos, el 12.3 por ciento depresión moderada, 2.8 por ciento depresión severa y el 2.8 por ciento depresión muy severa.¹⁰

1.2. Justificación.

El suicidio es la tercera causa de muerte a nivel mundial en adolescentes de 15 a 29 años de edad, este se considera un problema de salud pública por su magnitud e impacto que da en la sociedad.³

Tomando en cuenta que el suicidio puede presentarse por varias causas o estresores en el ámbito juvenil, entre las cuales se pueden encontrar, la depresión que puede ser originada por problemas sociales, económicos, conyugales, laborales, por abuso de sustancias y estudiantiles, en este último es donde se hará mayor hincapié en la presente investigación, principalmente en los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud.

Las ideaciones suicidas en adolescentes son frecuentes e importantes, ya que se considera al suicidio como un continuo, que inicia con una idea, luego pasa por una etapa

de intento suicida, y finalmente concluye en el acto suicida propiamente dicho de esta manera, se cree que la ideación suicida constituye un factor predictor para llegar al suicidio consumado. ²

En el ámbito estudiantil las ideaciones suicidas son un tópico importante, causadas por los factores estresores a los que ellos viven sometidos, como obtener malas calificaciones, preocupaciones excesivas ante exámenes, cansancio desmedido, falta de vida social, abuso de sustancias y también los estados depresivos.

Al concluir esta investigación se buscará aportar a la población estudiantil nueva información respecto al tema. Buscando que con los resultados de nuestro estudio se pueda proporcionar datos que ayuden a investigaciones futuras y que poco a poco se vaya creando más interés sobre este importante tema en el ámbito universitario estudiantil, para así poder obtener la atención adecuada de parte de las universidades a sus estudiantes que presenten dicha problemática.

II. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.

Le llamamos ideaciones o pensamientos suicidas a todos aquellos pensamientos que tiene un individuo referente a quitarse la vida de forma intencional y planificada. Estos pensamientos pueden ir desde el mero deseo de morir a la realización activa de planes concretos para la puesta en marcha de la autolisis. Esta última, en que el sujeto ha elaborado el cómo, dónde y cuándo, es la más peligrosa y proclive al realizar del acto.

Hoy en día se conocen varias causas de suicidio, que abarcan desde enfermedades mentales como el trastorno depresivo mayor, hasta situaciones que afecten el estado de ánimo de las personas en forma negativa.¹

Si bien los pensamientos y deseos de muerte pueden aparecer en una ocasión puntual, en general cuando se habla de ideación suicida o pensamientos suicidas se suele hacer referencia a un patrón de pensamiento recurrente en que aparece el deseo de morir. Pueden aparecer una forma meramente cognitiva, si bien lo más habitual es que se produzca cierto anhelo o deseo a nivel emocional o motivacional.

La mayor parte de las ideaciones suicidas se tienen en momentos de intenso dolor y sufrimiento emocional o en el estado de ánimo. El individuo siente que independientemente de lo que haga no va a poder modificar el motivo de su sufrimiento. No se siente capaz de dar con la solución, sino que se siente impotente y con falta de control. La persona con estos pensamientos tiende a padecer una profunda sensación de desesperanza. Por lo general el objetivo que se busca en sí con la ideación suicida no es la de acabar con la propia vida en sí mismo, sino terminar con dicho estado de dolor y sufrimiento.³

Los suicidios han disminuido con el pasar del tiempo, todo gracias a la gran atención que se le está prestando y a las estrategias preventivas que se están ejecutando en todo el mundo, pero aun así siguen teniendo una alta incidencia de mortalidad en la población, específicamente en las poblaciones más jóvenes de edades entre 15 y 29 años.

Este problema representa un riesgo para la salud y el bienestar de la población a nivel mundial, específicamente las que oscilan entre 15 y 29 años de edad, las cuales se encuentran representadas por los más jóvenes, que son en su mayoría los que estudian en las universidades.¹¹

Ante estas problemáticas nos surge la siguiente interrogativa:

¿Cuál es el riesgo de ideación suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña en el periodo de enero – junio 2020?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar el riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, enero - junio 2020.

III.2. Específicos:

Determinar el riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, enero - junio 2020, según:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Escuela.
4. Cuatrimestre.
5. Depresión
6. Uso/abuso de sustancia.
7. Comorbilidades.
8. Patologías psiquiátricas.
9. Intentos previos

CAPÍTULO II

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Depresión

IV.1.1. Historia.

Según el libro de zarragoití alonso el cual tiene el título de depresión generalidades y particularidades la depresión ha existido siempre desde tiempos inmemorables Podemos decir sin temor a equivocarnos, que la depresión ha estado presente inclusive desde el comienzo de la humanidad. Poniendo como ejemplo historias de la biblia como en la que cuenta que el rey Saúl padecía depresión y se suicidó. En el libro de Samuel podemos leer: «*Entonces tomó Saúl su propia espada y se echó sobre ella*», se toma como ejemplo este libro para hablar de la historia de la depresión ya que es uno de los libros más antiguos.

También describe que en las antiguas culturas de Egipto y de Mesopotamia se describen casos de depresión, que originaban profundos sufrimientos y que trataban de explicar por la acción de fuerzas naturales. No obstante, si no encontraban alguna explicación natural, no dudaban en culpar la enfermedad a fuerzas sobrenaturales o a intervenciones de los dioses.

Ya en la civilización griega los médicos trataron de explicar las enfermedades basándose en la teoría del paralelismo de los elementos básicos y los fluidos corporales:

- Cuatro elementos básicos: fuego, tierra, agua y aire.
- Cuatro fluidos corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra.

Para los griegos cualquier enfermedad era explicada por su teoría de los humores. El precursor fue Empédocles (490-430 a.C.) que estableció el término de «eutimia» o humor normal que equivalía a la salud en estado pleno.

Más tarde, Hipócrates (460-377 a.C.) clasificó las enfermedades según el tipo de humor que se alteraba, dando esto lugar a distintos temperamentos:

- Colérico.
- Flemático
- Sanguíneo.

- Melancólico.

Esto que describe el libro es muy importante ya que Hipócrates utilizaba los términos manía y melancolía para describir los trastornos mentales, refiriéndose a la melancolía como depresión.

Una de las más graves complicaciones que se pueden derivar de una depresión es el suicidio, que era muy frecuente en la época griega, sin embargo, este hecho no fue vinculado con la depresión hasta el siglo XVII.

En la época medieval junto al término de melancolía acuñado por Hipócrates, apareció en el siglo V el término «Acedía». Aparece por primera vez en el siglo V, en el libro «Sobre el espíritu de la Tristeza» escrito por un monje italiano llamado Juan Cassien. Lo cual significaba el gran estado de angustia en el corazón que a su vez se traducía en tristeza.

Ya con el pasar del tiempo se empezó a pensar que el origen de la enfermedad era multifactorial.

Según el libro de zarragoití alonso cuando llega la época renacentista ellos desarrollan el concepto de enfermedad como el resultado de la interacción de la teoría de los humores de Hipócrates con la pasión por los movimientos estelares y el estudio del firmamento.

Las enfermedades vendrán determinadas por los segmentos celestes y la influencia de los planetas. Los médicos renacentistas llegaron a realizar complejas combinaciones con los siguientes elementos:

1. Principios fisiológicos (sangre, bilis, bilis negra y flema).
2. Rasgos del temperamento (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico).
3. Posición en el segmento celeste (Saturno, Urano, Neptuno y Plutón).

Para los médicos renacentistas el «Melancholicus» corresponde al segmento celeste influido por el planeta Saturno. Para ellos, los términos saturnino y melancólico eran una misma cosa.

Ya aquí en la época renacentista es donde aparece el primer texto en inglés totalmente relacionado con la depresión que fue «anatomy of melancholy» que fue escrito por Robert Burton el cual fue publicado en 1621.¹²

Ya en el siglo XIX de la mano del psiquiatra francés, Jean Etienne D. Esquirol (1772-1840), la melancolía y la manía, pasan a formar parte del campo de la medicina y ser consideradas como enfermedades mentales independientes de otras alteraciones mentales con las que frecuentemente se mezclaban.

Ya en 1854 Jules Falret describió un trastorno en el cual se presentaban alteraciones en el estado de ánimo, como la depresión y manías alternantes, este trastorno se llamó folie circulaire.

Ya en la psiquiatría moderna a principios del siglo XX, Kraepelin describe una de las más graves enfermedades mentales, la psicosis maniaco depresiva, que hoy en día conocemos como trastorno bipolar, la cual va de la mano con la depresión.

Con este autor, el término depresión se decidió dejar como sinónimo de enfermedad, mientras que el término de melancolía se reserva para pacientes ancianos, que presentan un cuadro depresivo de inicio tardío y especialmente grave.

Ya luego de esto empezaron a publicarse nuevos textos en los cuales se encontraron diferentes clasificaciones que se designaron con el pasar del tiempo.¹³

IV.1.2. Definición.

IV.1.2.1. trastorno de depresión mayor.

Se define como cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es:

- Estado de ánimo deprimido.
- Pérdida de interés o de placer.¹⁴

También se puede definir como un trastorno del estado de ánimo que se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. También cambia la manera en la que funciona el cuerpo.¹⁵

IV.1.2.2. Trastorno depresivo persistente (distimia).

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV (*Diagnostic and Statistic Manual*), en el cual se puede ver un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.¹⁶

IV.1.2.3. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.

Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

En las causas se encuentran las intoxicaciones por plomo, bismuto, quinina, mercurio, monóxido de carbono.¹⁷

IV.1.2.4. Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Es el que se puede presentar secundario a otra patología, entre las cuales se pueden nombrar enfermedades infecciosas como el SIDA, digestivas como enfermedad de Wilson, hematológicas como la anemia perniciosa, entre otras más ⁽⁷⁾. DSM También periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

Existen pruebas 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.

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).¹⁶

IV.1.2.5. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

Son accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente como rabietas verbales y con agresividad a la hora de interactuar con personas, su intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.¹⁷

La irritabilidad intensa es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de salud mental, y es común observar desregulación emocional y conductual en niños y adolescentes derivados a estos servicios a partir de aquí es cuando se empieza a sospechar de la enfermedad.¹⁸

IV.1.3. Etiología.

Los médicos desconocen la causa exacta de la depresión. Se cree que los cambios químicos en el cerebro son responsables. Esto puede deberse a problemas con los genes. O se puede desencadenar por ciertos hechos estresantes. Lo más probable es que sea una combinación de ambos, aunque también pueda verse por patologías secundarias o abuso de sustancias.¹⁹

Algunos tipos de depresión son hereditarios. Otros tipos ocurren incluso si usted no tiene antecedentes familiares de la enfermedad. Cualquier persona puede deprimirse, incluyendo los niños y los adolescentes.

La depresión puede ser producida por:

- Ciertas afecciones, como hipotiroidismo, cáncer o dolor prolongado.
- Ciertas clases de medicamentos, como los esteroides.
- Problemas para dormir.
- Hechos estresantes en la vida, como la muerte o enfermedad de alguien cercano, divorcio, problemas médicos, maltrato o rechazo en la niñez, soledad (común en los adultos mayores) y ruptura de una relación.
- Alcoholismo o drogadicción.²⁰

Otras de las causas en su mayoría son las situaciones vitales y de estrés ambiental. La observación clínica ha señalado tradicionalmente que lo más frecuente es que las situaciones vitales estresantes sean anteriores, y no posteriores, que quiere decir esto,

que el problema de la enfermedad es por situaciones estresantes en el presente o futuro cercano y no por situaciones de pasado. Esta asociación se ha descrito tanto en pacientes con trastorno de depresión mayor como en pacientes con trastorno bipolar I ya que estos también pueden presentarse con síntomas depresivos. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña el primer episodio da lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro, y que estos cambios de larga duración podrían alterar los estados funcionales de varios neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal, cambios que incluso podrían incluir la pérdida de neuronas y una reducción excesiva de los contactos sinápticos. En consecuencia, la persona tendrá un elevado riesgo de presentar episodios subsecuentes de un trastorno del estado de ánimo, incluso sin que existan factores estresantes externos. Algunos profesionales creen que las situaciones vitales tienen un papel primario o principal en la depresión, mientras que, para otros, tienen exclusivamente una función limitada en el inicio y desarrollo de la depresión. Los datos más convincentes indican que el suceso vital que se asocia más a menudo con el desarrollo de la depresión es la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años de edad, y el factor estresante del entorno que se asocia más a menudo con el inicio de un episodio de depresión es la pérdida del cónyuge. Otro factor de riesgo es el desempleo; las personas que pierden su puesto de trabajo tienen tres veces más probabilidades de describir síntomas de un episodio de depresión mayor que los que tienen trabajo.

En cuanto a los factores de la personalidad según Saddok y Kaplan «No existe un rasgo de personalidad o un tipo determinado que, por sí solos, predispongan a la persona a tener depresión. Todas las personas, sea cual sea su patrón de personalidad, pueden y estarán deprimidas en las circunstancias apropiadas». Las personas que tienen determinados trastornos de la personalidad (TOC, histriónica y límite) pueden tener un riesgo mayor que las que tienen un trastorno de la personalidad antisocial o paranoide. Estas últimas pueden usar la proyección y otros mecanismos de defensa de externalización para protegerse a sí mismas de su rabia interior. No existen indicios de que haya ningún trastorno de la personalidad en particular asociado al desarrollo posterior de un trastorno bipolar I; sin embargo, los pacientes con trastorno distímico y

con trastorno ciclotímico muestran riesgo de desarrollar una depresión mayor o un trastorno bipolar I en el futuro. Las situaciones estresantes recientes son los factores predictivos más potentes del inicio de un episodio depresivo. Desde la perspectiva psicodinámica, el profesional siempre está interesado en el significado de un factor estresante. Se ha demostrado que los factores estresantes que experimenta el paciente y que inciden negativamente en su propia autoestima son los que tienen más probabilidades de desembocar en una depresión. Además, un suceso que podría parecer un factor estresante relativamente leve para los observadores externos puede ser devastador para el paciente debido a los significados idiosincrásicos particulares vinculados a ese suceso.

Factores psicodinámicos en la depresión. El conocimiento psicodinámico de la depresión, definido por Sigmund Freud y ampliado por Karl Abraham, ha trascendido como la visión clásica de la depresión. En esa teoría están implicados cuatro puntos clave: 1) trastornos de la relación madre-hijo durante la fase oral (los primeros 10-18 meses de vida), que predisponen a la vulnerabilidad ante la depresión en el futuro; 2) la depresión puede estar vinculada a la pérdida real o imaginaria de objetos; 3) la introyección de los objetos perdidos es un mecanismo de defensa que se invoca para luchar contra el malestar relacionado con la propia pérdida del objeto, y 4) como el objeto perdido se contempla con una mezcla de amor y odio, los sentimientos de enfado se dirigen hacia el interior, hacia el yo.

En cuanto a los factores psicodinámicos en la manía. La mayoría de las teorías relativas a la manía contemplan sus episodios como un mecanismo de defensa frente a la depresión subyacente. Por ejemplo, Abraham pensaba que los episodios de manía podrían reflejar la incapacidad de tolerar una tragedia durante el desarrollo, como la pérdida de uno de los padres. El estado de manía también puede ser consecuencia de un superyó tiránico que produce una autocrítica intolerable que después es reemplazada por la autosatisfacción eufórica. Bertram Lewin consideraba que el yo del paciente maniaco estaba abrumado por los impulsos placenteros, como el sexo, o los impulsos temerarios, como la agresión. Klein también concebía la manía como una reacción de defensa ante la depresión, aplicando mecanismos de defensa como la omnipotencia, en la cual la persona desarrolla delirios de grandeza.¹⁴

IV.1.4. Clasificación.

IV.1.4.1. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Este describe a los niños con problemas conductuales y emocionales graves, cuya característica prominente es la irritabilidad no episódica o crónica; este fenotipo se conceptualizó como trastorno bipolar pediátrico. Sin embargo, las pruebas provenientes de estudios longitudinales clínicos y realizados en la comunidad indicaron que la irritabilidad se asoció posteriormente con los trastornos del estado de ánimo unipolares, pero no bipolares.¹⁴

IV.1.4.2. Trastorno de depresión mayor.

La depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo. Se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. También cambia la manera en la que funciona el cuerpo.¹⁴

IV.1.4.3. Trastorno depresivo persistente (distimia).

Trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, una forma de depresión continua y a largo plazo (crónica). Es posible que pierdas interés en las actividades normales de la vida cotidiana, que te sientas desesperanzado, que te vuelvas improductivo y que tengas baja autoestima y una sensación general de ineptitud. Estos sentimientos duran años y pueden afectar en gran medida tus relaciones y tu desempeño en la escuela, en el trabajo y en las actividades diarias.¹⁴

IV.1.4.4. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento.

Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.¹⁷

IV.1.4.5. Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Este trastorno se caracteriza por una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de interés o placer por las cosas, o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.¹⁴

IV.1.4.6. Trastorno disfórico premenstrual.

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una afección en la cual una mujer tiene síntomas de depresión graves, irritabilidad y tensión antes de la menstruación. Los síntomas del TDPM son más intensos que los que se observan con el síndrome premenstrual.¹⁴

IV.1.5. fisiopatología.

IV.1.5.1. Aminas biógenas.

De las aminas biógenas, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo.¹⁴

IV.1.5.2. Noradrenalina.

La correlación propuesta por los estudios básicos entre la regulación negativa o la disminución de la sensibilidad de los receptores β adrenérgicos y las respuestas clínicas antidepressivas parece ser la pieza más convincente del papel directo del sistema noradrenérgico en la depresión. También hay indicios de la implicación de los receptores presinápticos β_2 en la depresión, porque su activación disminuye la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores β_2 presinápticos también están localizados en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada. La efectividad clínica de los fármacos antidepressivos con efectos noradrenérgicos, como la venlafaxina,

también apoya la participación de la noradrenalina en la fisiopatología de al menos algunos de los síntomas de la depresión.¹⁴

IV.1.5.3. Serotonina.

Dado el enorme efecto que han tenido los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina, en el tratamiento de la depresión, la serotonina se ha convertido en el neurotransmisor de la familia de las aminas biógenas asociado con mayor frecuencia a la depresión. La identificación de varios subtipos de receptores de la serotonina también alienta el interés en la comunidad científica sobre el desarrollo de tratamientos aún más específicos para la depresión. Junto al hecho de que los ISRS y otros antidepresivos serotoninérgicos sean eficaces en el tratamiento de la depresión, hay indicios de que la serotonina también participa en la fisiopatología de esta entidad, dado que su depleción precipita la depresión, y algunos pacientes con impulsos suicidas tienen concentraciones bajas de los metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y niveles bajos de lugares de captación de serotonina en las plaquetas.¹⁴

IV.1.5.4. Dopamina.

Aunque la noradrenalina y la serotonina son las aminas biógenas asociadas con mayor frecuencia a la fisiopatología de la depresión, también se ha propuesto la participación de la dopamina en ese proceso, debido a que su actividad se encuentra disminuida en la depresión y aumentada en la manía. El descubrimiento de nuevos subtipos de receptores de la dopamina, así como el mejor conocimiento de la regulación presináptica y postsináptica de la función dopaminérgica, han favorecido la investigación de la relación entre la dopamina y los trastornos del estado de ánimo. Los fármacos que reducen la concentración de dopamina (p. ej., la reserpina) y las enfermedades en las que disminuyen las concentraciones de dopamina (p. ej., la enfermedad de Parkinson) se asocian a síntomas depresivos, mientras que los fármacos que aumentan las

concentraciones de dopamina (como la tirosina, las anfetaminas y el bupropión) reducen los síntomas de la depresión. Para explicar la relación entre la dopamina y la depresión se han propuesto dos teorías: la disfunción de la vía mesolímbica dopaminérgica y la hipoactividad del receptor D1 de la dopamina.¹⁴

IV.1.5.5. Otros trastornos de los neurotransmisores.

La acetilcolina (ACh) se encuentra en las neuronas distribuidas difusamente por toda la corteza cerebral que mantienen relaciones recíprocas o interactivas con los tres sistemas monoaminérgicos. En la autopsia de algunos pacientes con depresión se han detectado valores anormales de colina, que es un precursor de la ACh, lo cual quizás indica alteraciones de la composición de los fosfolípidos celulares. Los fármacos agonistas y antagonistas colinérgicos tienen efectos clínicos diferenciados en la depresión y la manía. Los agonistas producen letargo, anergia y retraso psicomotor en los individuos sanos, exacerbaban los síntomas en la depresión y reducen los síntomas de la manía, si bien estos efectos no son lo suficientemente robustos como para tener aplicaciones clínicas, y los efectos adversos son problemáticos. En un modelo de depresión en animales se ha establecido que las cepas de ratones que son demasiado o insuficientemente sensibles a los agonistas colinérgicos son susceptibles o más resistentes al desarrollo de la indefensión aprendida (como se comenta más adelante). Los agonistas colinérgicos inducen cambios en la actividad del eje hipotálamohipófiso-suprarrenal (HHS) y en el sueño que se parecen a los asociados a la depresión grave. Algunos pacientes con trastornos del estado de ánimo en remisión, así como sus familiares de primer grado que nunca han tenido la enfermedad, presentan un incremento de la sensibilidad a los agonistas colinérgicos que podría definirse como un rasgo hereditario. El ácido γ-aminobutírico (GABA) tiene un efecto inhibitorio en las vías monoaminérgicas ascendentes, en particular en los sistemas mesocorticales y mesolímbicos. En la depresión se ha detectado el descenso de las concentraciones de GABA en plasma, LCR y cerebro, y en estudios con animales se ha establecido que el estrés crónico reduce e incluso provoca la depleción de GABA. Por el contrario, los

antidepresivos regulan positivamente los receptores de GABA, y algunos medicamentos gabaérgicos tienen efectos antidepresivos leves. Los aminoácidos glutamato y glicina son los principales neurotransmisores excitadores e inhibidores en el sistema nervioso central (SNC). El glutamato y la glicina se unen a los lugares asociados al receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), y el exceso de la estimulación glutamatérgica provoca efectos neurotóxicos.¹⁴

IV.1.5.6. Segundos mensajeros y cascadas intracelulares.

La unión de un neurotransmisor y un receptor postsináptico desencadena una cascada de procesos ligados a la membrana e intracelulares mediada por sistemas de segundos mensajeros. Los receptores de todas las membranas celulares interactúan con el entorno intracelular mediante proteínas de unión al nucleótido guanina (proteínas G). A su vez, esas proteínas G se conectan con varias enzimas intracelulares (p. ej., la adenilato-ciclasa, la fosfolipasa C y la fosfodiesterasa), que regulan la utilización de la energía y la formación de segundos mensajeros, como los nucleótidos cíclicos (p. ej., el monofosfato de adenosina cíclico [AMPC] y el monofosfato de guanosina cíclico [GMPc]), además de los fosfatidilinosoles (como el trifosfato de inositol y el diacilglicerol) y la calcio-calmodulina. Los segundos mensajeros regulan la función de los canales iónicos de la membrana neuronal. Los fármacos eutimizantes actúan en las proteínas G o en otros segundos mensajeros.¹⁴

IV.1.5.7. Alteraciones de la regulación hormonal.

Las alteraciones perdurables de las respuestas neuroendocrinas y comportamentales son consecuencia de un estrés más precoz y grave. En estudios con animales se demuestra que los períodos de privación materna, incluso transitorios, alteran las respuestas futuras al estrés. La actividad del gen que codifica el factor de crecimiento neurotrópico derivado de la neurocinina cerebral (BDNF) está disminuido después del estrés crónico y también en el proceso de la neurogénesis. El estrés prolongado induce

cambios en la situación funcional de las neuronas y, en último término, la muerte celular. En estudios recientes de pacientes con depresión se sugiere la existencia de antecedentes de un trauma precoz asociado al aumento de la actividad del eje HHS acompañada de cambios estructurales (atrofia o disminución de volumen) en la corteza cerebral. La actividad elevada en el eje HHS es el núcleo de las respuestas de estrés en los mamíferos y uno de los nexos más claros entre la depresión y la biología del estrés crónico. La hipercortisolemia de la depresión indica la existencia de uno o más de los trastornos siguientes: disminución del tono inhibitorio de la serotonina, aumento de la estimulación por noradrenalina, ACh u hormona liberadora de corticotropina o corticoliberina (CRH), o disminución de la inhibición por retroalimentación desde el hipocampo. El aumento de la actividad del eje HHS es evidente en el 20-40 por ciento de los pacientes ambulatorios con depresión y en el 40-60 por ciento de los ingresados con depresión. La elevada actividad del eje HHS en la depresión se documenta por la excreción de cortisol libre en orina, concentraciones plasmáticas de cortisol libre en muestras de sangre venosa de 24 h (o períodos más cortos), concentraciones de cortisol en saliva y pruebas de la integridad de la inhibición por retroalimentación medida por la administración de dexametasona (0,5-2 mg), un potente glucocorticoide de síntesis, que normalmente suprime la actividad del eje HHS durante 24 h. La secreción de cortisol no suprimida a las ocho de la mañana siguiente o el escape consecuente de la supresión a las cuatro de la tarde o a las once de la noche indican el deterioro de la inhibición por retroalimentación. La correlación entre la hipersecreción de cortisol y la falta de supresión de la dexametasona no es perfecta (concordancia aproximada del 60 por ciento). En unos cambios introducidos recientemente para mejorar la sensibilidad de la prueba se procede a la infusión de una dosis de prueba de CRH después de la supresión con dexametasona. Estas pruebas de inhibición de la retroalimentación no se usan como pruebas diagnósticas por la hiperactividad corticosuprarrenal (si bien poco prevalente) que se observa en la manía, la esquizofrenia, la demencia y otros trastornos psiquiátricos.¹⁴

IV.1.5.8. Actividad de Eje Tiroideo.

Aproximadamente el cinco a diez por ciento de los casos evaluados por depresión tienen una disfunción tiroidea no detectada previamente, como se demuestra por las concentraciones basales elevadas de hormona estimulante del tiroides (TSH) o el aumento de la TSH en respuesta a una infusión de 500 mg del neuropéptido hipotalámico hormona liberadora de tiotropina (TRH). Estas alteraciones se asocian con concentraciones elevadas de anticuerpos antitiroideos y la respuesta al tratamiento está comprometida si no se corrige el problema con tratamiento hormonal sustitutivo. Un porcentaje mayor de pacientes con depresión (20-30 por ciento) muestran una respuesta truncada de la TSH a la provocación con TRH. La principal implicación terapéutica de esta respuesta de la TSH es el aumento de riesgo de recidiva a pesar del tratamiento antidepresivo preventivo. A diferencia de la prueba de supresión con dexametasona, la respuesta truncada de la TSH a la TRH no se normaliza con el tratamiento.¹⁴

IV.1.5.9. Hormona del Crecimiento.

La hormona del crecimiento (GH) se segrega en la hipófisis anterior después de la estimulación por noradrenalina y dopamina. La somatostatina, un neuropéptido hipotalámico, y la CRH inhiben esta secreción, y se ha descrito el descenso de las concentraciones de somatostatina en el LCR en caso de depresión, y su aumento en la manía.¹⁴

IV.1.5.10. Prolactina.

La liberación de prolactina desde la hipófisis se ve estimulada por la serotonina e inhibida por la dopamina. En la mayoría de los estudios no se han detectado anomalías significativas de la secreción basal o circadiana de prolactina en la depresión, aunque sí la respuesta truncada a varios antagonistas de la serotonina, que es frecuente en las mujeres premenopáusicas, lo que indica un efecto moderado de los estrógenos.¹⁴

IV.1.5.11. Neurofisiología de las alteraciones del sueño.

La depresión se asocia a la pérdida prematura del sueño (onda lenta) y al aumento de la vigilia nocturna. Este último efecto se demuestra por cuatro tipos de alteraciones: aumento de los despertares nocturnos, descenso de las horas de sueño, aumento del sueño de latencia de movimientos rápidos de los ojos (REM) y aumento de la temperatura corporal central. La combinación del aumento del sueño REM y la disminución del sueño de onda lenta disminuye la duración del primer período de sueño no REM, un fenómeno que se conoce como disminución de la latencia REM. La disminución de la latencia REM y los déficits del sueño de onda lenta persisten después de la recuperación del episodio depresivo. La secreción truncada de GH después del inicio del sueño se asocia a la disminución del sueño de onda lenta y muestra un comportamiento similar independiente del estado o similar a un rasgo hereditario. La combinación de disminución de latencia REM, el aumento de la densidad del sueño REM y la disminución del mantenimiento del sueño identifican al 40 por ciento de los pacientes ambulatorios y al 80 por ciento de los ingresados con depresión. Los resultados falsos negativos se aprecian en pacientes jóvenes hipersomnes, en los que aumenta el sueño de onda lenta durante los episodios de depresión. El 10 por ciento de los individuos sanos tienen perfiles de sueño anormales que, al igual que sucede en la ausencia de supresión con dexametasona, no son infrecuentes en otros trastornos psiquiátricos. Los pacientes que manifiestan un sueño típicamente anormal responden peor a la psicoterapia, tienen un riesgo mayor de recidiva o recurrencia, y se benefician preferentemente del tratamiento farmacológico.¹⁴

IV.1.5.12. Trastornos inmunitarios.

Los trastornos depresivos se asocian a varias anomalías inmunitarias, como la disminución de la proliferación de linfocitos en respuesta a mitógenos y otras formas de alteración de la inmunidad celular. Esos linfocitos producen neuromoduladores, como el factor liberador de corticotropina (CRF) y las citocinas, unos péptidos conocidos como interleucinas. Parece existir una asociación con la gravedad clínica, el hipercortisolismo

y la disfunción inmunitaria, y la citocina interleucina-1 puede inducir la actividad génica de la síntesis de glucocorticoides.¹⁴

IV.1.6. Epidemiología.

Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes. En la mayoría de las encuestas, el trastorno de depresión mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi un 17 por ciento) entre todos los trastornos psiquiátricos. La tasa de prevalencia a lo largo de la vida de las diferentes formas del trastorno depresivo, establecida en las encuestas comunitarias. La tasa de prevalencia a lo largo de la vida de la depresión mayor es del cinco a diecisiete por ciento.

Una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno de depresión mayor es el doble en las mujeres que en los varones. Para explicar esta diferencia se han propuesto una serie de razones, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones, y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida. Al contrario de lo que sucede con el trastorno de depresión mayor, el trastorno bipolar I tiene una prevalencia igual en ambos sexos. Los episodios de manía son más frecuentes en los varones y los episodios depresivos lo son en las mujeres. Cuando se presentan episodios de manía en las mujeres, lo hacen asociados a un cuadro mixto (p. ej., manía y depresión) con mayor frecuencia que en los varones. Las mujeres también tienen una tasa mayor de cicladores rápidos, es decir, pacientes que tienen cuatro o más episodios de manía en un período de un año.

El inicio del trastorno bipolar I es más precoz que el del trastorno de depresión mayor. La edad de inicio del trastorno bipolar I varía entre la infancia (ya a los cinco o seis años) y los 50 años, o incluso más en casos raros, con una edad media de 30 años frente a una edad media de inicio del trastorno de depresión mayor cercana a los 40 años; en el 50 por ciento de todos los casos el trastorno aparece entre los 20 y los 50 años. El trastorno de depresión mayor también puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada. Según los últimos datos epidemiológicos, la incidencia del trastorno de depresión mayor

parece estar aumentando entre los individuos menores de 20 años, lo que podría estar relacionado con el aumento del consumo de alcohol y sustancias de abuso en este grupo de edad.

En cuanto a los factores socioeconómicos y culturales no se ha establecido ninguna correlación entre el nivel socioeconómico y el trastorno de depresión mayor, si bien se encuentra una incidencia mayor de la media de trastorno bipolar I en los grupos de nivel socioeconómico más alto. El trastorno bipolar I es más habitual en personas que no terminaron los estudios universitarios que en los que sí lo hicieron, lo que también podría reflejar la edad de inicio relativamente más precoz del trastorno. La depresión es más frecuente en las áreas rurales que en las urbanas. La prevalencia del trastorno del estado de ánimo no varía entre las distintas razas, si bien los evaluadores tienden a infradiagnosticar el trastorno del estado de ánimo y a sobrediagnosticar la esquizofrenia en los pacientes cuyos antecedentes raciales o culturales son diferentes de los propios.

Los individuos con trastornos importantes del estado de ánimo tienen un mayor riesgo de presentar uno o más trastornos asociados. Los más frecuentes son el abuso o dependencia del alcohol, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de ansiedad social. Por su parte, aquellos con trastornos de abuso de sustancias y trastornos de ansiedad también tienen un elevado riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo en la actualidad o bien a lo largo de la vida. Tanto en los trastornos unipolares como en los bipolares, los varones acuden con mayor frecuencia con trastornos de abuso de sustancias, mientras que las mujeres acuden con ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. En general, los pacientes bipolares se presentan con abuso de sustancias y trastornos de ansiedad asociados con mayor frecuencia que los pacientes con depresión mayor unipolar. En el estudio *Epidemiological Catchment Area* (ECA) se determinó una historia a lo largo de la vida de trastornos de abuso de sustancias, trastorno de angustia y TOC aproximadamente del doble en los pacientes con trastorno bipolar I (61 por ciento, 21 por ciento y 21 por ciento, respectivamente) que en los pacientes con depresión mayor unipolar (27 por ciento, 10 por ciento y 12 por ciento, respectivamente). Los trastornos asociados de abuso de sustancias y ansiedad

empeoran el pronóstico de la enfermedad e incrementan gravemente el riesgo de suicidio entre los pacientes con trastorno de depresión mayor unipolar y bipolar.¹⁴

IV.1.7. Diagnóstico.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV del trastorno de depresión mayor, se incluyen otros relacionados con la intensidad y específicos para el episodio depresivo mayor.

La depresión puede presentarse como episodio único o ser recidivante. La distinción entre estos pacientes y los que tienen dos o más episodios del trastorno de depresión mayor se justifica porque la evolución del trastorno en el primer grupo de pacientes es incierta. Los resultados de varios estudios coinciden con la idea de que la depresión mayor comprende un conjunto heterogéneo de trastornos. En una modalidad de estos estudios se evaluó la estabilidad de un diagnóstico de depresión mayor en un paciente a lo largo del tiempo. En el estudio se encontró que entre el 25 por ciento y el 50 por ciento de los pacientes se reclasificaban posteriormente en otra afección psiquiátrica diferente o una afección médica no psiquiátrica que cursaba con síntomas psiquiátricos. En un segundo tipo de estudio se evaluó a los familiares de primer grado de pacientes que tenían trastornos afectivos para determinar la presencia y los tipos de diagnósticos psiquiátricos presentes en esos familiares a lo largo del tiempo. Ambos tipos de estudios permitieron establecer que los pacientes con depresión que tenían más síntomas depresivos también contaban con más probabilidades de tener diagnósticos estables a lo largo del tiempo, y tener asimismo familiares con problemas afectivos, en comparación con los pacientes con depresión que tenían menos síntomas depresivos. Además, los pacientes con trastorno bipolar I o con trastorno bipolar II (episodios depresivos mayores recidivantes con hipomanía) es más probable que presenten diagnósticos estables a lo largo del tiempo.¹⁴

IV.1.7.1. Clínico.

IV.1.7.1.1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

según los criterios del DSM-IV:

- a. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- b. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- c. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
- d. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.
- e. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- f. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- g. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los diez años.
- h. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
- i. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]). Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado

de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

j. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.¹⁶

IV.1.7.1.2. Trastorno de depresión mayor.

según los criterios del DSM-IV:

a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 por ciento del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

g. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

i. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.¹⁶

IV.1.7.1.3. Trastorno depresivo persistente (distimia)

según los criterios del DSM-IV:

a. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

b. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

c. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

d. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

e. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

f. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

g. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

h. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.¹⁶

IV.1.7.1.4. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento según los criterios del DSM-IV:

a. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

b. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de uno y dos:

1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.

c. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede tratarse.

d. Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

e. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

f. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.¹⁶

IV.1.7.1.5. Trastorno depresivo debido a otra afección médica.

según los criterios del DSM-IV:

a. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

b. Existen pruebas 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.

c. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

d. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

e. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.¹⁶

IV.1.7.1.6. Trastorno disfórico premenstrual.

según los criterios del DSM-IV:

a. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

b. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).

2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.

3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.

4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

c. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de *cinco* síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).

2. Dificultad subjetiva de concentración.

3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.

4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.

5. Hipersomnias o insomnio.

6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

d. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

e. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) Trastornos depresivos o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

f. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

g. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).¹⁶

IV.1.8. Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica debe tenerse en cuenta. Si no se obtiene una buena historia clínica ni se atiende al contexto de la situación vital actual del paciente, se producirán errores diagnósticos. En un adolescente con depresión se debe investigar la presencia de una mononucleosis, y en los pacientes con sobrepeso o infrapeso excesivos descartar disfunciones suprarrenales o tiroideas. En homosexuales, varones bisexuales, prostitutas y personas con abuso de sustancias por vía intravenosa se debe descartar la presencia de sida. En los ancianos se evaluará la posibilidad de una neumonía vírica y de otras afecciones médicas. Son muchos los trastornos neurológicos y médicos, así como los fármacos que producen síntomas de depresión. Los pacientes con trastornos depresivos acuden primero a su médico general con molestias somáticas. La mayoría de las causas médicas de los trastornos depresivos pueden detectarse mediante una historia médica exhaustiva, una exploración física y neurológica completa y la analítica habitual de sangre y orina. El estudio diagnóstico debería incluir pruebas de función tiroidea y suprarrenal, porque las alteraciones de ambos sistemas endocrinos pueden manifestarse como trastornos depresivos. Una norma razonable que se puede aplicar en el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias es que cualquier sustancia que tome un paciente con depresión debe considerarse un posible factor causante del trastorno del estado de ánimo. El tratamiento con fármacos cardíacos, antihipertensivos, sedantes, hipnóticos, antipsicóticos, antiepilépticos, antiparkinsonianos, analgésicos, antibacterianos y antineoplásicos se asocia a síntomas depresivos.¹⁴

IV.1.8.1. Problemas neurológicos.

Los problemas neurológicos más frecuentes que se manifiestan con síntomas depresivos son la enfermedad de Parkinson, las enfermedades desmielinizantes (incluida la demencia de tipo Alzheimer), la epilepsia, las enfermedades cerebrovasculares y los tumores. Entre el 50 por ciento y el 75 por ciento de todos los pacientes con enfermedad de Parkinson tienen síntomas importantes de un trastorno depresivo que no se

correlacionan con la discapacidad física del paciente, su edad o la duración de su enfermedad, sino con la presencia de otras alteraciones encontradas en los tests neuropsicológicos. Los síntomas del trastorno depresivo pueden verse enmascarados por síntomas motores casi idénticos a los que aparecen en la enfermedad de Parkinson. Los síntomas depresivos a menudo responden a los fármacos antidepresivos o a la TEC. Los cambios interictales asociados a la epilepsia del lóbulo temporal pueden simular un trastorno depresivo, en especial si el foco epileptógeno está situado en el lado derecho. La depresión es una característica que complica con frecuencia las enfermedades cerebrovasculares, en particular en los dos años siguientes al episodio. La depresión es más frecuente en las lesiones cerebrales anteriores que en las posteriores, y en ambos casos responden a los medicamentos antidepresivos. Los tumores de las regiones diencefálicas y temporales es más probable que se asocien en particular a síntomas de un trastorno depresivo.

Normalmente es posible distinguir una pseudodemencia de un trastorno de depresión mayor de la demencia con origen en otra enfermedad, como la demencia de tipo Alzheimer, por los fundamentos clínicos. Los síntomas cognitivos del trastorno de depresión mayor tienen un inicio súbito y se asocian a otros síntomas del trastorno, como los autorreproches. Puede verse la variación diurna de los problemas cognitivos, que no aparece en las demencias primarias. Los pacientes deprimidos con dificultades cognitivas no intentan responder a las preguntas («No lo sé»), mientras que los pacientes con demencia confabulan. Durante la entrevista, se puede entrenar a los pacientes deprimidos y alentarles para que recuerden, una capacidad que no tienen los pacientes dementes.

Antes de llegar al diagnóstico final, es necesario tener en cuenta una serie de categorías diagnósticas. Se deben descartar el trastorno del estado de ánimo causado por otra afección médica y el inducido por sustancias. Asimismo, es necesario establecer si el paciente ha tenido episodios de síntomas parecidos a la manía, lo que indicaría un trastorno bipolar I (síndromes maníacos y depresivos completos), un trastorno bipolar II (episodios depresivos mayores recidivantes con hipomanía) o un trastorno ciclotímico (síndromes depresivos y maníacos incompletos). Si los síntomas del paciente se limitan

a los de una depresión, se debe evaluar su intensidad y duración para distinguir un trastorno de depresión mayor (síndrome depresivo completo durante dos semanas), un episodio depresivo menor (síndrome depresivo incompleto pero episódico), un trastorno depresivo breve recidivante (síndrome depresivo completo, pero en el que cada episodio dura menos de dos semanas) y un trastorno distímico (síndrome depresivo incompleto sin episodios claros).

Cuando un paciente con trastorno bipolar I tiene un episodio depresivo, el diagnóstico diferencial es el mismo que en uno en el que se plantee el diagnóstico de trastorno de depresión mayor. No obstante, si el paciente es maníaco, el diagnóstico diferencial incluirá el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, el trastorno ciclotímico, el trastorno del estado de ánimo causado por otra afección médica y el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias/medicamentos. En cuanto a los síntomas de manía, merecen especial atención los trastornos de personalidad límite, narcisista, histriónica y antisocial.

El diagnóstico diferencial de los pacientes en los que se evalúa un trastorno del estado de ánimo debería incluir los demás trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos y el trastorno límite. La distinción entre el trastorno de depresión mayor y el trastorno bipolar I, por un lado, y el trastorno bipolar II, por otro, se basa en la evaluación clínica de los episodios parecidos a la manía. No se debe confundir la eutimia en un paciente con depresión crónica con un episodio de hipomanía o de manía. Los pacientes con trastorno de personalidad límite a menudo experimentan una alteración importante de su vida, similar a la de los pacientes con trastorno bipolar II, debido a los muchos episodios con síntomas de trastorno del estado de ánimo.¹⁴

IV.1.9. Tratamiento.

El tratamiento de los pacientes que tienen trastornos del estado de ánimo debe ir dirigido a varios objetivos. En primer lugar, se debe garantizar la seguridad del paciente, y en segundo lugar, es necesario efectuar una evaluación diagnóstica completa. A continuación, se iniciará un plan de tratamiento en el que se abordarán no solo los síntomas inmediatos, sino también el bienestar futuro del paciente. Si bien los

tratamientos actuales destacan el empleo del tratamiento farmacológico y la psicoterapia, las situaciones vitales estresantes elevan la tasa de recidiva, por lo que el tratamiento también debería abordar el número y la intensidad de los factores estresantes que vayan apareciendo en las vidas de los pacientes. En conjunto, el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo es gratificante para los psiquiatras. En la actualidad se dispone de tratamientos específicos para muchos episodios maníacos y depresivos, y parece que el tratamiento profiláctico también es eficaz. Como el pronóstico de cada episodio es bueno, el optimismo siempre está justificado y es bienvenido, tanto por el paciente como por su familia. No obstante, los trastornos del estado de ánimo son crónicos y se debe educar al paciente y a la familia con respecto a las futuras estrategias de tratamiento.

La mayoría de los estudios indican (y la mayoría de los médicos e investigadores confirman) que la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico es el tratamiento más eficaz para el trastorno de depresión mayor, algunos datos indican otra perspectiva: ambas medidas terapéuticas son eficaces por separado, al menos en pacientes con episodios depresivos mayores leves, y el uso habitual del tratamiento combinado aumenta los costes y expone a los pacientes a acontecimientos adversos innecesarios. Se han estudiado tres tipos de psicoterapia a corto plazo la terapia cognitiva, la terapia interpersonal y la terapia conductual para comprobar su eficacia en el tratamiento del trastorno de depresión mayor. Aunque la eficacia de la psicoterapia orientada psicoanalíticamente en esta indicación no se ha estudiado tanto como estas tres otras terapias, se ha usado desde hace mucho tiempo para los trastornos depresivos, y muchos profesionales la utilizan como su método principal de trabajo. Los factores que diferencian los tres métodos de psicoterapia a corto plazo del procedimiento orientado psicoanalíticamente son el papel activo y director del terapeuta, los objetivos reconocibles directamente y los objetivos que deben conseguirse con el tratamiento a corto plazo. Los datos que se van recopilando son alentadores con respecto a la eficacia del tratamiento dinámico. En un estudio aleatorizado y controlado, en el que se comparó la terapia psicodinámica con la terapia cognitivo-conductual, se alcanzaron resultados similares con ambos tratamientos en los pacientes deprimidos. El Programa Conjunto de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión del *National Institute of Mental Health* (NIMH)

permitió establecer los siguientes factores predictivos de respuesta a los distintos tratamientos: la baja disfunción social sugería una buena respuesta a la terapia interpersonal; una baja disfunción cognitiva sugería una buena respuesta a la cognitivo-conductual y al tratamiento farmacológico; una disfunción laboral alta sugería una buena respuesta al tratamiento farmacológico, y la depresión grave sugería una buena respuesta a la terapia interpersonal y al tratamiento farmacológico.

La terapia cognitiva, desarrollada originalmente por Aaron Beck, se centra en las distorsiones cognitivas supuestamente presentes en el trastorno de depresión mayor. Estas distorsiones consisten en la atención selectiva a los aspectos negativos de las circunstancias e interferencias patológicas establecidas irrealmente sobre las consecuencias (p. ej., la apatía y la falta de energía son consecuencia de la expectativa de fracaso del paciente). El objetivo de la terapia cognitiva es aliviar los episodios depresivos y prevenir su recurrencia, ayudando a los pacientes a identificar y analizar las cogniciones negativas, desarrollar formas de pensamiento alternativas, flexibles y positivas, y ensayar nuevas respuestas cognitivas y conductuales. Se ha demostrado que es eficaz en el tratamiento del trastorno de depresión mayor. La mayoría de los estudios muestran que la eficacia de la terapia cognitiva es similar a la del tratamiento farmacológico, y se asocia a menos efectos secundarios y a una evolución mejor en el seguimiento. Algunos de los mejores estudios controlados indican que la combinación de terapia cognitiva y tratamiento farmacológico es más eficaz que ambas terapias por separado, aunque en otros estudios no se ha encontrado ese efecto aditivo. Al menos en un estudio, el Programa Conjunto de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión del (NIMH), se determinó que la opción farmacológica, ya sea sola o combinada con psicoterapia, puede ser el tratamiento de elección de los pacientes con episodios depresivos mayores graves.

La terapia interpersonal, desarrollada por Gerald Klerman, se centra en uno o dos de los problemas interpersonales actuales del paciente. Se basa en dos suposiciones: en primer lugar, que los problemas interpersonales actuales tienen sus raíces en una relación disfuncional más precoz, y en segundo lugar, que esos problemas precipitan o perpetúan los síntomas depresivos actuales. Según estudios controlados, la terapia

interpersonal es eficaz en el tratamiento del trastorno de depresión mayor y, lo que no resulta sorprendente, puede ser específicamente útil para abordar los problemas interpersonales. Según algunos estudios, la terapia interpersonal puede ser el método más eficaz para los episodios depresivos mayores graves cuando el tratamiento de elección es la psicoterapia sola. El programa de terapia interpersonal suele consistir en 12-16 sesiones semanales y se caracteriza por un enfoque terapéutico activo. No se abordan los fenómenos intrapsíquicos, como los mecanismos de defensa y los conflictos internos. Se pueden abordar otros comportamientos discretos, como la falta de seguridad en uno mismo, el deterioro de las habilidades sociales y el pensamiento distorsionado, pero exclusivamente en el contexto de su significado o su efecto en las relaciones interpersonales.

La terapia conductual se basa en la hipótesis de que los patrones conductuales de inadaptación dan lugar a que la persona reciba poca retroalimentación positiva y, quizá, el rechazo directo de la sociedad. Al abordar los comportamientos de inadaptación mediante la terapia, los pacientes aprenden a funcionar en el mundo de una forma en la que reciben un refuerzo positivo. La terapia conductual para el trastorno de depresión mayor no ha sido el objetivo de muchos estudios controlados, y los escasos datos existentes indican que es un tratamiento eficaz para el trastorno de depresión mayor.

El enfoque psicoanalítico a los trastornos del estado de ánimo se basa en las teorías psicoanalíticas sobre la depresión y la manía. El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica es efectuar un cambio en la estructura o el carácter de la personalidad del paciente, y no simplemente aliviar los síntomas. Algunos de los objetivos de la terapia psicoanalítica pretenden mejorar la confianza interpersonal, la capacidad de intimar, los mecanismos de afrontamiento, la capacidad de sufrimiento y la capacidad de experimentar una amplia variedad de emociones. El tratamiento requiere a menudo que el paciente tenga períodos de mayor ansiedad y malestar durante la terapia, que puede continuar durante varios años.¹⁴

IV.1.9.1. Tratamiento Farmacológico.

En el trastorno de depresión mayor el uso del tratamiento farmacológico específico aumenta a aproximadamente el doble las posibilidades de que un paciente deprimido se recupere en 1 mes. Todos los antidepresivos disponibles en la actualidad tardan entre tres y cuatro semanas en ejercer sus efectos terapéuticos significativos, aunque empiecen a notarse antes. La elección de los antidepresivos depende de que su perfil de efectos secundarios sea el menos inaceptable para la situación física, el temperamento y el estilo de vida de un paciente dado. El hecho de que existan numerosas clases de antidepresivos, muchos de ellos con mecanismos de acción diferentes, representa una evidencia indirecta de la heterogeneidad de las disfunciones bioquímicas responsables. Aunque se siguen utilizando los primeros fármacos antidepresivos, los inhibidores de la mono aminooxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos, los compuestos más modernos han logrado que el tratamiento de la depresión sea algo más «agradable para el clínico y el paciente».

El error clínico más frecuente que provoca un resultado insatisfactorio de una prueba con un fármaco antidepresivo es el uso de una posología demasiado baja durante un período de tiempo demasiado corto. A menos que las situaciones negativas lo impidan, la posología del antidepresivo debería aumentarse hasta la dosis máxima recomendada, y mantenerse en ese nivel al menos durante 4 o 5 semanas antes de considerar que la prueba no es satisfactoria. Por otro lado, la dosis no se aumentará si el paciente mejora clínicamente con dosis bajas, a menos que la mejoría clínica se detenga antes de alcanzar el beneficio máximo. Cuando el paciente no empiece a responder a las dosis apropiadas de un fármaco después de dos o tres semanas, los médicos pueden decidir medir las concentraciones plasmáticas del fármaco, si existe cómo hacerlo. Esta prueba podría indicar el incumplimiento o una distribución farmacocinética particularmente inusual del fármaco, lo que permitiría sugerir una posología alternativa.¹⁴

IV.1.10. Complicaciones.

Tres son las complicaciones más frecuentes de la depresión: la cronificación de los síntomas, las recaídas y el suicidio.

La cronificación de un trastorno depresivo es frecuente. Aproximadamente el 15 por ciento de los pacientes que sufren depresiones presenta un curso crónico.

Tienen más tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias:

- Hay factores estresantes crónicos (problemas de salud, problemas económicos, problemas familiares, etc.).
- El paciente tiene rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día.
- Por el contrario, las depresiones que empezaron espontáneamente, es decir, sin ninguna causa aparente, son las que con menor frecuencia se cronifican.²¹

IV.1.11. Pronóstico y evolución.

La forma de evolución típica del episodio depresivo se atiene a lo que llamamos fase, lo que denota su carácter reversible.

Debemos especificar que en la evolución unipolar se entiende por ciclo el espacio entre el inicio de una fase depresiva y la terminación del intervalo libre anterior. Podríamos definir respuesta ante un intervalo depresivo, como una mejoría en el estado clínico del enfermo sometido a tratamiento, que se atribuye a éste. En la práctica clínica la mejor manera de objetivar la respuesta sería mediante la escala de Hamilton para la depresión, cuantificando una reducción de al menos un 50 por ciento de la puntuación previa. Esta escala anterior ha sido usada durante aproximadamente cuatro décadas como el instrumento *gold standard* para evaluar la severidad y respuesta al tratamiento de un trastorno depresivo.

En cuanto a la remisión sería un período de tiempo, de duración limitada, durante el cual se experimenta una mejoría que hace que el individuo afectado quede asintomático; no reúne criterios para el diagnóstico y en todo caso tiene síntomas mínimos.

En este último caso se estaría hablando de remisión parcial. Esta remisión puede cuantificarse también mediante reducción de la puntuación en la escala de Hamilton para la depresión. La recuperación comprende un período suficientemente duradero de remisión completa de los síntomas, que hace que se considere que el episodio depresivo está superado.

Hablamos de repetición, o mejor expresada recurrencia de fase, siempre que el retorno de la sintomatología se haya producido después de un intervalo libre de síntoma superior a unos seis meses. Cuando el intervalo es menor de este tiempo se interpreta como una recaída. Ya hablando sobre el pronóstico aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes con depresión responden al tratamiento de primera línea con monoterapia farmacológica. Del 30 por ciento restante que no responde al tratamiento inicial, un número importante responde con clases alternativas de antidepresivos.

Estudios recientes afirman que un 15 por ciento de los pacientes con depresión evolucionan a la cronicidad. No obstante, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia consigue, en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. La mayoría de los estudios hallan que un 70-80 por ciento de los pacientes se recupera antes de dos años, pero si no mejoran en ese tiempo ya es más difícil la recuperación. Un 20 por ciento de los pacientes se puede cronificar, porcentaje que alcanza el 40 por ciento si se incluyen los pacientes que no recuperan el nivel de funcionamiento previo a la enfermedad. Todo estos pronósticos ya establecidos de la evolución de la patología se toman muy en cuenta, pero al igual que los mismos hay que tomar en cuenta que un grupo de pacientes con esta patología pueden llegar a emperorararse y presentar un trastorno depresivo mayor.²²

IV.1.12. prevención.

Se ha observado que el fortalecimiento de los factores de protección en las poblaciones reduce la sintomatología depresiva. Algunos ejemplos incluyen los programas realizados en el hogar que se enfocan en el desarrollo de las habilidades cognitivas, solución de problemas y destrezas sociales de niños y adolescentes y los

programas de ejercicios para ancianos. Algunos de estos programas escolares demostraron una reducción de 50 por ciento o más en los niveles de los síntomas depresivos un año después de la intervención, así lo demostró el estudio hecho por Shochet y otros en el 2001. Un estudio controlado llevado a cabo en Finlandia sobre los resultados de un programa universal de consejería familiar temprana realizado en el hogar, demostró una reducción de los problemas de internalización durante la adolescencia y etapa adulta temprana. Algunas intervenciones basadas en evidencia abordan factores comprobados de riesgo y de protección para el inicio de la depresión. Estos incluyen intervenciones exitosas para reducir el abuso y abandono de menores y la intimidación de compañeros. Las intervenciones que preparan a los padres en la crianza de los hijos son muy importantes ya que un error empezando desde aquí podría empezar una crisis, estas son dirigidas a aquellos padres de niños con problemas de conducta y que se enfocan en mejorar el bienestar psicosocial de los padres, a través de suministro de información y capacitación en estrategias conductuales de crianza, han mostrado repetidamente, aunque no en forma consistente, una reducción de aproximadamente 30 por ciento de los síntomas depresivos de los padres, junto con mejores resultados en los hijos. Además, varias intervenciones selectivas dirigidas a afrontar eventos importantes de la vida han demostrado una reducción significativa y a largo plazo de altos niveles de síntomas depresivos, tales como los programas para niños que sufren la muerte de uno o ambos padres o el divorcio de los padres, para aquellos expuestos al desempleo y para ancianos con enfermedades crónicas. Más aún, una estrategia prometedora parece ser bloquear la transferencia transgeneracional de la depresión y los problemas relacionados a través de intervenciones para niños, adolescentes y familias de padres deprimidos. Cuando se brinda apoyo social y económico adecuado, se podrá esperar una reducción significativa en la incidencia de la depresión entre refugiados y aquellas personas expuestas a traumas de guerra o que viven en comunidades posteriores al conflicto. Incluso se pudiera esperar una reducción mayor si se pudieran prevenir dichos conflictos y traumas y si se respetaran los derechos humanos. La misma situación aplicaría a la población en general, si se aplicaran medidas para reducir la inestabilidad económica y la pobreza en todos los países y regiones. Aún

no hay evidencia científica disponible sobre los beneficios de dichas acciones para reducir específicamente la depresión. La prevención es un tema muy importante en esta patología ya que con ella podremos evitar la depresión y sus complicaciones, las cuales al final nos llevaran al suicidio, lo cual siempre termina siendo un desastre para la juventud.²³

IV.2. Suicidio.

IV.2.1. Historia.

El suicidio es una conducta que existe desde los inicios de los tiempos. A lo largo de la historia, las distintas sociedades han visto el suicidio desde perspectivas muy diferentes, las cuales se basan en los principios filosóficos, religiosos, intelectuales, sociales y económico propios de esa época y civilización específica. Mientras que en algunas civilizaciones se consideraba como un acto de valentía y honor, otras lo veían como una acción aborrecible, un pecado. A continuación, citaremos algunos de las épocas más importantes con relación al tema.

IV.2.1.1. Época Antigua.

Es la Grecia antigua una de las primeras culturas que aborda seriamente el problema del suicidio, más allá de un análisis puramente sociológico-filosófico y hasta político planteado por Aristóteles y Platón quienes terminan condenándolo, existe una visión menos castigadora del acto de matarse en las culturas más antiguas, pues se conoce que esta conducta implicaba una forma de supervivencia de la aldea, en la cual el anciano, el deforme o el enfermo debían abandonar la aldea hacia la intemperie, sin comida, ni agua para garantizar mayores cantidades de alimento que serían utilizadas por los otros miembros de la comunidad.

En la antigua Grecia, el suicidio era un delito contra el Estado y los castigos para los suicidas era la mutilación del cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar del suicida.

Con Platón, Aristóteles y un poder más fuerte del Estado el suicidio llegó a ser categorizado como delito salvo ciertas condiciones. Para Platón (427-347 AC) el suicidio era un delito contra la sociedad, pero podían reconocerse excepciones posibles en función de la ley civil o la respuesta a eventos adversos graves. Aristóteles (384-322 AC) condena tácitamente el suicidio como un acto de cobardía y atentado contra el Estado.

Está claro que, en Grecia, cuna del pensamiento moderno, el suicidio ya representaba un problema, si uno revisa las figuras importantes que se suicidaron en esta época está sobradamente respaldada dicha preocupación, y esto llevó a dos de sus más grandes pensadores a cavilar sobre el acto de matarse.²⁴

IV.2.1.2. El Imperio Romano.

El Imperio Romano continuó los conceptos anti-suicidas de Aristóteles y Platón, sin embargo, mediados por este último, dieron pie a algunas variaciones sobre el concepto y su penalización. Para Tondo (2000): «el suicidio no era extraño, y a veces se consideraba honorable entre los líderes cívicos e intelectuales».

Dos etapas de reflexión acerca del suicidio vivió el Imperio Romano. Una, la primera, con Cicerón (106-43), que, si bien condenaba el suicidio, avalaba el mismo si era una forma de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor. La segunda, Constantino (290-337), penalizó el suicidio y como medida preventiva se tomaron medidas estrictas, tales como la confiscación de los bienes de la familia después del suicidio para compensar al estado por la pérdida de un ciudadano.

El *Non Compos Mentis* es la figura romana legal por excelencia y ya aparece citada en los textos de la época, esta frase que deriva del latín y significa "sin control de su mente" se utilizaba para aquellos estados suicidas bajo influjo de enfermedades y representa la primera interpretación legal de una conducta derivada de un estado mental alterado.

Roma da grandes pasos en torno a la legalidad y castigo del suicidio:

1. Primero, no fue regulado ni penalizado en casos de enfermedad, filosofía, amor, honor o condena, los casos más emblemáticos el de Lucrecia, Catón y Nerón.

2. Segundo, el suicidio estaba regulado y penalizado en tanto este comprometiera los bienes, en este caso económicos del estado o de un miembro de la comunidad. Por ejemplo, suicidios de guerreros, esclavos y estafadores.²¹

IV.2.1.3. Edad Media.

Los reportes sobre el suicidio dentro la edad media no son amplios, la religión influencio mucho en la visión de las personas sobre el mismo, pero también se siguieron los conceptos grecorromanos que bien sabemos castigaban al suicida, por esto ahondar en este capítulo de la historia no resulta relevante.

La literatura que arriba con el renacimiento revela el marco sobre el cuál discurría la comprensión del suicidio. Para Dante Allighieri (1265-1321) el suicidio podía verse de dos formas: el suicidio de las «almas nobles» irán al Limbo, pero los otros fueron condenados a lo más profundo del infierno. Erasmo (1466-1536) considero al suicidio como la forma de librarse a uno mismo del «agobio de la vida».

Evidentemente, la última parte de la edad media representa una reevaluación del suicidio con base a su finalidad, aun así, todavía queda claro que la penalidad del suicidio estaba vigente.²⁴

IV.2.1.3. Edad Moderna y contemporánea.

Posterior a esta etapa, llegamos al Renacimiento donde aparecen observaciones que pretenden despenalizar el suicido, estas observaciones devinieron de una reafirmación de conceptos grecorromanos más racionales e influenciadas por una intelectualidad francesa, está claro en este punto, que esta intelectualidad será responsable de la despenalización completa del acto suicida posterior a la Revolución Francesa, prueba de esto es que no existen penalización en los Códigos Napoleónicos respecto al suicidio.

Hasta ahora en el decurso histórico del suicidio no vimos que la depresión sea asociada al acto de matarse, el concepto romano «no compos mentis», que hacía referencia a una mente alterada, no tomaba en cuenta a la depresión, por el contrario, se la comprendía en términos de locura, insanidad e ira.

El siglo XVII y XVIII marcaron nuevamente una estigmatización del suicidio, se recuperaron los conceptos de non compos mentis y felo de sé, el último es una mente sana, el primero no. Ante esta nueva estigmatización, la aristocracia que llegó a considerar el suicidio vergonzoso y propio de las clases más pobres recurrió, como una forma no directa de matarse, al duelo.

«Anatomía de la Melancolía», el libro escrito por Burton fue uno de los primeros ensayos que claramente asocio el suicidio a la depresión, un texto complejo, con una clara intención clínica pero que abandonó luego sus pretensiones, apunta fundamentalmente al vacío, al aburrimiento, a la falta de risa y al tedio el ser melancólico, mismo que será luego el ser suicida. Una apología del suicidio para algunos, una crítica para otros, lo cierto es que luego de Burton, el suicidio y la depresión irán de la mano, complejizando mucho más el análisis del acto de matarse.

El suicidio, siguiendo fundamentalmente los cambios de la Revolución Francesa, para algunos ya la edad contemporánea, se va despenalizando por toda Europa, pero a su vez entra en conflicto con diversas instituciones, lo cual obliga a grandes revisiones sobre el acto de matarse; nacen estudios estadísticos y revisiones de lo que implica esta conducta, siendo los más importantes los sociológicos y médicos, este cambio de paradigma, más iluminista, adquiere más adelante en Emili Durkheim y su libro «Le Suicide» su máxima expresión.

La Época contemporánea va abrazando con éxito para algunos u oprobio para otros el suicidio como una enfermedad y sobre todo de índole mental. La Psiquiatría que ya años atrás se apropiado de este fenómeno acuña probablemente desde el citado artículo de Brian Barraclough que la enfermedad mental se acompaña en un porcentaje elevado con el suicidio y tal aseveración basado en un estudio epidemiológico serio refuerza el concepto en desmedro de las múltiples teorías acá analizadas. Este abordaje médico-biológico, indican algunos, olvida al ser humano y su elección, Shneidman, padre de la

suicidología moderna, indicaba que «someter el suicidio a la depresión era el peor juego de manos al cual podía reducirse el acto suicida», por otra parte, otros autores fácilmente aceptan que un cerebro suicida es un cerebro dañado y por tanto un cerebro enfermo.

En este tenor, el interés sobre el suicidio se hace mayor y con esta nace la idea de su identificación, diagnóstico y tratamiento, sin embargo, las dificultades que todavía representa comprenderlo implica esfuerzo denodado en áreas aún más complejas como la Neurociencia.

Thomas Joiner es tal vez uno de los más resonantes teóricos en el campo de la suicidología actual, su teoría nueva en el campo, sostiene que no es suficiente con que la persona desee matarse, lo más importante es hacerlo y esto implica ir en contra de uno de los instintos más fuertes y antiguos en el ser humano, como es el instinto de autopreservación y para esto dos son los caminos tomados, el ensayo error que se justifica en los múltiples intentos o vivir en un estado de sufrimiento continuo (ej. dolor crónico, anorexia, etc.) ambos aspectos desensibilizaran nuestro miedo a morir y luego abolirá la autopreservación.

La época contemporánea tampoco abandona los presupuestos punitivos que representa suicidarse, sin embargo, el hecho de considerar al suicidio como una enfermedad cambia el panorama para el sujeto suicida y el suicidio, pues suponíamos que el estigma aparentemente debiese amainar. Sin embargo, no es así y consideramos que posiblemente la persistencia del castigo y el estigma devienen todavía de la concepción religiosa fuertemente enraizada en nuestra cultura.²⁴

IV.2.2. Definición.

El término suicidio procede del latín, y significa «matarse a sí mismo». Es un acto letal que representa el deseo de morir de la persona. Existe una gradación, no obstante, entre las intenciones suicidas y su puesta en práctica. Algunas personas tienen ideas suicidas que nunca llevan a cabo; otras hacen planes durante días, semanas, o incluso años, antes de actuar, y otras se quitan la vida aparentemente de forma impulsiva y sin premeditación. En la categoría del suicidio se diluyen clasificaciones intencionadamente

erróneas de la causa de la muerte, accidentes de causas indeterminadas y los llamados suicidios crónicos, como las muertes debidas al abuso de alcohol y de otras sustancias, y al mal seguimiento consciente de las pautas farmacológicas para las adicciones, la obesidad y la hipertensión.

A continuación, se presentan otros términos que se utilizan en la literatura científica sobre el suicidio:

- Autolesión deliberada: dolor o actos dolorosos autodestructivos o auto lesivos de manera voluntaria sin pretender morir.
- Ideación suicida: pensamiento que sirve de agente para la propia muerte; la gravedad puede variar en función de la especificidad de los planes de suicidio y del grado de intento de suicida.
- Intento de suicidio: expectativas y deseos subjetivos de realizar un acto autodestructivo que finalice en muerte.
- Letalidad de la conducta suicida: peligro objetivo para la vida asociada con un método o una acción suicida.
- Suicidio: muerte autoinflingida con evidencia explicitas o implícitas de que la persona pretendía morir.
- Tentativa de suicidio: comportamiento autolesivo con un resultado no mortal acompañado de evidencias explicitas o implícitas de que la persona pretendía morir.
- Tentativa de suicidio fallida: comportamiento potencialmente autolesivo con evidencias explicitas e implícitas de que la persona pretendía morir, pero interrumpió el intento antes de que se produjera el daño físico.

En psiquiatría, el suicidio es la principal emergencia; el homicidio y el hecho de no diagnosticar una enfermedad médica subyacente potencialmente mortal también son urgencias, aunque menos frecuentes. El suicidio es para el psiquiatra lo que el cáncer para el médico internista: el psiquiatra puede proporcionar una atención óptima, pero aun así el paciente puede acabar suicidándose. Aunque es imposible predecir con exactitud el suicidio, numerosos indicios lo indican y pueden servir de ayuda a los facultativos para disminuir el riesgo para sus pacientes.

Este acto también debe contemplarse en términos del legado devastador que deja a quienes sobreviven al suicidio de un ser querido, su impacto en el psiquiatra que trataba al paciente, y sus ramificaciones en los médicos que tenían a su cargo al difunto. Tal vez la idea más importante sobre el suicidio es que prácticamente siempre es el resultado de una enfermedad mental, por lo general la depresión, y es susceptible de tratamiento psicológico y farmacológico.²⁵

IV.2.3. Etiología.

La conducta suicida es compleja porque en ella intervienen una gran cantidad de factores de diversa índole. Por consiguiente, no existe una única razón por la que las personas deciden quitarse la vida, sino que en cada caso particular existen determinados factores de riesgo o predisponentes, que hacen más probable la aparición de un comportamiento suicida cuando confluyen otros factores precipitantes. Por otra parte, los sujetos que consuman el suicidio y los que realizan tentativas no letales no constituyen un grupo homogéneo, aunque los que sobreviven a intentos de elevada letalidad tienen un perfil clínico y psicosocial similar al del de los que consuman el suicidio.²⁶

IV.2.4. Clasificación.

Emile Durkheim, considerado como un padre fundador de la sociología, establece una clasificación interesante sobre el suicidio en base a la relación entre el actor y la sociedad en la que habita. Según el cual lo clasifica en 4 tipos:

Egoísta: ocurre cuando una persona se aísla socialmente o siente que no tiene lugar en la sociedad. Este es el suicidio de una persona egocéntrica que carece de sentimientos altruistas y generalmente está aislada de la corriente principal de la sociedad. Generalmente son personas que siempre se encuentran solas y evitan o no pueden compartir con los demás.

Altruista: ocurre cuando una persona se vuelve íntimo o muy cercano a un grupo social, doctrina, religión, etc. Este tipo de suicidio resulta de la integración excesiva de la persona.

Anómico: ocurre en situaciones que pasan de repente y que la persona no puede manejar, ya sea por inmadurez psicológica u otro motivo. Como ejemplos tenemos: bancarrota, haber ganado la lotería, divorcio.

Fatalista: este tipo de suicidio se debe a la regulación excesiva de la sociedad. Como ejemplos tenemos: cuando un esclavo se suicida, una mujer estéril, homosexuales.²⁷

IV.2.5. Fisiopatología y factores de riesgo.

Existen diferentes mecanismos fisiopatológicos en la génesis de una ideación suicida, a continuación, mencionaremos los que consideramos más importantes en el contexto de la adolescencia y adultez temprana. Dichos mecanismos fueron tomados del libro Vallejo y son los siguientes:

IV.2.5.1. Neurobiología.

IV.2.5.1.1. Factores familiares y genéticos.

Los estudios familiares, junto con los estudios con gemelos y los estudios de adopción, demuestran la innegable participación de factores genéticos en la conducta suicida. Los estudios de agregación familiar han puesto de manifiesto que una historia familiar de suicidio incrementa el riesgo de suicidio o de tentativas. Según estos estudios, entre los familiares de sujetos que se suicidan o que lo intentan, las conductas suicidas son hasta 10 veces más frecuentes que entre los familiares de los individuos control. La presencia de antecedentes familiares es más habitual entre los sujetos deprimidos que realizan tentativas violentas que entre aquellos con tentativas no violentas, y a la inversa, los antecedentes familiares de conductas suicidas violentas son un factor predictivo de conducta suicida en sujetos con depresión mayor. Además, los descendientes de sujetos con trastornos afectivos y antecedentes de intento tienen una probabilidad de realizar

tentativas seis veces mayor que los hijos de los sujetos deprimidos que no han intentado suicidarse.

Los estudios con gemelos han demostrado una elevada concordancia de las tasas de suicidio y de tentativas entre gemelos monocigotos, en comparación con las tasas observadas en gemelos dicigotos. Finalmente, los estudios de adopción han demostrado que entre los padres biológicos de los sujetos adoptados que realizan actos suicidas existe un riesgo de suicidio seis veces mayor, en comparación con los padres biológicos de los sujetos adoptados que no se suicidan. Otro estudio demostró que existía una mayor tasa de suicidio entre los padres biológicos de sujetos adoptados con antecedentes de trastorno afectivo, en comparación con los padres biológicos de los adoptados sin antecedentes afectivos.

Todos estos estudios indican también que la transmisión familiar de la conducta suicida es independiente de la transmisión de otros trastornos psiquiátricos. Parece que lo que se transmite es una predisposición a presentar comportamientos suicidas, ya que las tasas de suicidio son elevadas entre los familiares de los sujetos que cometen tentativas y, asimismo, los antecedentes de intentos son más habituales entre los familiares de individuos que consuman el suicidio. En estos últimos, la ideación suicida no es más frecuente, pero sí más grave, que entre los familiares del grupo control. Por otra parte, aunque se han implicado algunos polimorfismos genéticos, muy especialmente los relacionados con el sistema serotoninérgico, en la transmisión de las conductas suicidas todavía no se han identificado los genes implicados.²⁶

IV.2.5.1.2. Alteraciones bioquímicas.

La serotonina (5-HT) es el neurotransmisor mejor estudiado en relación con el suicidio. Diversos estudios han demostrado la existencia de una hipofunción serotoninérgica en sujetos suicidas y en los que intentan suicidarse y se ha propuesto que esta posible disfunción serotoninérgica podría condicionar un aumento de la vulnerabilidad o propensión al suicidio.

Hace ya 30 años que Asberg y cols. observaron que la mayoría de los pacientes deprimidos que habían realizado intentos de suicidio, especialmente de tipo violento, tenía concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) inferiores a las de los pacientes deprimidos que no las habían realizado. Los bajos valores de este metabolito de la serotonina se correlacionan con la impulsividad, la violencia y una mayor letalidad de las conductas suicidas en pacientes con depresión mayor, observándose también en la esquizofrenia y en sujetos con trastornos de personalidad. Además, son predictores de suicidio o de futuras tentativas en pacientes deprimidos o con esquizofrenia. Todo ello sugiere que el deterioro de la función serotoninérgica podría ser un marcador de rasgo de los sujetos suicidas, con independencia del diagnóstico psiquiátrico primario que presenta el paciente. De acuerdo con estos datos, los estudios post mortem con cerebros de individuos suicidas han identificado también anomalías en las neuronas serotoninérgicas, así como cambios cuantitativos en sus receptores. En estos sujetos, las neuronas serotoninérgicas del tronco cerebral son más numerosas, pero tienen menor tamaño y son hipofuncionantes (se han hallado niveles bajos de serotonina o de 5-HIAA en el tronco cerebral). Además, tienen menor densidad de transportadores de serotonina, y algunos estudios han encontrado un aumento de los receptores postsinápticos de serotonina 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A}. Por último, en los estudios de neuroimagen funcional en sujetos supervivientes a un intento, se ha demostrado una disminución del potencial de unión de los receptores 5-HT_{2A} en la corteza prefrontal.

Asimismo, se han hallado alteraciones en el sistema noradrenérgico de cerebros de suicidas en estudios post mortem. Estos sujetos presentan un menor número de neuronas noradrenérgicas en el locus coeruleus, un descenso también del número de transportadores de noradrenalina y un incremento de la actividad tirosina hidroxilasa, así como de autorreceptores α_2 presinápticos y un descenso de los receptores β postsinápticos; sin embargo, estas anomalías podrían explicarse por la respuesta al aumento del estrés excesivo que presentan los individuos antes del suicidio.

Las concentraciones muy bajas de colesterol en sangre se asocian con un incremento muy ligero del riesgo de suicidio, en especial de carácter violento y posiblemente de

tentativas e ideación suicida; es probable que esto se deba a que la hipocolesterolemia conduce a una hipofunción serotoninérgica. El riesgo es mayor cuando la reducción se produce mediante la restricción dietética que cuando es producto del tratamiento con inhibidores de la HMG-CoA.

Finalmente, se ha sugerido también que las hormonas sexuales podrían tener un papel en la producción de comportamientos suicidas, pues algunos estudios han encontrado una relación entre la fase del ciclo menstrual y el número de suicidios, aunque los resultados de dichos estudios son dispares. Baca-García y cols., en un estudio diseñado para evitar los frecuentes problemas metodológicos de este tipo de estudios, encontraron que las tentativas eran más habituales durante la fase folicular del ciclo menstrual, en especial durante la menstruación, período que podría considerarse como un marcador de estado.

Las concentraciones hormonales de las pacientes suicidas no diferían de las de los controles, lo cual sugiere a los autores que los valores bajos de gonadotropinas que se dan en el inicio de la fase folicular podrían favorecer el suicidio en pacientes vulnerables, a través del descenso de la actividad serotoninérgica que producen los valores bajos de estrógenos, en especial en mujeres impulsivas.

Curiosamente, el número de intentos durante la fase folicular fue cinco veces superior entre las pacientes con historia de trastornos del eje I que en las pacientes sin historia de trastornos psiquiátricos, mientras que el porcentaje de intentos entre las pacientes con historia de trastorno de la personalidad fue tres veces menor que en las pacientes sin historia de trastornos del Eje II. Los autores proponen que en los pacientes con una vulnerabilidad para presentar trastornos psiquiátricos, la baja actividad serotoninérgica, que se agrava durante el inicio de la fase folicular, favorece el suicidio, mientras que en las mujeres con trastornos de la personalidad, el aumento de progesterona, que tiene lugar durante la fase luteínica (o quizás una disminución de su metabolismo), produciría una disminución de la actividad gabaérgica que favorecería el suicidio como respuesta a las situaciones vitales estresantes.²⁶

IV.2.5.1.3. Neuroanatomía del proceso suicida.

El individuo suicida posee una hipersensibilidad a los acontecimientos vitales estresantes a causa de un déficit de atención selectiva, que le hace más sensible a las situaciones que signifiquen fracaso o derrota. Así, es más sensible a las señales sociales de desaprobación, las cuales pueden generarle sentimientos de vergüenza y humillación. Este componente cognitivo social, que equivaldría a la dimensión de personalidad «dependencia de la recompensa», se genera en la corteza frontal y temporal, a través de sus conexiones con el hipocampo, y depende de los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico (receptores 5-HT1A) y noradrenérgico.

Otra característica del sujeto suicida es la sensación de estar atrapado. Esto se debe a la afectación de su capacidad para tomar decisiones y a su incapacidad de resolución de problemas, que está relacionada con el déficit de las funciones ejecutivas que presentan estos sujetos. La falta de habilidades para resolver los problemas parece depender de un déficit en memoria autobiográfica, consistente en la imposibilidad de recordar acontecimientos específicos. Las funciones ejecutivas, es decir, la capacidad de resolver problemas, sustentadas por el sistema serotoninérgico (5-HT2A) y dopaminérgico, residen en la corteza prefrontal y la amígdala.

Finalmente, una tercera característica psicológica de los individuos que consuman el suicidio o intentan suicidarse es la desesperanza y la inhibición conductual ante las circunstancias adversas. Éstas se deben a una alteración en la génesis de los procesos cognitivos prospectivos (planificación), con incapacidad de anticipar futuros acontecimientos positivos, una función que reside también en la corteza prefrontal y depende de la actividad serotoninérgica (5-HT2A).

En resumen, existe una considerable evidencia de que la vulnerabilidad ante las conductas suicidas está relacionada con anomalías específicas del sistema serotoninérgico en el córtex prefrontal (orbitofrontal, dorsolateral y cingulado anterior) y con la afectación de las tareas cognitivas que dependen de esta área cerebral. Ello sugiere que la deficiente modulación serotoninérgica del córtex prefrontal aumenta el riesgo de suicidio tras la exposición a circunstancias estresantes, al existir una menor capacidad de toma de decisiones en contextos emocionales negativos.²⁶

IV.2.5.2. Factores psicológicos.

Algunos rasgos de personalidad y estilos cognitivos influyen en las conductas suicidas. El neuroticismo y la búsqueda de novedades han sido identificados como predictores de conducta suicida. De igual manera, la desesperanza, la introversión, la baja autoestima, la impulsividad y el locus de control externo son características frecuentes en los sujetos que intentan suicidarse.

En cuanto a las alteraciones cognitivas, se han descrito, entre otras, un deterioro de la atención selectiva, la ausencia de pensamientos positivos orientados al futuro y un déficit de memoria autobiográfica, que consiste en la tendencia a recordar aspectos generales de la biografía personal, con dificultad para recordar aspectos concretos. Como consecuencia de estas anomalías cognitivas, estos sujetos tienen una mayor sensibilidad a los acontecimientos con significado negativo y una mayor desesperanza, pero también un deterioro de la capacidad de tomar decisiones y una menor capacidad para resolver problemas.

En concordancia con estos datos, un reciente estudio realizado entre casi un millón de hombres jóvenes demostró que existe una importante asociación inversa entre las puntuaciones en los tests de inteligencia y el riesgo de suicidio, lo que apoya la idea de que estos sujetos tienen una menor capacidad de resolución de problemas.

Finalmente, desde una perspectiva psicodinámica, la conducta suicida puede tener para la víctima, además del significado consciente, un significado inconsciente: la muerte como reunión con seres queridos, como venganza, como autocastigo, como un renacimiento, como abandono en represalia o como expiación.²⁶

IV.2.5.3. Factores psicopatológicos.

El suicidio casi nunca se produce en sujetos que no presentan trastornos psiquiátricos. En la mayoría de estudios en los que se ha realizado la autopsia psicológica se ha demostrado que el 90 por ciento de los suicidas tenía un trastorno psiquiátrico en el momento del suicidio, aunque este porcentaje podría ser mayor, ya que el diagnóstico post mortem depende en ocasiones de la disponibilidad de información que provenga de

familiares o amigos. El trastorno psiquiátrico más frecuente entre los sujetos suicidas es el trastorno afectivo, seguido del abuso de sustancias (especialmente alcohol) y la esquizofrenia.

Otros trastornos psiquiátricos cursan también con un mayor riesgo de suicidio, en comparación con la población psiquiátrica general; de hecho, prácticamente todos ellos, con excepción del retraso mental y la demencia, conllevan un incremento del riesgo suicida. Sin embargo, es un hecho que la mayoría de pacientes psiquiátricos no se suicidan. Por consiguiente, la presencia de psicopatología generalmente es un factor necesario, pero no suficiente, para cometer un acto suicida.²⁶

IV.2.5.3.1. Conducta suicida previa.

Se estima que aproximadamente el 15 por ciento de los sujetos que comenten una o más tentativas acabarán consumando el suicidio. Por consiguiente, la tentativa suicida es probablemente el predictor más potente de suicidio consumado, constituyendo un factor de riesgo más importante que cualquier trastorno psiquiátrico. El riesgo de suicidio es máximo durante los primeros 6 meses posteriores al intento, y persiste durante más de una década, aunque se desconoce si los factores de riesgo a corto plazo son los mismos que los factores predictivos a largo plazo.²⁶

IV.2.5.3.2. Trastornos afectivos.

Clásicamente, se ha venido aceptando que el riesgo de muerte por suicidio a lo largo de la vida en pacientes con depresión unipolar es del 15 por ciento, desde que, en 1970, Guze y Robins publicaron un metaanálisis de 17 estudios sobre suicidio. Sin embargo, otros autores han propuesto prevalencias más bajas. En un análisis más reciente, Bostwick y Pankratz (2000) critican estos resultados basándose en el método utilizado para estimar el riesgo de suicidio y advierten que los pacientes de Guze y Robins eran casi todos ellos enfermos hospitalizados, por lo que los resultados no pueden generalizarse a otro tipo de pacientes; además, desde entonces los criterios del DSM para el diagnóstico de un

trastorno afectivo han variado, haciéndose más amplios, lo cual ha hecho que aumente la prevalencia de la depresión, aunque la incidencia de las formas más graves se ha mantenido relativamente baja. Estos autores identifican tres grupos de pacientes con trastorno afectivo, cada uno de ellos con una diferente prevalencia de suicidio a lo largo de la vida: un 8,6 por ciento para los pacientes hospitalizados alguna vez por tentativa o ideación suicida, un 4 por ciento para los pacientes con historia de hospitalización sin especificación de riesgo suicida, y un 2,2 por ciento para un grupo de pacientes, en su mayoría ambulatorios. En cualquier caso, la depresión es el principal diagnóstico en los sujetos que consuman el suicidio, y representa aproximadamente hasta el 60 por ciento de todos los casos. Asimismo, la depresión es el diagnóstico mayoritario en los individuos que realizan una tentativa y también en los que tienen ideación suicida. La tasa de intentos en sujetos con depresión unipolar asciende hasta el 50 por ciento.

Aunque se han propuesto algunas variables demográficas y clínicas como posibles factores de riesgo, incluyendo la gravedad de la depresión, no se ha demostrado que realmente tengan valor predictivo. No obstante, se ha demostrado que la conducta suicida en los pacientes con depresión está relacionada con la impulsividad, entendida ésta no sólo como estado, sino también como rasgo estable, ya que los pacientes que intentan suicidarse puntúan más alto que los controles en las escalas de impulsividad y ésta está presente en aproximadamente la mitad de los intentos. De igual manera, la desesperanza es un predictor clínico de suicidio, mientras que las razones para vivir protegerían al paciente, contrarrestando el efecto de la desesperanza. El riesgo de suicidio es mayor en los pacientes con historia de tentativas previas y en los pacientes hospitalizados, así como en las primeras fases de la enfermedad, durante los primeros 2 años. El mayor riesgo se da cuando el paciente empieza a mejorar y tras el alta hospitalaria.

En cuanto al trastorno bipolar, aunque existe alguna discrepancia entre los diferentes estudios, algunos no distinguen entre pacientes unipolares y bipolares, el riesgo de suicidio es similar o quizás algo inferior al que presentan los pacientes unipolares. No obstante, parece que la frecuencia de intentos es algo superior en los pacientes bipolares en comparación con los unipolares. El riesgo de suicidio es mayor en la fase depresiva de la enfermedad, mientras que en el episodio maníaco es relativamente menor. Por otra

parte, en el curso de la enfermedad, los suicidios son más tempranos en los hombres que en las mujeres.

En una revisión sistemática reciente, Hawton y cols. (2005) pudieron identificar pocas variables como factores de riesgo de suicidio consumado. El estudio determinó que el sexo masculino es un factor de riesgo, aunque menos importante que en la población general. A diferencia de ésta, no se observó asociación entre el suicidio y la raza, el estado civil, el desempleo o el aislamiento social. Tampoco llegó a identificarse una asociación con la historia familiar de trastornos afectivos o de conducta suicida, pero sí con los antecedentes personales de intento autolítico y con la presencia de desesperanza. No se pudo tampoco establecer la mayor prevalencia de suicidio entre pacientes con trastorno bipolar II, en comparación con el trastorno bipolar I, que clásicamente se ha venido aceptando.

En cuanto a las tentativas, se identificaron como factores de riesgo la historia familiar de suicidio, los abusos sexuales y físicos en la infancia y ser soltero, pero no se observó la asociación con el sexo femenino que se observa en la población general. Respecto a las variables clínicas, el inicio temprano del trastorno, el predominio de síntomas depresivos, los cicladores rápidos, los pacientes con episodios mixtos, y la gravedad de los episodios afectivos, comportan un aumento de riesgo de intentos de suicidio. Asimismo, el riesgo es mayor cuando existe comorbilidad con trastornos de ansiedad o alimentarios o abuso comórbido de alcohol u otras sustancias.²⁶

IV.2.5.3.3. Esquizofrenia.

En una reciente revisión, Palmer y cols. (2005) sitúan el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en pacientes esquizofrénicos en el 4,9 por ciento. Por otro lado, la cifra de tentativas suicidas se ha estimado en torno al 20-40 por ciento.

El suicidio en los sujetos esquizofrénicos es más frecuente durante los primeros años de la enfermedad, y en los primeros días de ingreso hospitalario o poco después de dejar el hospital. Por otra parte, tienen mayor riesgo los sujetos con buen ajuste premórbido y aquellos con nivel socioeconómico elevado y alto nivel educativo y de inteligencia,

aunque también se ha señalado que los sujetos con un inicio más precoz de la enfermedad logran un nivel educativo menor y una peor adaptación premórbida, que conlleva un mayor riesgo suicida. El curso agresivo y deteriorante de la enfermedad, con numerosas recaídas, es también un factor de riesgo. En cuanto a los síntomas de la enfermedad como predictores de suicidio, el riesgo se asocia no tanto con los síntomas nucleares (delirios, alucinaciones) como con la depresión y los síntomas afectivos (desesperanza y baja autoestima), así como con la conservación de la conciencia de enfermedad. La sintomatología positiva y los pacientes del subtipo paranoide son los que tienen un mayor riesgo suicida, mientras que los síntomas negativos disminuyen el riesgo. Parece, pues, que existirían dos subtipos de pacientes esquizofrénicos con un mayor riesgo suicida; por un lado, los pacientes deprimidos y, por otro, los pacientes en los que predomina la sintomatología psicótica.²⁶

IV.2.5.3.4. Impulsividad, agresividad y suicidio.

Diversos estudios han demostrado la existencia de una relación entre la impulsividad, la agresividad y el suicidio. De hecho, las tres conductas comparten una misma base neurobiológica, tanto desde el punto de vista genético como neuroquímico.

Apter y cols. (1989) estudiaron a 30 pacientes ingresados tras un intento de suicidio y observaron que los pacientes suicidas presentaban una mayor impulsividad que el grupo control, constituido por pacientes psiquiátricos sin tentativas autolíticas. La impulsividad presentaba una correlación positiva con la ansiedad de estado (+0,33), la ansiedad de rasgo (+0,48) y la rabia (+0,43). Asimismo, se observó que los mecanismos de defensa de regresión y desplazamiento son los que presentan una mayor correlación con el riesgo de agresividad y de conducta suicida.

En un estudio efectuado por Plutchik y cols. (1989) en 100 pacientes, se determinaron la impulsividad, la depresión, la desesperanza, los problemas vitales, la violencia familiar, las estrategias de afrontamiento y el soporte social. Se consideró que estas variables podían constituir factores predictores del riesgo de suicidio y de agresividad. Los resultados de este estudio demostraron que las principales variables que se

correlacionaban con el suicidio eran la depresión, los sentimientos de desesperanza, la problemática vital y la sintomatología psiquiátrica.

La agresividad se correlacionaba con la impulsividad, la problemática legal y los estresores ambientales. En este estudio se observó, además, una correlación significativa entre la impulsividad y el riesgo suicida (+0,43), la agresividad (+0,63), la culpa (+0,37) y la rabia (+0,64), así como con las subescalas psicopáticas (+0,52) y de esquizofrenia (+0,42) del inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI), con el número de problemas vitales (+0,58) y con la historia familiar de agresividad o violencia (+0,56). También se demostró que los factores ambientales y de apoyo social positivos disminuyen el riesgo de suicidio y la agresividad.

Plutchik establece una interesante interrelación entre ansiedad, depresión, agresión, impulsividad y suicidio. Todos ellos están relacionados con el mundo de las emociones, y presentan sorprendentes correlaciones genéticas, bioquímicas, psicopatológicas y psicológicas.

Las conductas mediadas por la serotonina, influidas por genotipos y factores ambientales, pueden expresarse de formas diversas, desde alteraciones de la personalidad (como la impulsividad, la hostilidad, la irritabilidad, los rasgos antisociales, límites, narcisistas e histriónicos) hasta trastornos psiquiátricos de mayor importancia (conducta suicida, conducta agresiva de mayor gravedad, trastorno explosivo intermitente, juego patológico, piromanía, bulimia y abuso de alcohol u otras sustancias).²⁶

IV.2.5.3.5. Ansiedad.

La ansiedad representa un espectro psicopatológico amplio; puede ser patognomónica de un trastorno psiquiátrico primario, o un síntoma fundamental en la depresión, abuso de sustancias o en la psicosis; a veces, reacción emocional ante una amenaza existencial, pérdida o conflicto. Su intensidad también es amplia en un continuum que se extiende desde la ansiedad moderada de la vida cotidiana hasta el cuadro grave,

resistente al tratamiento, facilitador del suicidio per se, o incrementador del riesgo en otros trastornos psiquiátricos a los que se asocia con frecuencia.²⁶

IV.2.5.3.5. Trastornos de la personalidad.

Los trastornos de personalidad constituyen un factor de riesgo predictor de suicidio consumado y su presencia multiplica por 7 el riesgo de suicidio de la población general. Más de un tercio de los sujetos que consuman el suicidio, y hasta tres cuartas partes de los que lo intentan, presentan un diagnóstico de trastorno de personalidad. La concurrencia comórbida de este trastorno con otros trastornos psiquiátricos aumenta considerablemente el riesgo de suicidio y de intentos.

Entre los trastornos de personalidad, los del grupo B, y especialmente el trastorno límite, son los que presentan mayor riesgo suicida, probablemente porque con frecuencia van acompañados de otros trastornos mentales comórbidos, como depresión o alcoholismo, y también porque se trata de sujetos impulsivos. De hecho, la conducta suicida es uno de los criterios diagnósticos de este trastorno en el DSM-5. Se estima que 1 de cada 10 individuos con diagnóstico de trastorno límite se suicida, y que este diagnóstico se encuentra en más de una cuarta parte de los casos de suicidio consumado. A diferencia de lo que sucede entre la población general, en los pacientes con trastorno límite el suicidio es más habitual entre las mujeres y tiene lugar tras varias tentativas. Es por ello que suele darse hacia los 30 años de edad, a pesar de que las tentativas son más habituales en los inicios de la enfermedad, hacia los veintitantos.²⁶

IV.2.5.4. Factores psicosociales y ambientales.

Los factores sociales y ambientales pueden influir en la conducta suicida, ya sea predisponiendo a la comisión del suicidio o precipitándolo, en un individuo previamente predispuesto, aunque también pueden contribuir incrementando la exposición de un individuo a otros factores predisponentes o desencadenantes. Algunos de estos factores psicosociales son de tipo macrosocial, es decir, que influyen sobre las tasas de suicidio de una determinada población, mientras que otros son de tipo microsociales, y se relacionan más con una personalidad vulnerable en un determinado individuo.²⁶

IV.2.5.4.1. Factores sociodemográficos.

IV.2.5.4.1.1. Edad y sexo.

Como ya se ha comentado, el suicidio es más habitual entre los hombres, mientras que las tentativas predominan entre las mujeres. En cuanto a la edad, el suicidio es poco frecuente antes de la pubertad y su incidencia es mayor entre los jóvenes y los adultos, arrojando las cifras más elevadas entre los sujetos mayores de 65 años. La tentativa es igualmente rara antes de la pubertad, pero alcanza su máxima incidencia entre los adolescentes y adultos jóvenes, siendo mucho menos frecuente entre los ancianos.²⁶

IV.2.5.4.1.2. Estado civil y familia.

En relación con el estado civil, los divorciados y los viudos, tanto hombres como mujeres, son los que mayor riesgo tienen de suicidarse o de realizar tentativas, aunque la influencia del estado civil es menor en la mujer. Les siguen en orden de frecuencia los solteros y los casados sin hijos y, finalmente, los casados con hijos. La relación entre el estado civil y la conducta suicida es compleja y no depende únicamente del hecho de vivir solo. Por otra parte, no está claro si el divorcio es causa o consecuencia de la conducta parasuicida.²⁶

IV.2.5.4.1.3. Raza.

Los individuos de raza blanca tienen un riesgo superior al de otros grupos étnicos, aunque estas diferencias podrían deberse a factores socioculturales.²⁶

IV.2.5.4.1.4. Orientación sexual.

Los hombres y mujeres homosexuales o bisexuales tienen un riesgo más de cinco veces superior de presentar ideación suicida o de intentar suicidarse. Recientemente, King y cols. (2008) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura y un metaanálisis y encontraron un riesgo relativo de ideación suicida a lo largo de la vida de

2,04 en hombres y mujeres homosexuales o bisexuales, mientras que el riesgo de tentativa fue de 4,28 para los hombres y de 1,82 para las mujeres.²⁶

IV.2.6. Epidemiología

Según la organización mundial de la salud (OMS) anualmente, cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida.²⁸

El suicidio es la segunda causa principal de muerte en todo el mundo entre las personas entre 10 y 24 años de edad, lo que representa una crisis de salud pública alarmante. La ideación y las conductas suicidas son aún más comunes que la muerte por suicidio.²⁹

El mismo no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79 por ciento de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.²⁸

Cada 40 segundos se produce una muerte por suicidio, lo que supone que mueren más personas por esta causa que en todos los conflictos armados activos en la actualidad en todo el mundo. Mucho más habitual es la tentativa de suicidio, y más aún la ideación suicida. Sin embargo, no existen estadísticas rigurosas de las conductas suicidas, ya que su incidencia es difícil de precisar.³⁰

IV.2.6.1. Suicidio en República Dominicana.

En República Dominicana las muertes por suicidio durante los años 2007-2016 ascendieron a 5,662, un promedio de 566 casos anuales; representando el 11.22 por ciento del total de muertes violentas para ese periodo. La tasa de mortalidad por suicidio en el año 2016 fue de 6.4 por cada 100 mil habitantes, donde en un 85.41 por ciento de esos casos fueron hombres y 14.58 por ciento mujeres. Durante el año 2016 los casos

de suicidio ascendieron a 569 (486 hombres y 83 mujeres); de los cuales 45 fueron adolescentes (28 hombres y 17 mujeres), para una tasa específica de mortalidad por suicidio en adolescentes⁷ de 2.3 por cada 100 mil habitantes.

Al analizar la tasa de suicidio en mujeres adolescentes durante los años 2007-2016, se observa un comportamiento muy inestable. A pesar de las fluctuaciones que muestra esta tasa en las adolescentes, la tasa en los adolescentes exhibió valores más elevados, debido a que los casos en éstos representaron el 65.08 por ciento (343 casos) de la década, frente al 35 por ciento (184 casos) de las mujeres.

Se infiere que, este comportamiento inestable en los suicidios de las adolescentes, pudiera estar relacionado a la cantidad de intentos suicidas cometidos por ellas durante los años 2014-2016, que resultó mayor que los hombres adolescentes, una relación de 9:2 (por cada nueve intentos de las mujeres, se realizaron dos en hombres). La presencia de ideas suicidas es una señal temprana de vulnerabilidad al suicidio y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta planes suicidas.

De igual manera, por cada nueve intentos en mujeres adolescentes hubo un suicidio consumado. Mientras que, en los hombres adolescentes, por cada dos intentos, se registró un suicidio.³¹

IV.2.7. Diagnóstico

Es importante reconocer a tiempo la ideación suicida o las enfermedades mentales que puedan conllevar a la misma para así evitar un incremento considerable de la tasa de suicidio, no solo en el país, sino a nivel mundial.

Para el mismo, es posible que el médico realice un examen físico, pruebas y haga preguntas detalladas sobre la salud física y mental para determinar cuál podría ser la causa de los pensamientos suicidas y cuál podría ser el mejor tratamiento. Las evaluaciones pueden estar dirigidas en búsqueda de:

- Trastornos de salud mental. En la mayoría de los casos, los pensamientos suicidas se relacionan con un problema de salud mental no diagnosticado que puede

tratarse.³⁰ Por lo que es de suma importancia hacer las preguntas adecuadas para así llegar a un diagnóstico preciso de manera temprana.

- Trastornos de salud física. En algunos casos, los pensamientos suicidas pueden estar relacionados con un problema de salud física no diagnosticado. Es posible que se deba realizar análisis de sangre y otras pruebas para determinar si ese es el caso.
- Abuso de drogas y de alcohol. Para muchas personas, el alcohol o las drogas influyen en los pensamientos suicidas y en la consumación del suicidio. El médico debe indagar si el paciente tiene problemas con el consumo de drogas o de alcohol, como el consumo excesivo o la incapacidad de disminuir o abandonar el consumo de drogas o alcohol por cuenta propia. Muchas personas con ideas suicidas necesitan tratamiento para lograr dejar de consumir sustancias o alcohol, a fin de reducir los pensamientos suicidas.
- Medicamentos. En algunas personas, determinados medicamentos recetados o de venta libre pueden ocasionar pensamientos suicidas.³²

Es muy importante identificar factores de alto o bajo riesgo. Dentro de los factores de alto riesgo tenemos: la edad (jóvenes y ancianos), trastornos psiquiátricos como la depresión, intentos pasados, uso de drogas y alcohol, psicosis, enfermedades.

IV.2.7.1. Clínico

La clínica de un paciente con ideación suicida es muy variada, puede presentar síntomas tanto del polo afectivo (como ocurre en pacientes bipolares o depresivos) como del polo psicótico (psicosis inducidas por drogas, esquizofrenia).

En muchas ocasiones el diagnóstico, en especial en pacientes no diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico u otro factor de riesgo que pueda conllevar a la ideación suicida, se realiza por una conducta previa de intenso suicida (método de suicidio). La elección del mismo está determinada por factores culturales y por la disponibilidad, así como por la gravedad del intento. Algunos métodos (p. ej., saltar desde una altura) hacen que la supervivencia sea prácticamente imposible, mientras que otros (p. ej., la ingestión

de fármacos) hacen posible el rescate. Sin embargo, utilizar un método que no haya demostrado ser mortal no implica necesariamente que el intento sea menos grave.

Para los intentos de suicidio, la ingestión de fármacos es el método más utilizado. métodos violentos, como dispararse y ahorcarse son infrecuentes.

Casi el 50 por ciento de los suicidios completados en los Estados Unidos involucran armas de fuego; los hombres usan este método más que las mujeres. Las mujeres usan el envenenamiento más que los varones. Otros métodos de suicidio incluyen ahorcamiento, salto desde una altura, ahogamiento y corte.³³

IV.2.8. Diagnóstico diferencial

Existen ocasiones en donde un homicidio o asesinato pueden ser confundidos por suicidio, esto es debido a que el atacante puede hacer creer a las autoridades que la víctima ha cometido un suicidio. Esto importante diferenciar estos acontecimientos, no solo para hacer justicia, si no, para dar una información correcta a los familiares.

IV.2.8.1 Homicidio.

El homicidio ocurre cuando una persona causa la muerte de otra. Si el autor tiene la intención de matar, se trataría de un homicidio “a secas” o doloso. En cambio, si la muerte se produce como consecuencia de una imprudencia se trata de un homicidio involuntario o culposo.³⁴

IV.2.8.2. Asesinato.

Se define como una forma de homicidio más grave por causa de las circunstancias en las que se lleva a cabo. Estos supuestos que justifican la agravación de la pena y la distinción son:

Alevosía: existe cuando se comete el delito empleando una forma o medio destinado a privar de defensa a la víctima.

Ensañamiento: ocurre cuando se aumenta deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima, causándole padecimientos que no son necesarios para causar su fallecimiento.

Concurrencia de precio, recompensa o promesa: esta situación se da cuando el culpable actúa por una recompensa o promesa, siendo el móvil económico la mayor gravedad que guía la muerte de la víctima.³⁴

Para hacer el diagnóstico diferencial es importante una historia detallada del suceso, así como información personal tanto del atacante (descartar motivos) como de la víctima (descartar trastornos psiquiátricos, estresores, factores de alto riesgo).

IV.2.9. Tratamiento

La decisión clínica más importante que debe tomarse es la de ingresar o no a un paciente con ideas suicidas. No todos necesitan hospitalización; algunos pueden tratarse ambulatoriamente. No obstante, la ausencia de un sistema de apoyo social sólido, los antecedentes de conducta impulsiva y la existencia de un plan de acción suicida constituyen criterios de ingreso. Para determinar si es factible un tratamiento ambulatorio, los médicos deben adoptar una estrategia directa: pedir a los pacientes en riesgo que accedan a llamarles si pierden la confianza en su capacidad para controlar sus impulsos suicidas. Los que llegan a este acuerdo con el médico en el que confían se reafirman en la creencia de que tienen la fuerza suficiente para controlar estos impulsos y buscar ayuda. A cambio de este compromiso por parte del paciente, el médico debe estar disponible las 24 h del día.

Si un paciente al que se considera seriamente suicida no puede llegar a este compromiso, está indicado el ingreso hospitalario urgente, y debe aconsejarse tanto al paciente como a sus familiares. No obstante, si el tratamiento va a ser ambulatorio, el terapeuta debe anotar los números de teléfono del domicilio y del trabajo del paciente por si hubiera una urgencia. Si no acepta la hospitalización, la familia debe asumir la responsabilidad de estar con el paciente las 24 h del día.

Una medida útil para el tratamiento de los pacientes ingresados con depresión y riesgo de suicidio consiste en realizar un registro personal y de sus pertenencias a su llegada en busca de objetos que pudieran utilizar para suicidarse, y repetir el registro durante las exacerbaciones de las ideaciones suicidas. Lo ideal sería que los pacientes ingresados con depresión y riesgo de suicidio permanecieran en una sala cerrada y con ventanas irrompibles, y que sus habitaciones estuvieran cerca del control de enfermería para facilitar al máximo su observación por el personal de enfermería. El equipo de tratamiento debe evaluar el grado de restricción a que debe someterse al paciente, y si son necesarios controles regulares o una observación directa continua.

Debe iniciarse un tratamiento intensivo con antidepresivos o antipsicóticos en función del trastorno subyacente. Algunos fármacos (p. ej., la risperidona) ejercen efectos antipsicóticos y antidepresivos, y son útiles cuando el paciente presenta signos y síntomas tanto de depresión como de psicosis.

La psicoterapia de apoyo llevada a cabo por un psiquiatra demuestra una preocupación y puede aliviar parte del intenso sufrimiento de un paciente. Algunos pueden ser capaces de aceptar la idea de que sufren una enfermedad identificada y de que probablemente se recuperarán. Debe disuadirseles de que tomen decisiones importantes para sus vidas mientras sufren una depresión suicida, ya que suelen venir determinadas por la morbilidad y pueden ser irrevocables. Las consecuencias de esas decisiones equivocadas podrían provocar más angustia y sufrimiento cuando el paciente se recupere.³⁵

IV.2.10. Pronóstico y evolución

El pronóstico de un paciente que ha intentado el suicidio es variable. La carga de los supervivientes de un suicidio es mayor que la que se asocia a cualquier otra muerte, principalmente debido a que las oportunidades para culparse son mucho mayores.³³

Es bien sabido que las personas que han intentado suicidarse tienen un riesgo aumentado de cometer otro intento subsecuente. De hecho, uno de los predictores más fuertes del comportamiento suicida es su ocurrencia pasada. Esta asociación es uno de

los hallazgos más sólidos en la literatura sobre suicidios. Además, entre los adultos, el riesgo de un futuro suicidio aumenta en aproximadamente un 32 por ciento con cada intento posterior (Leon et al., 1990). Se ha observado un patrón similar en estudios con adolescentes (Spirito et al., 2000). Con cada intento sucesivo, el tiempo para el siguiente intento parece disminuido (Goldston et al., 2015).³⁶

Por esta razón, es importante prestar importante atención a las personas que en algún momento de su vida han intentado suicidarse para evaluarlos minuciosamente en busca de datos positivos de trastorno mental, en cuyo caso, se implementara tratamiento adecuado. De lo contrario, es decir, de no existir hallazgos positivos a favor de una patología a nivel mental, es importante recomendar terapias en busca de una mejoría en el ámbito social e interpersonal de la persona ya que en algunos casos la ideación suicida viene en consecuencia de circunstancias que causan un sufrimiento grande, intenso, crónico en la persona y que muchas veces alteran la autoestima del mismo (mala relación familiar, etc.).

Las interacciones sociales a través de Internet se han convertido en una capa importante de contacto y conectividad en nuestras sociedades. Como en cualquiera otra interacción social, el uso de las redes sociales tiene un impacto en las emociones y comportamientos, y proporciona vías importantes para detectar y prevenir el suicidio.³⁷

IV.2.11. Prevención

La mayoría de los suicidios de los pacientes psiquiátricos puede prevenirse, ya que las pruebas señalan que el suicidio se asocia con frecuencia con una evaluación o un tratamiento inadecuados. Algunos pacientes experimentan un sufrimiento tan grande e intenso, o tan crónico y resistente al tratamiento, que su suicidio puede percibirse como inevitable; afortunadamente, estos pacientes son relativamente infrecuentes. Otros presentan trastornos de personalidad graves, son muy impulsivos y se suicidan espontáneamente, con frecuencia en un estado de disforia o de intoxicación, o ambos.³⁸

La forma más fácil de prevenir el suicidio es mediante la identificación de pacientes susceptibles a realizarlo. Esto se logra con una buena historia clínica, mediante la cual,

se pueda llegar a la causa principal de la ideación suicida. Una vez identificada la causa es importante aplicar un tratamiento correcto (por ejemplo, psicofármacos para trastornos psiquiátricos) y llevar un seguimiento constante del paciente.³⁷

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Ideación suicida	Es la «presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse», que forma parte de la conducta suicida.	Escala de Beck (Escala de ideación suicida)	Numérica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino	Nominal
Escuela	Institución docente donde se imparten estudios superiores especializados en alguna materia.	Medicina Odontología Farmacia	Nominal
Cuatrimestre cursante	Periodo de cuatro meses de un año académico en el cual se imparten clases.	Cuatrimestre en cursos	Nominal
Uso de sustancia	Consumo continuo de químicos, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre.	Alcohol Tabaco Otros	Nominal
Comorbilidad	Presencia de uno o más trastornos asociados a una enfermedad primaria o de base.	Hipertensión Obesidad Diabetes Otros	Nominal
Trastorno psiquiátrico	Cambios o alteraciones que se producen en el desarrollo normal de la mente del individuo manifestándose como cambios en el comportamiento.	Ansiedad Depresión Bipolaridad Trastornos de personalidad Trastornos psicóticos	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

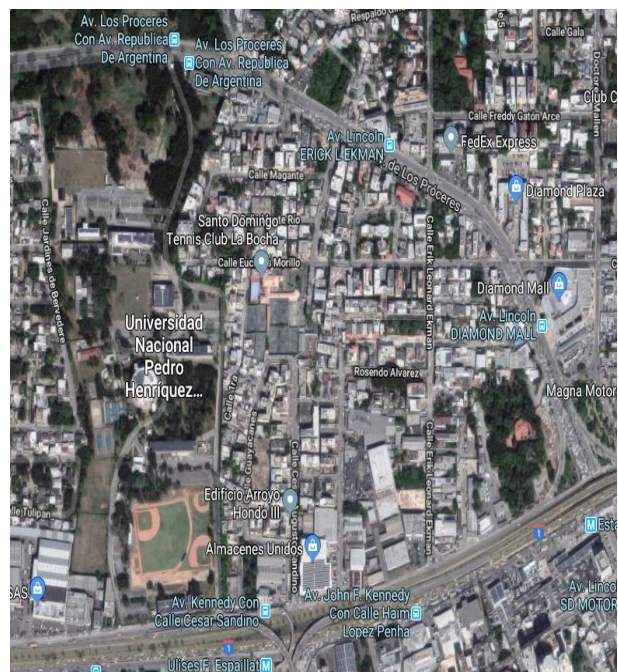
Se realizó un estudio observacional descriptivo, prospectivo y transversal con el objetivo de determinar el riesgo suicida en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, enero – junio, 2020. (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en las diferentes escuelas de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, el cual está ubicado en el Km 7 1/2, Avenida John F. Kennedy, Distrito Nacional, República Dominicana. Delimitado al Norte, por la avenida de Los Próceres; al sur, por la avenida John F. Kennedy; al este, por la calle Guayacanes y al oeste, por la calle Jardines de Bervedere. (ver mapa cartográfico y vista aérea)



(ver mapa cartográfico)



(ver mapa satelital)

VI.3. Universo

El universo estuvo representado por todos los estudiantes matriculados en las escuelas de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, enero - abril 2020.

VI.4. Muestra

La muestra del estudio fue calculada a través de un muestreo probabilístico del listado de estudiantes inscritos en las escuelas de la Facultad de Ciencias de la Salud, enero-abril 2020.

Con los datos suministrados procedemos a realizar:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2 (N-1) + Z^2 pq} = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(1502)}{(0.050)^2 (1502-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)} = 306$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Población.

Z= Nivel de confianza (utilizando un 95% equivalente a 1.96)

p= Probabilidad a favor.

q= Probabilidad en contra.

e= Error de la muestra (utilizando un 5% equivalente a 0.050)

Una vez realizados los cálculos, obtenemos una muestra de 306 estudiantes de la escuela de medicina.

Para la escuela de odontología:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2 (N-1) + Z^2 pq} = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(520)}{(0.050)^2 (520-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)} = 221$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Población.

Z= Nivel de confianza (utilizando un 95% equivalente a 1.96)

p= Probabilidad a favor.

q= Probabilidad en contra.

e= Error de la muestra (utilizando un 5% equivalente a 0.050)

Una vez realizados los cálculos, obtenemos una muestra de 221 estudiantes de la escuela de odontología.

Para la escuela de farmacia:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{e^2 (N-1) + Z^2 pq} = \frac{(1.96)^2 (0.50)(0.50)(64)}{(0.050)^2 (64-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)} = 55$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Población.

Z= Nivel de confianza (utilizando un 95% equivalente a 1.96)

p= Probabilidad a favor.

q= Probabilidad en contra.

e= Error de la muestra (utilizando un 5% equivalente a 0.050)

Una vez realizados los cálculos, obtenemos una muestra de 55 estudiantes de la escuela de farmacia.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

1. Estudiante perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud.
2. No se discriminará edad.
3. Ambos sexos.

VI.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar.
2. Barrera de idioma.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Para la realización de esta investigación se utilizó la escala de ideación suicida de Beck la cual se trata de una escala que se compone de varios ítems agrupados en cinco apartados, los cuales tienen una puntuación máxima de 2 puntos (0-2). Además, se incluyeron variables de interés en la investigación relacionadas con la idea suicida las cuales fueron uso/abuso de sustancias, depresión, trastorno físico y trastorno psiquiátrico. La interpretación de resultados consistió en sumar los valores cuyo resultado, al ser positivo, indicara la gravedad de la ideación en base al número, a mayor

número mayor gravedad Es una de las escalas más utilizadas en la psiquiatría para valorar la conducta suicida. (Ver anexo XII.2. Escala de ideación suicida de Beck)

VI.7. Procedimiento

El anteproyecto fue sometido a la coordinación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, una vez aprobado este proceso se comenzó con la recopilación de datos a través del instrumento (primera fase) mediante la entrega del mismo a estudiantes de aulas seleccionadas al azar según el tipo de materia, correspondientes al cuatrimestre cursante y carrera (medicina, odontología y farmacia) de interés las cuales fueron identificadas. Se tomaron estudiantes cursando cualquier cuatrimestre, para medicina (ciclo básico, preclínico y clínico), odontología (Ciclo básico, preclínico y clínico) y farmacia (ciclo básico y profesional). Los estudiantes fueron abordados de la manera más profesional posible explicándoles de una manera entendible en que consiste nuestra investigación, así como recalcar la confidencialidad de la encuesta. Los mismos fueron encuestados en las instalaciones de la Universidad desde enero hasta abril del año 2020. Una vez concluido con la recopilación se procedió al análisis y tabulación de datos (Ver XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos fueron tabulados a través de los programas Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de los mismos.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fueron ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³⁸ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).³⁹ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión por parte de las diferentes escuelas de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por los estudiantes de las diferentes escuelas de la universidad. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en la base de datos creada con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por los investigadores.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

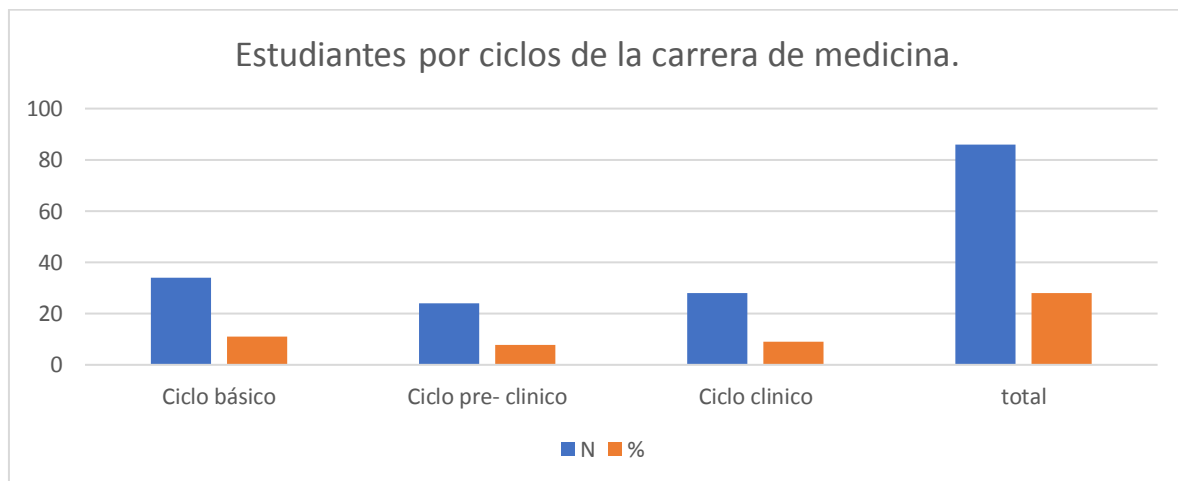
VII.RESULTADOS

Cuadro 1. Muestra global de positivos al analizar la ideación suicida en los estudiantes entrevistados de la carrera de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña febrero 2019 – agosto 2020.

Estudiantes por ciclos de la carrera de medicina.	N	%
Ciclo básico	34	11.1
Ciclo pre- clinico	24	7.8
Ciclo clinico	28	9.1
total	86	28.1

Al analizar el siguiente cuadro se observó que del 100.0 por ciento de los estudiantes de la carrera de medicina en la muestra global solo un 28.1 por ciento presentaron ideaciones suicidas y el por ciento restante no presentaron ideaciones suicidas.

Gráfico 1. Muestra global de positivos al analizar la ideación suicida en los estudiantes entrevistados de la carrera de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña febrero 2019 – agosto 2020.



Fuente: cuadro 1.

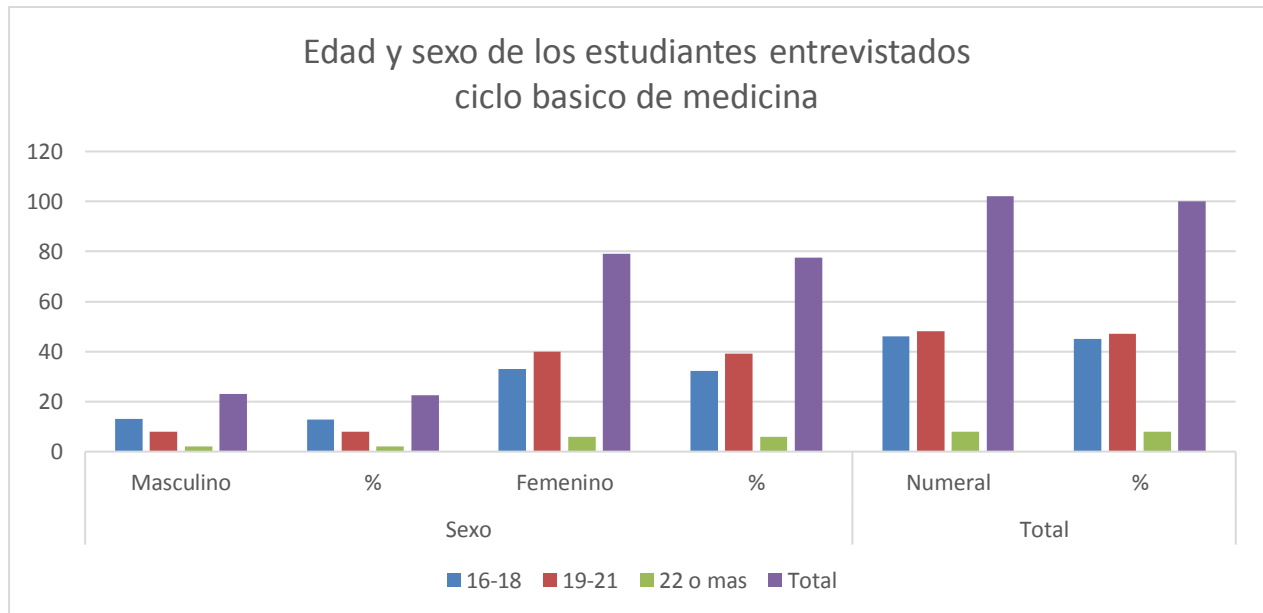
Cuadro 2. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Edad y sexo en estudiantes entrevistados ciclo básico de medicina						
Edad	Sexo		Total			
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 18	13	12.7	33	32.3	46	45.1
19-21	8	7.8	40	39.2	48	47.0
> 21	2	1.9	6	5.8	8	7.8
Total	23	22.5	79	77.4	102	100.0

Al presentar el cuadro 2 se observó que el 22.5 por ciento de los estudiantes del ciclo básico encuestada fueron masculinos y que de ese por ciento un 12.7 por ciento presentaban edades de 16 y 18 años, el 7.4 por ciento presentaban edades de 19 y 21 años y un 1.96 por ciento eran mayores de 22 años. En el caso de del sexo femenino comprendían el 77.7 por ciento restante de los cuales el 32.3 por ciento presentaban edades de 16 y 18 años, el 39.2 presentaban edades de 19 y 22 años y el 5.88 por ciento eran de 22 años o más.

Grafico 2. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 2.

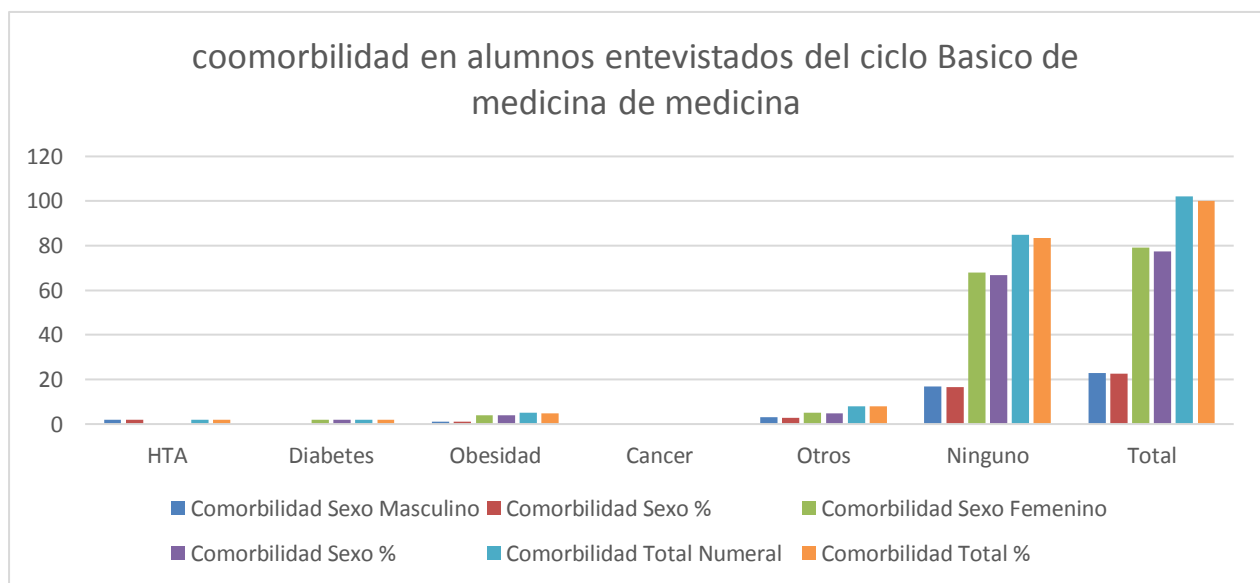
Cuadro 3. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Comorbilidad	comorbilidad en estudiantes entrevistados ciclo básico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	2	1.9	0	0.0	2	1.9
Diabetes	0	0.0	2	1.6	2	1.9
Obesidad	1	0.9	4	3.2	5	4.9
Cáncer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	3	2.9	5	4.0	8	7.8
Ninguno	17	16.7	68	66.7	85	83.3
Total	23	22.5	79	77.5	102	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 3 se observó que del 22.5 por ciento de los masculinos un 1.9 por ciento presentan hipertensión arterial, el 0.9 por ciento eran obesos, un 2.9 presentaban otras comorbilidades y el 16.6 por ciento restante no presentaba ninguna comorbilidad. En cuanto al sexo femenino con un 77.4 por ciento se puede ver que un 3.9 por ciento se encontraba con obesidad, un 1.96 por ciento presentaban diabetes, un 4.9 por ciento presentaban otros tipos de comorbilidades y un 66.6 por ciento no presentaba ninguna comorbilidad, dando un total de 1.96 por ciento con hipertensión arterial, un 1.9 por ciento con diabetes, un 4.9 por ciento con obesidad, un 7.8 por ciento con otros tipos de comorbilidades y un 83.3 sin ninguna comorbilidad en cuanto a la población completa.

Grafico 3. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 3.

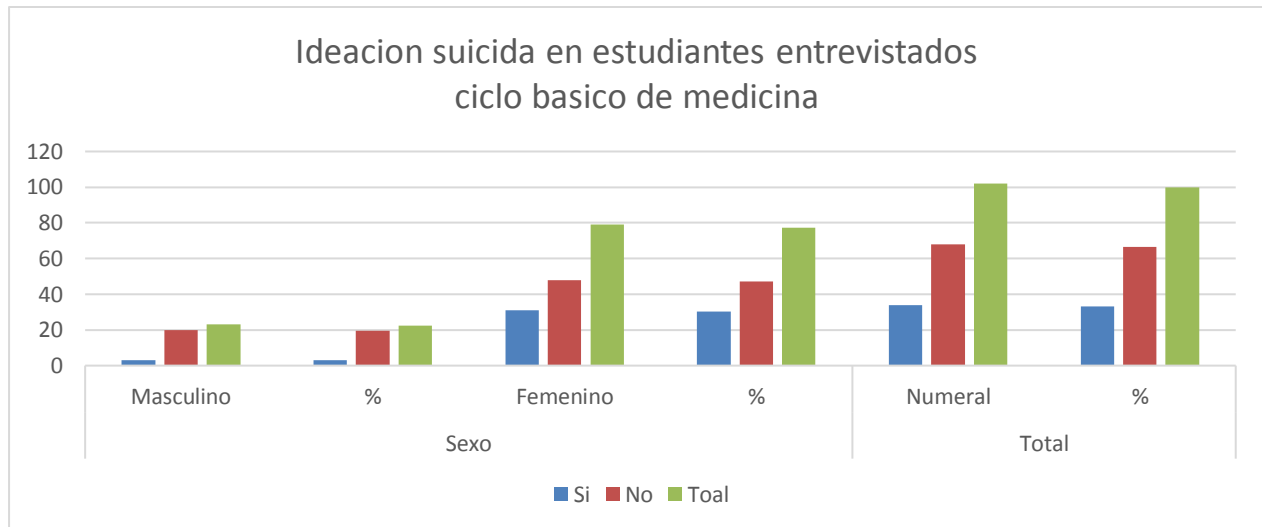
Cuadro 4. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación	Ideación suicida en estudiantes entrevistados ciclo básico de medicina de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	4	3.9	31	30.3	34	33.3
No	19	18.6	48	47.0	68	66.6
Total	23	22.5	79	77.4	102	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 4 se observó que del 22.5 por ciento de la población masculina un 2.9 por ciento respondieron que sí y un 19.6 por ciento respondieron que no a la interrogante sobre ideación suicida. En cuanto al sexo femenino el cual fue un total de 77.4 por ciento un 30.3 por ciento respondieron que sí y el 47.0 por ciento restante respondieron que no, sumando un total de un 33.3 por ciento a que si presentaban ideaciones suicidas y un 66.7 por ciento a que no presentaban ideaciones suicidas en cuanto al total de la población.

Grafico 4. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 4.

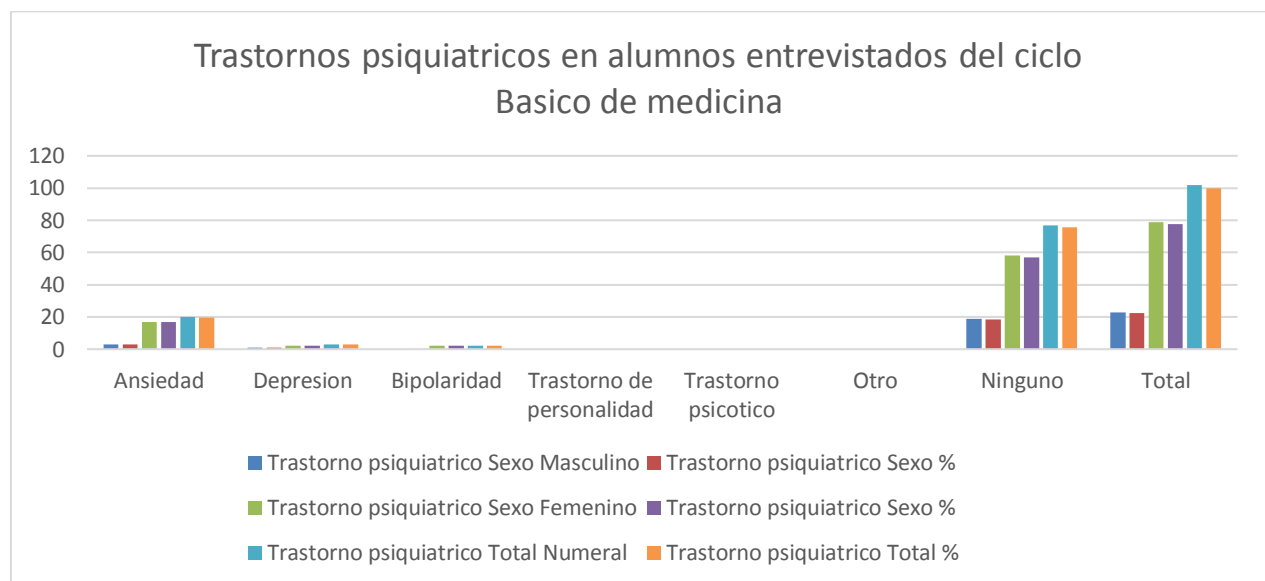
Cuadro 5. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiátrico	Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados ciclo básico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	3	2.9	17	16.6	20	19.6
Depresión	1	0.9	2	1.9	3	2.9
Bipolaridad	0	0.0	2	1.9	2	1.9
Trastorno de personalidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno psicótico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguno	19	18.3	58	56.8	77	75.4
Total	23	22.5	79	77.4	102	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 5 se observó que del 22.5 por ciento de los masculinos, un 2.9 por ciento padecen de ansiedad, otro 0.98 por ciento padecen de depresión y un 18.6 por ciento no padecen de ningún trastorno psiquiátrico. En cuanto al 77.4 del sexo femenino se observó que un 16.6 por ciento padecen de ansiedad, un 1.9 por ciento padecen de depresión, un 1.9 por ciento padecen de bipolaridad y un 58.8 por ciento no padece de ningún trastorno psiquiátrico sumando un total de un 19.6 por ciento que padecen de ansiedad, un 2.9 por ciento que padecen depresión, un 1.9 por ciento que padecen de bipolaridad y el 75.4 por ciento restante que no padece ningún trastorno psiquiátrico en cuanto la población total.

Grafico 5. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 5.

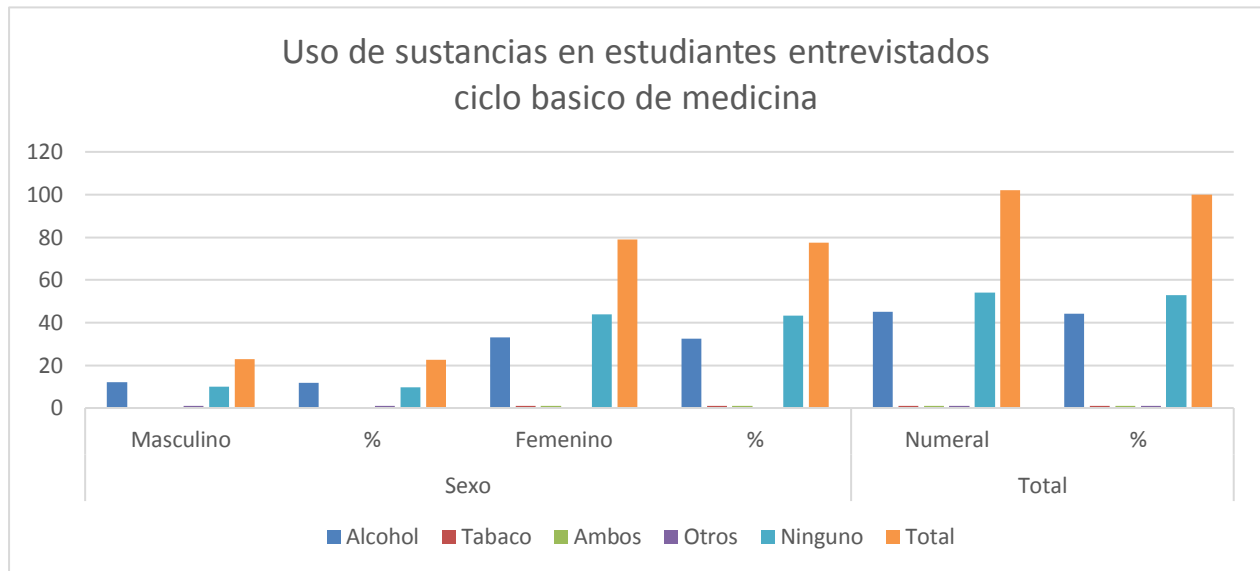
Cuadro 6. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Sustancia	Uso de sustancias en estudiantes entrevistados ciclo básico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	12	11.7	33	32.3	45	44.1
Tabaco	0	0.0	1	0.9	1	0.9
Ambos	0	0.0	1	0.9	1	0.9
Otros	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Ninguno	10	9.8	44	43.4	54	52.9
Total	23	22.5	79	77.4	102	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 6 se observó que del 22.5 por ciento de la población masculina un 11.76 por ciento es consumidora de alcohol, 0.9 por ciento consumen otro tipo de sustancia y un 9.8 por ciento no utiliza ninguna sustancia. En cuanto la población femenina se observó que del 77.4 por ciento un 32.3 por ciento es consumidora de alcohol, 0.98 por ciento es consumidora de tabaco, 0.9 por ciento es consumidora de ambas sustancias (alcohol y tabaco) y un 43.1 por ciento no consume ningún tipo de sustancia para un total de 44.1 por ciento que consume alcohol, 0.9 que consumen tabaco, 0.9 que consumen ambas sustancias (alcohol y tabaco), 0.9 que consumen otras sustancias y un 52.9 por ciento que no consumen ningún tipo de sustancia de la población total.

Grafico 6. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 6.

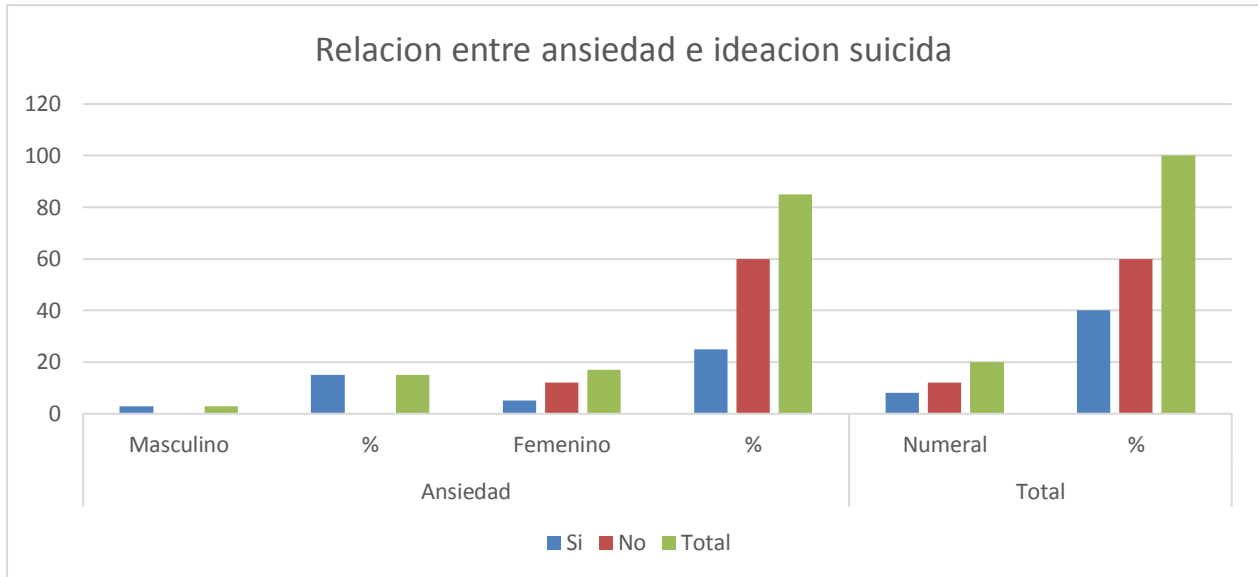
Cuadro 7. Relación entre ansiedad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	3	15.0	5	25.0	8	40.0
No	0	0.0	12	60.0	12	60.0
Total	3	15.0	17	85.0	20	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 7 se observó que de la población que padece de ansiedad, un 40 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 15 por ciento y un 25 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 60 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 7. Relación entre ansiedad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 7.

Cuadro 8. Relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

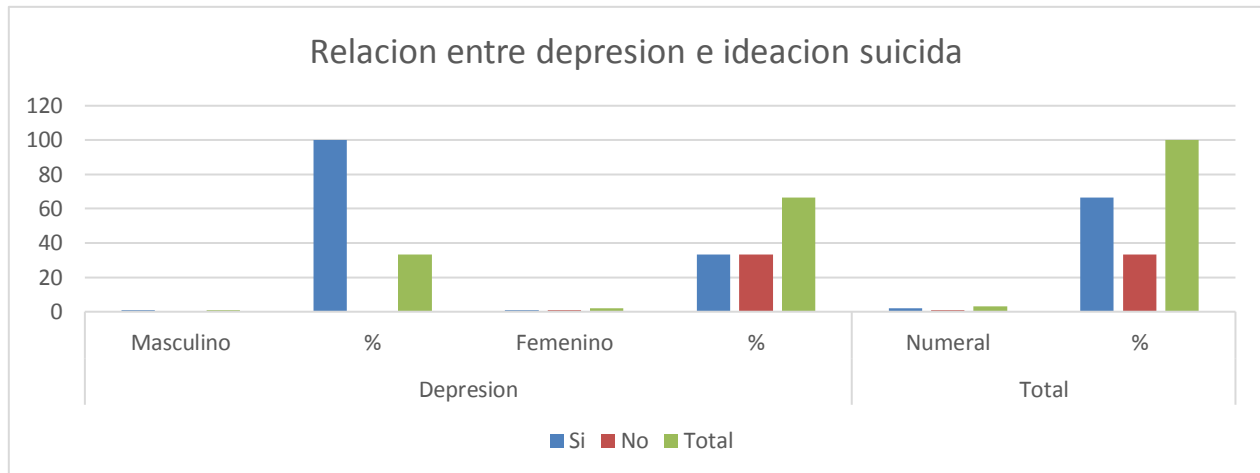
Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Depresión				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	33.3	1	33.3	2	66.6
No	0	0.0	1	33.3	1	33.3
Total	1	33.3	2	66.6	3	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 8 se observó que, de la población que padece de depresión, un 66.6 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 33.3 por ciento y un 33.3

por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 33.3 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 8. Relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 8.

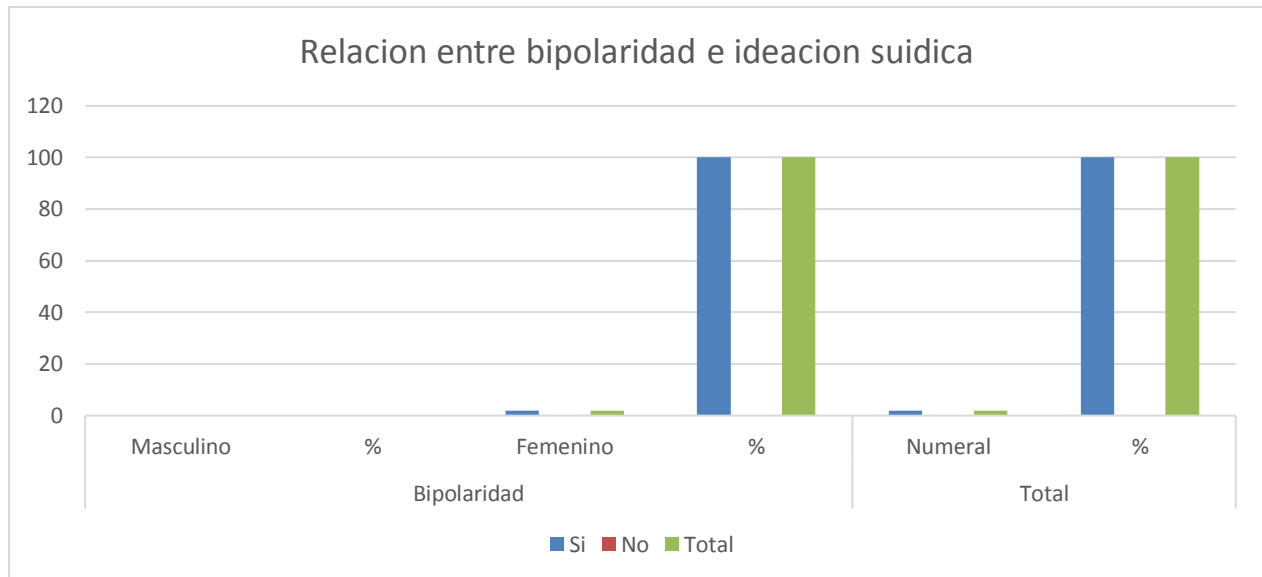
Cuadro 9. Relación entre bipolaridad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Bipolaridad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	100.0	2	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 9 se observó que, de la población que padece de bipolaridad, un 100 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un en su totalidad a la población femenina.

Grafico 9. Relación entre bipolaridad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 9.

Cuadro 10. Relación entre el consumo de alcohol e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

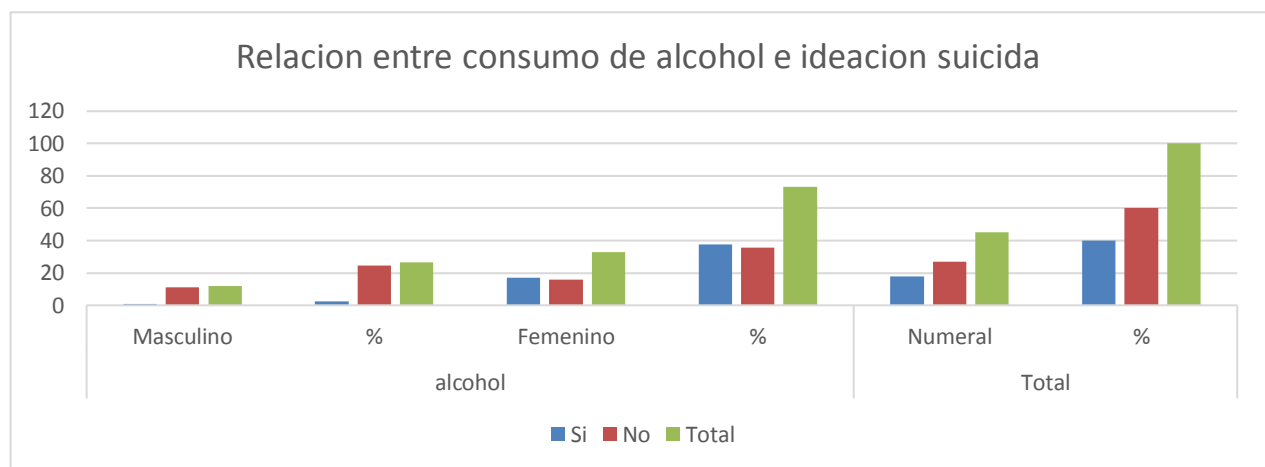
Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	2.2	17	37.7	18	40.0
No	11	24.4	16	35.5	27	60.0
Total	12	26.6	33	73.3	45	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 10 se observó que, de la población que consume alcohol, un 40 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 2.2 por ciento y un 37.7 por

ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 60 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 24.4 por ciento a hombres y un 35.5 por ciento a mujeres.

Grafico 10. Relación entre el consumo de alcohol e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 10.

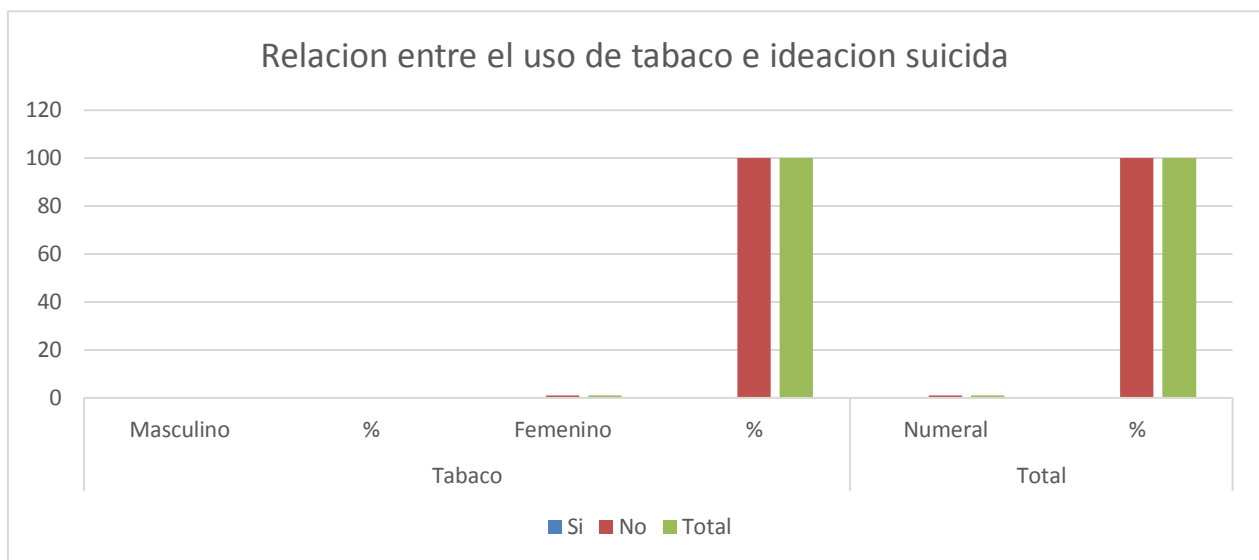
Cuadro 11. Relación entre el uso de tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Tabaco				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 11 se observó que, de la población que usa tabaco, un 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 11. Relación entre el uso de tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 11.

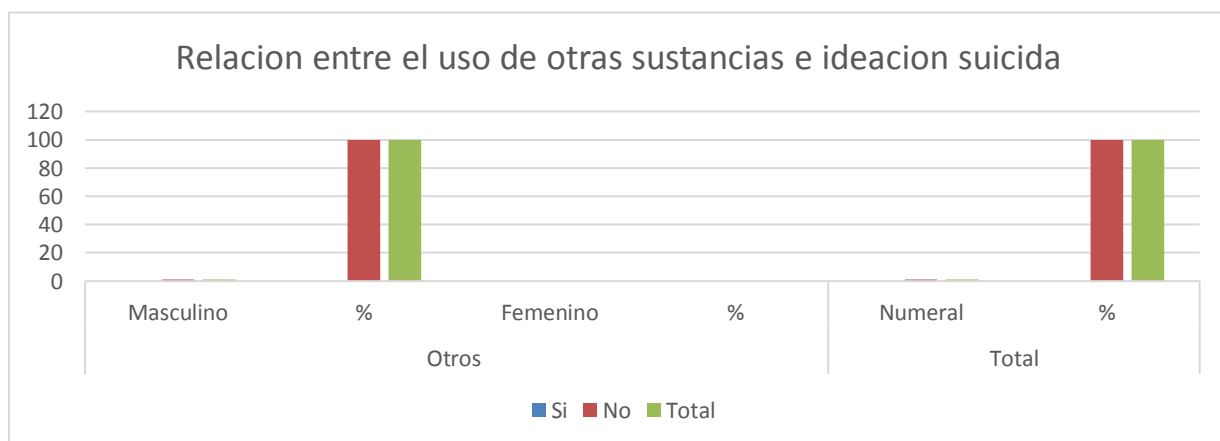
Cuadro 12. Relación entre el consumo de otras sustancias e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Total	1	100.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS)

Al presentar el cuadro 12 se observó que, de la población que consume otros tipos de sustancias, un 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Grafico 12. Relación entre el consumo de otras sustancias e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020..



Fuente: cuadro 12.

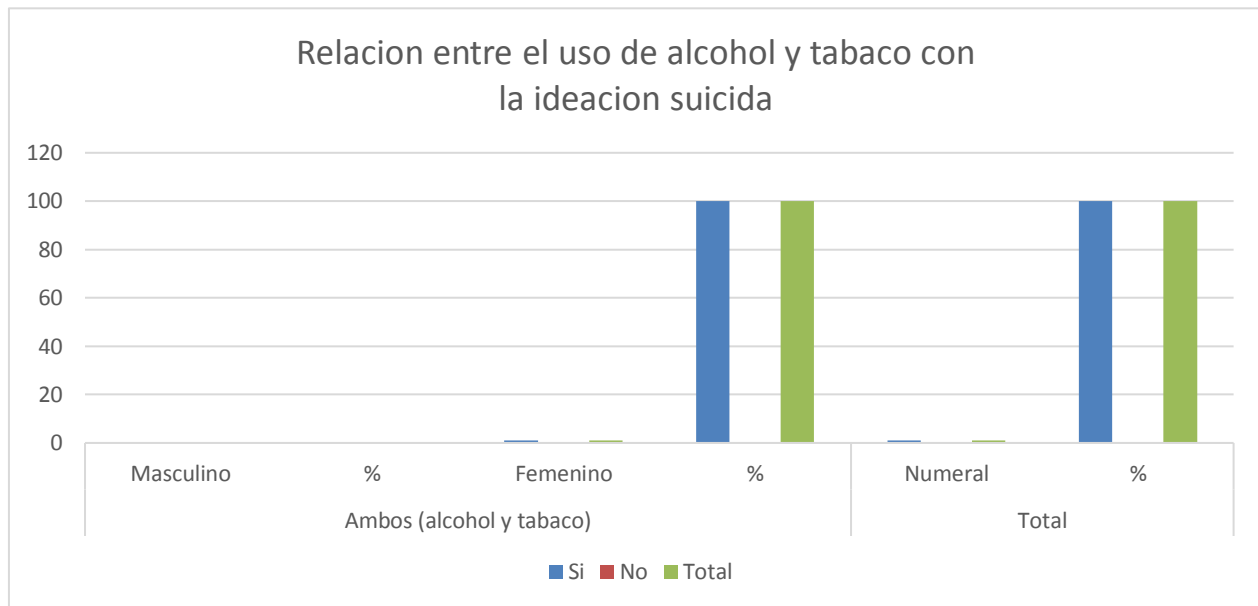
Cuadro 13. Relación entre el consumo de alcohol y tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	1	100.0	1	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 13 se observó que, de la población que consume alcohol y tabaco, un 100 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Cuadro 13. Relación entre el consumo de alcohol y tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 13.

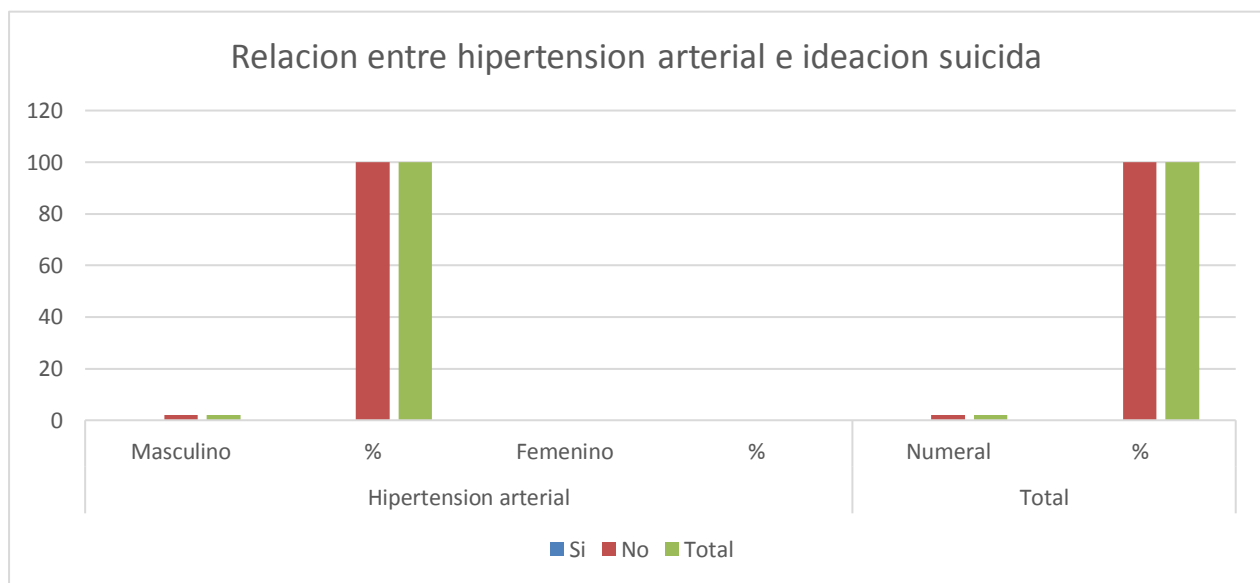
Cuadro 14. Relación entre hipertensión arterial e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Hipertensión arterial				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Total	2	100.0	0	0.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 14 se observó que, de la población con hipertensión arterial, el 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Grafico 14. Relación entre hipertensión arterial e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 14.

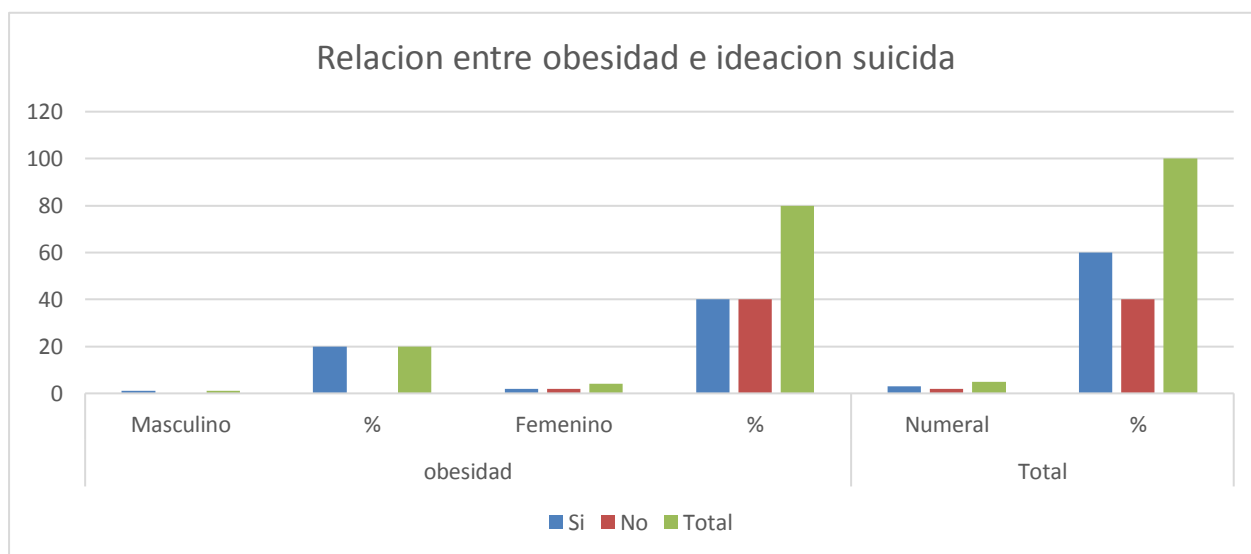
Cuadro 15. Relación entre obesidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	20.0	2	40.0	3	60.0
No	0	0.0	2	40.0	2	40.0
Total	1	20.0	4	80.0	5	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 15 se observó que, de la población obesa, un 60 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 20 por ciento y un 40 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 40 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 15. Relación entre obesidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 15.

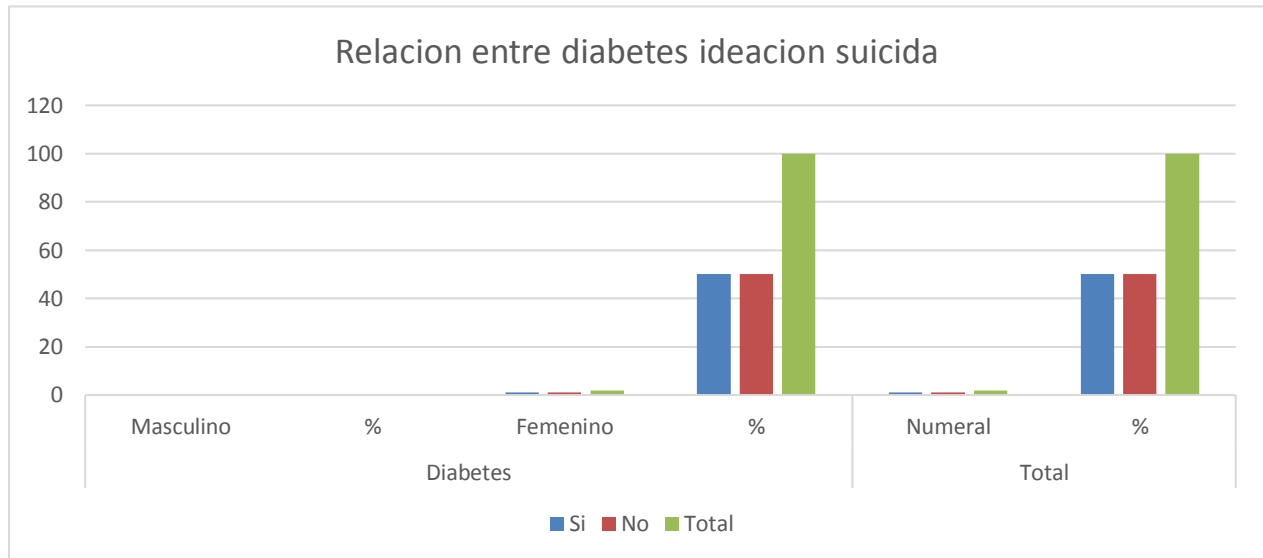
Cuadro 16. Relación entre diabetes e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Diabetes				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	1	50.0	1	50.0
No	0	0.0	1	50.0	1	50.0
Total	0	0.0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 16 se observó que de la población que padece diabetes, un 50 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina y que un 50 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 16. Relación entre diabetes e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 16.

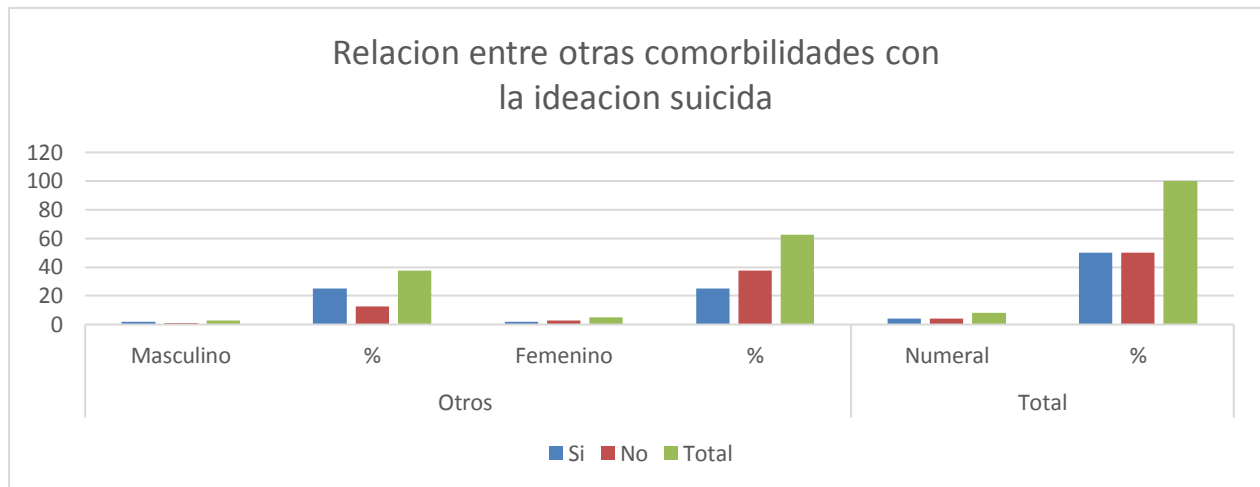
Cuadro 17. Relación entre otras comorbilidades e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	2	25.0	2	25.0	4	50.0
No	1	12.0	3	37.5	4	50.0
Total	3	37.0	5	62.5	8	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 17 se observó que de la población que padece de otras comorbilidades, un 50 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 25 por ciento y un 25 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 50 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 12.5 por ciento a la población masculina y un 37.5 por ciento a la población femenina.

Grafico 17. Relación entre otras comorbilidades e ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 17.

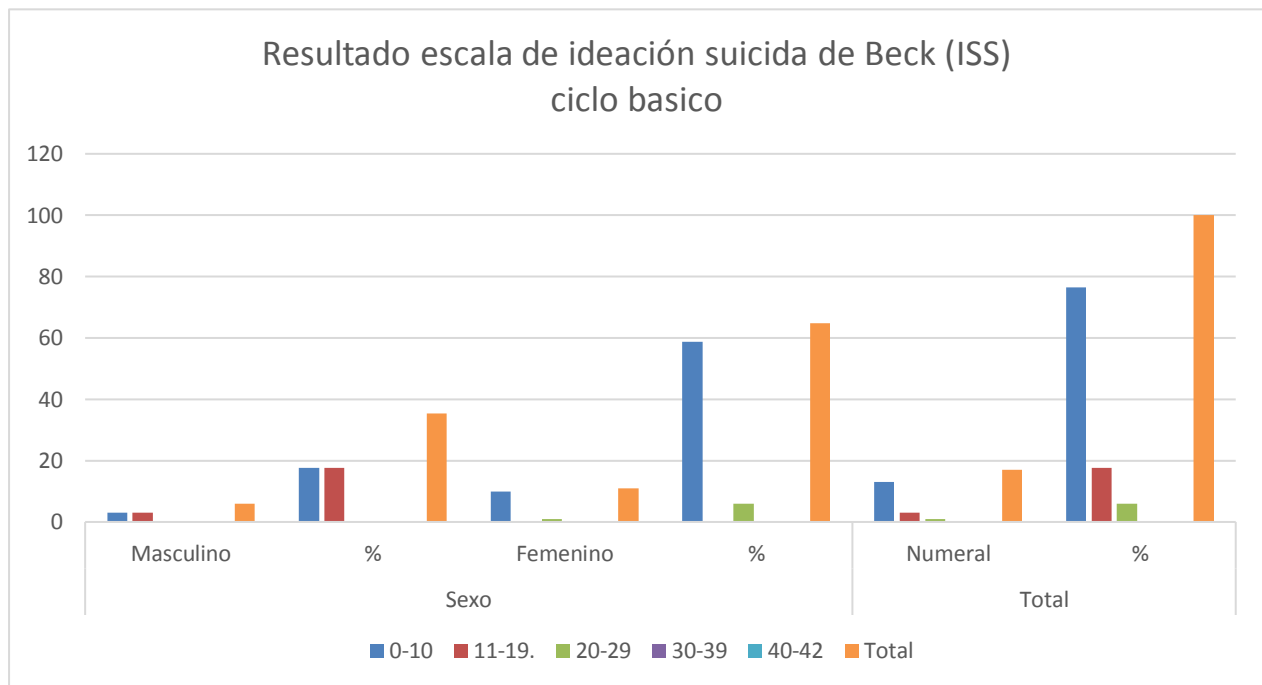
Cuadro 18. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes de ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuación	Resultado escala de ideación suicida de Beck (ISS) ciclo básico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	3	17.6	10	58.8	13	76.4
11-19.	3	17.6	0	0.0	3	17.6
20-29	0	0.0	1	5.8	1	5.8
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	6	35.2	11	64.7	17	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 18 se observó que, de la población que dio positivo al test de Beck, un 35.2 por ciento correspondían a la población masculina de los cuales un 17.6 por ciento obtuvo una puntuación de entre 0-10 y un 17.6 por ciento obtuvo una puntuación de entre 11-19. Los 64.7 por ciento restantes correspondían a la población femenina de los cuales un 58.8 por ciento obtuvo una puntuación de entre 0-10 y un 5.8 por ciento obtuvo una puntuación de entre 20-29.

Grafico 18. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes de ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 18.

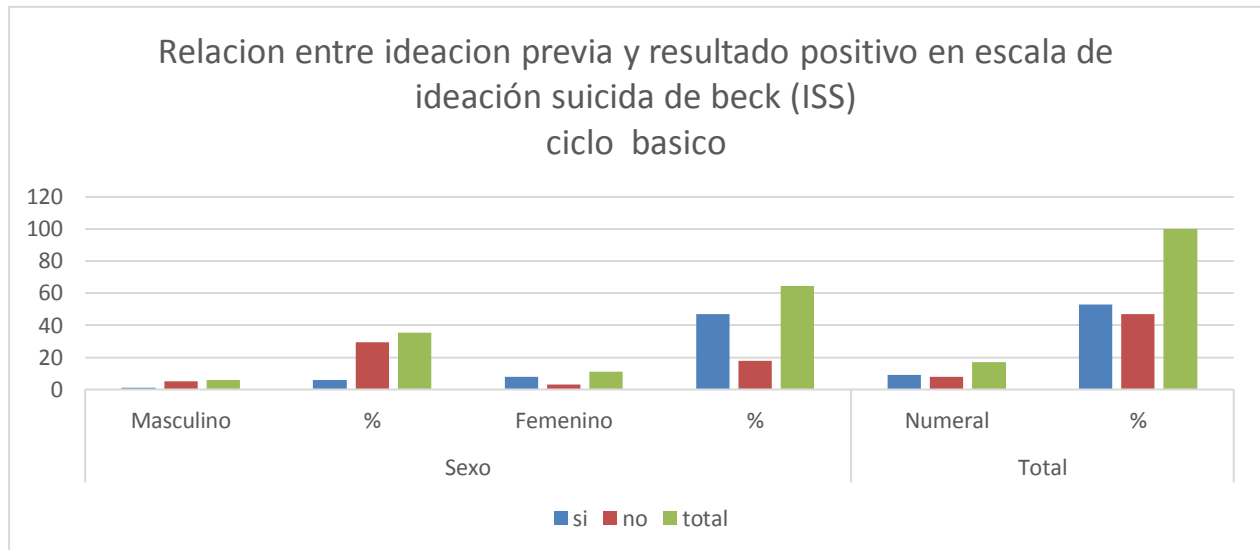
Cuadro 19. Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación previa	Relación entre ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck (ISS) ciclo básico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	1	5.8	8	47.0	9	52.9
no	5	29.4	3	17.6	8	47.6
total	6	35.2	11	64.7	17	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 19 se observó que, de la población masculina que dio positivo al test de Beck, un 5.8 por ciento había tenido alguna ideación suicida en el pasado y un 29.4 por ciento no. De la población femenina que dio positivo al test de Beck, un 47.0 por ciento había tenido alguna ideación suicida en el pasado y un 17.6 por ciento no,

Grafico 19. Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo básico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 19.

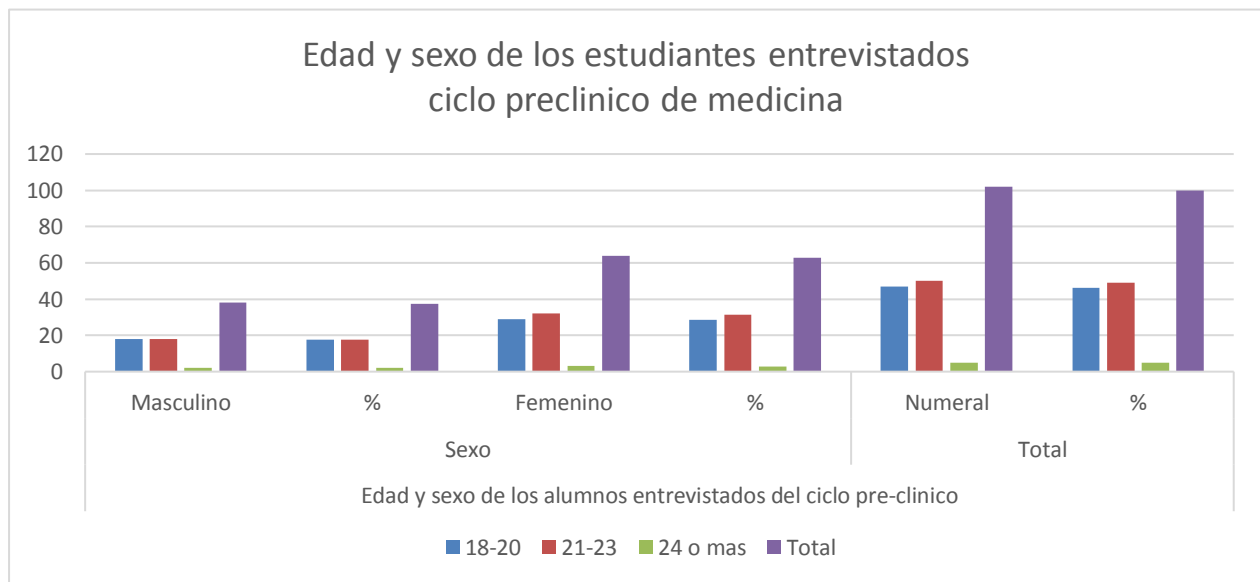
Cuadro 20. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Edad	Edad y sexo de los estudiantes entrevistados ciclo preclínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 18	18	17.6	29	28.4	47	46.0
21-23	18	17.6	32	31.3	50	49.0
24 >	2	1.9	3	2.9	5	4.9
Total	38	37.2	64	62.7	102	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 20 se observó que el 37.2 por ciento de los estudiantes del ciclo preclínico encuestada fueron masculinos y que de ese por ciento un 17.6 por ciento presentaban edades de 18 y 20 años, el 17.6 por ciento presentaban edades de 21 y 23 años y un 1.9 por ciento eran mayores de 24 años. En el caso de del sexo femenino comprendían el 62.7 por ciento restante de los cuales el 28.4 por ciento presentaban edades de 18 y 20 años, el 31.3 por ciento presentaban edades de 21 y 23 años y un 2.5 por ciento eran mayores de 24 años.

Grafico 20. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 20.

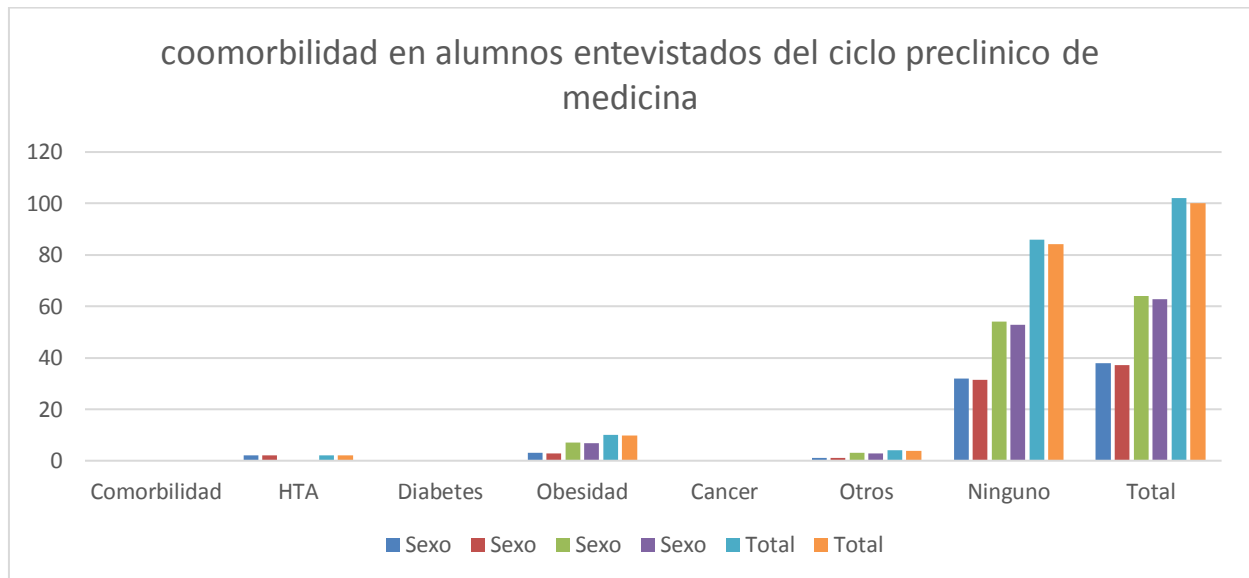
Cuadro 21. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Comorbilidad	comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	2	1.9	0	0.0	2	1.9
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Obesidad	3	2.9	7	6.8	10	9.8
Cáncer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	1	0.9	3	2.9	4	3.9
Ninguno	32	31.3	54	52.9	86	84.3
Total	38	37.2	64	62.7	102	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 21 se observó que del 37.2 por ciento de los masculinos un 1.9 por ciento presentan hipertensión arterial, el 2.9 por ciento eran obesos, un 0.9 presentaban otras comorbilidades y el 31.3 por ciento restante no presentaba ninguna comorbilidad. En cuanto al sexo femenino con un 62.7 por ciento se puede ver que un 6.8 por ciento eran obesas, un 2.9 por ciento presentaban otros tipos de comorbilidades y un 52.9 por ciento no presentaba ninguna comorbilidad, dando un total de 1.9 por ciento con hipertensión arterial, un 9.8 por ciento con obesidad, un 3.92 por ciento con otros tipos de comorbilidades y un 84.3 por ciento sin ninguna comorbilidad en cuanto a la población completa.

Grafico 21. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo preclínica de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020..



Fuente: cuadro 21.

Cuadro 22. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020..

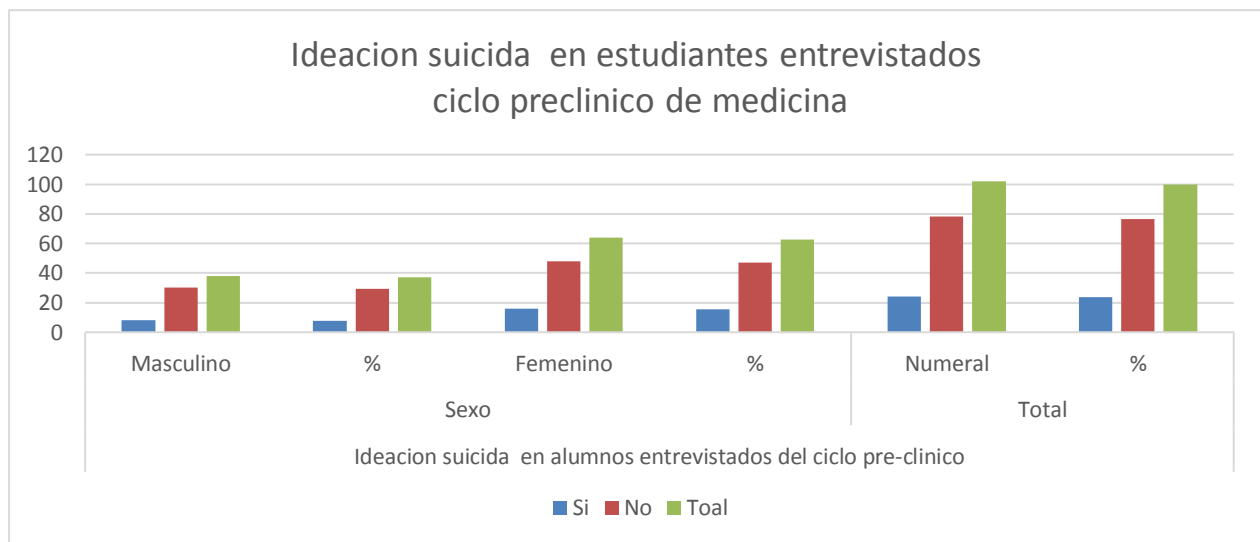
Ideación	Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	8	7.8	16	15.6	24	23.5
No	30	29.4	48	47.0	78	76.4
Total	38	37.2	64	62.7	102	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 22 se observó que del 37.2 por ciento de la población masculina un 7.8 por ciento respondieron que sí y un 29.4 por ciento respondieron que no a la interrogante sobre ideación suicida. En cuanto al sexo femenino el cual fue un total de 62.7 por ciento un 15.6 por ciento respondieron que sí y el 47.0 por ciento restante

respondieron que no, sumando un total de un 23.5 por ciento a que si presentaban ideaciones suicidas y un 76.4 por ciento a que no presentaban ideaciones suicidas en cuanto al total de la población.

Grafico 22. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 22.

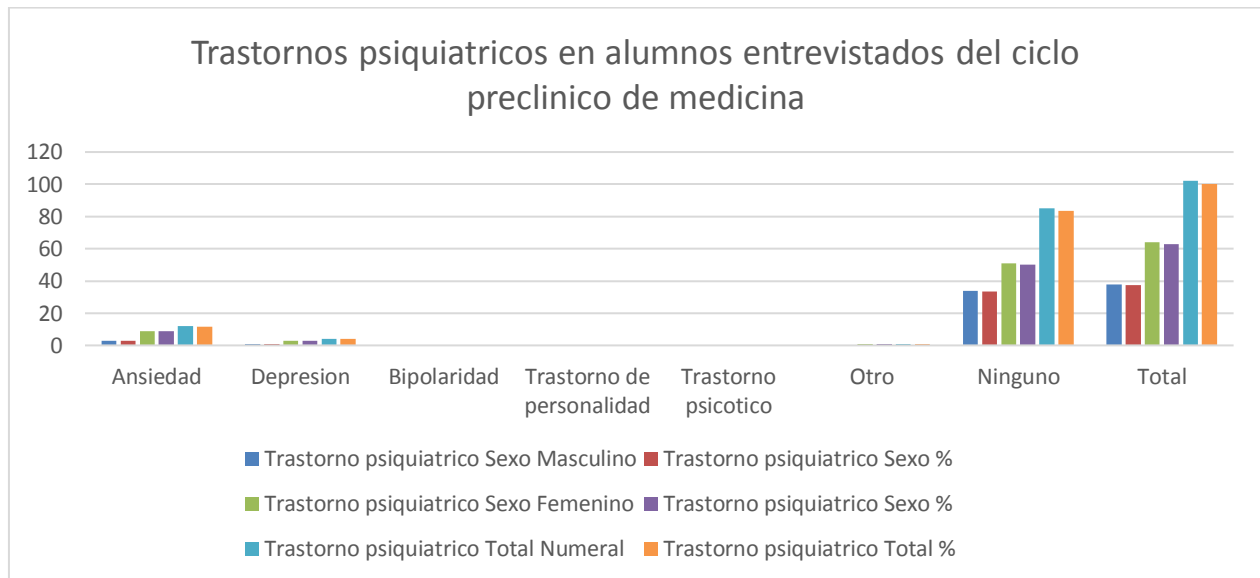
Cuadro 23. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiátrico	Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	3	2.9	9	8.8	12	11.7
Depresión	1	0.9	3	2.9	4	3.9
Bipolaridad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno de personalidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno psicótico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	0	0.0	1	0.9	1	0.8
Ninguno	34	33.3	51	50.0	85	83.3
Total	38	37.2	64	62.7	102	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 23 se observó que del 37.2 por ciento de los masculinos, un 2.9 por ciento padecen de ansiedad, otro 0.9 por ciento padecen de depresión y un 33.3 por ciento no padecen de ningún trastorno psiquiátrico. En cuanto al 62.7 del sexo femenino se observó que un 8.8 por ciento padecen de ansiedad, un 2.9 por ciento padecen de depresión, un 0.9 por ciento padecen otros trastornos psiquiátricos y un 50 por ciento no padece de ningún trastorno psiquiátrico sumando un total de un 11.7 por ciento que padecen de ansiedad, un 3.9 por ciento que padecen depresión, un 0. por ciento padecen otros trastornos psiquiátricos y el 83.3 por ciento restante que no padece ningún trastorno psiquiátrico en cuanto la población total.

Grafico 23. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 23.

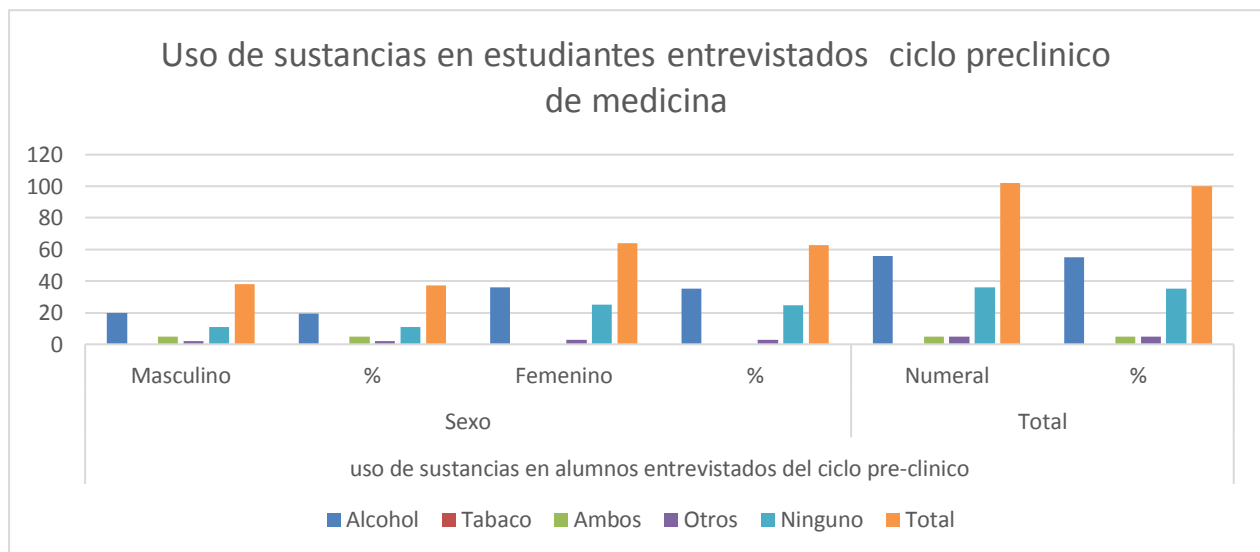
Cuadro 24. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Sustancia	Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	20	19.6	36	35.2	56	54.9
Tabaco	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ambos	5	4.9	0	0.0	5	4.9
Otros	2	1.9	3	2.9	5	4.9
Ninguno	11	10.7	25	24.5	36	35.2
Total	38	37.2	64	62.7	102	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 24 se observó que del 37.2 por ciento de la población masculina un 19.6 por ciento es consumidora de alcohol, un 4.9 por ciento consumen ambas sustancias (alcohol y tabaco), un 1.9 por ciento consumen otro tipo de sustancia y un 10.7 por ciento no utiliza ninguna sustancia. En cuanto la población femenina se observó que del 62.7 por ciento un 35.2 por ciento es consumidora de alcohol, un 2.9 por ciento es consumidora de otras sustancias y un 24.5 por ciento no consume ningún tipo de sustancia para un total de 54.9 por ciento que consume alcohol, un 4.9 que consumen ambas sustancias (alcohol y tabaco), un 4.9 por ciento que consumen otras sustancias y un 35.2 por ciento que no consumen ningún tipo de sustancia de la población total.

Grafico 24. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 24.

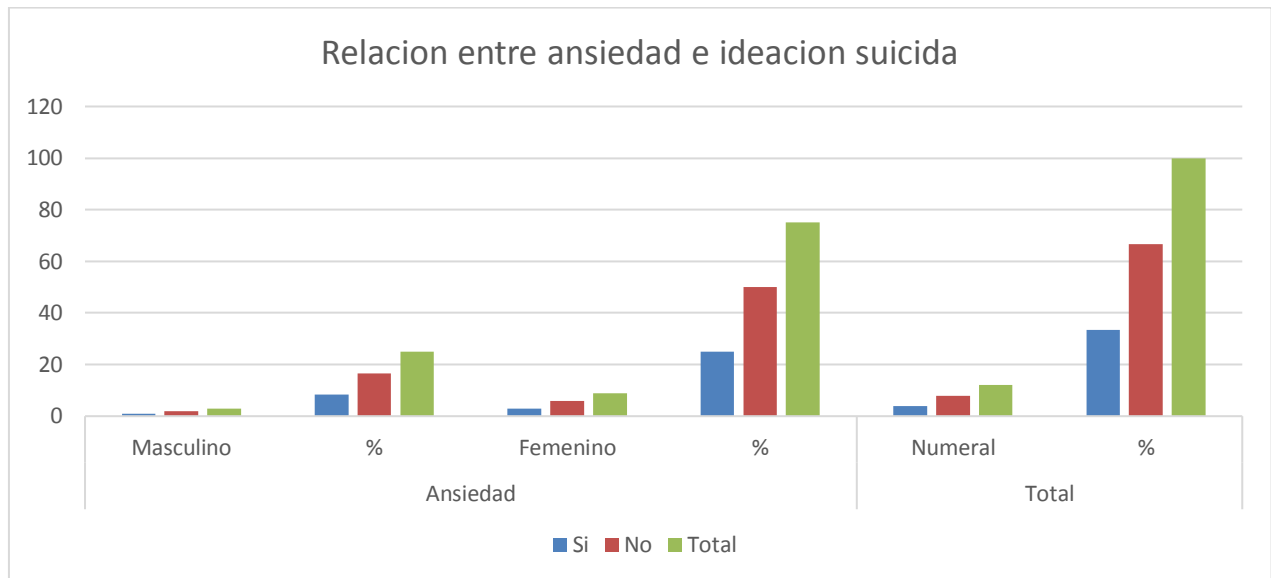
Cuadro 25. Relación entre ansiedad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	8.3	3	25.0	4	33.3
No	2	16.6	6	50.0	8	66.6
Total	3	25.0	9	75.0	12	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 25 se observó que de la población que padece de ansiedad, un 33.3 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 8.3 por ciento y un 25 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 66.6 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 16.6 por ciento a la población masculina y un 50 por ciento a la población femenina.

Grafico 25. Relación entre ansiedad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 25.

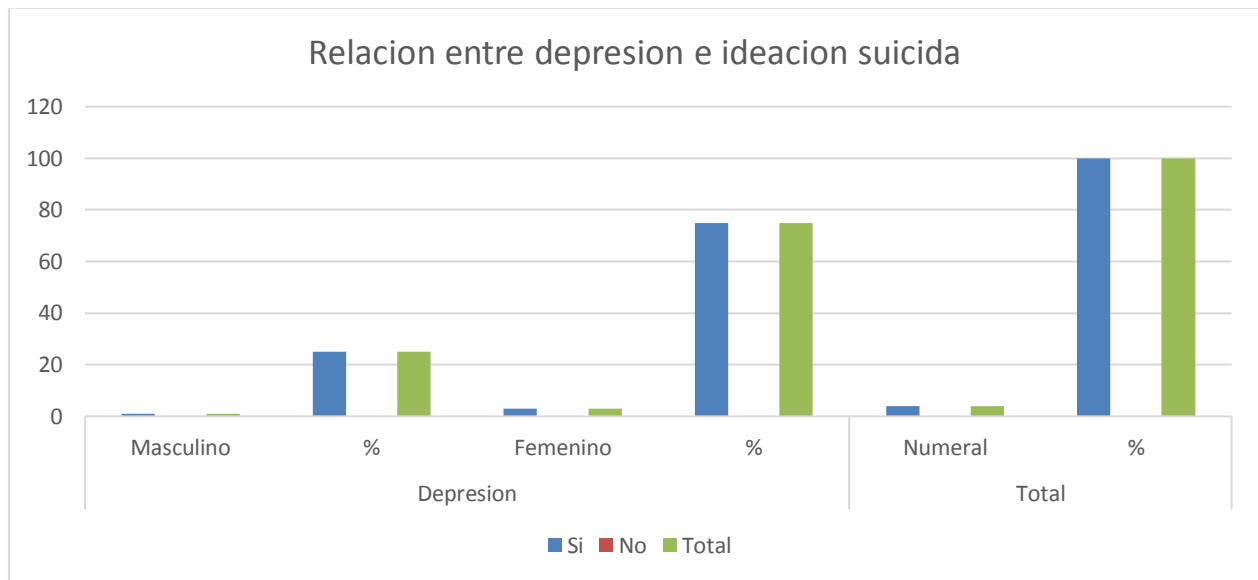
Cuadro 26. Relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Depresión				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	25.0	3	75.0	4	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1	25.0	3	75.0	4	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 26 se observó que, de la población que padece de depresión, un 100 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 26. Relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 26

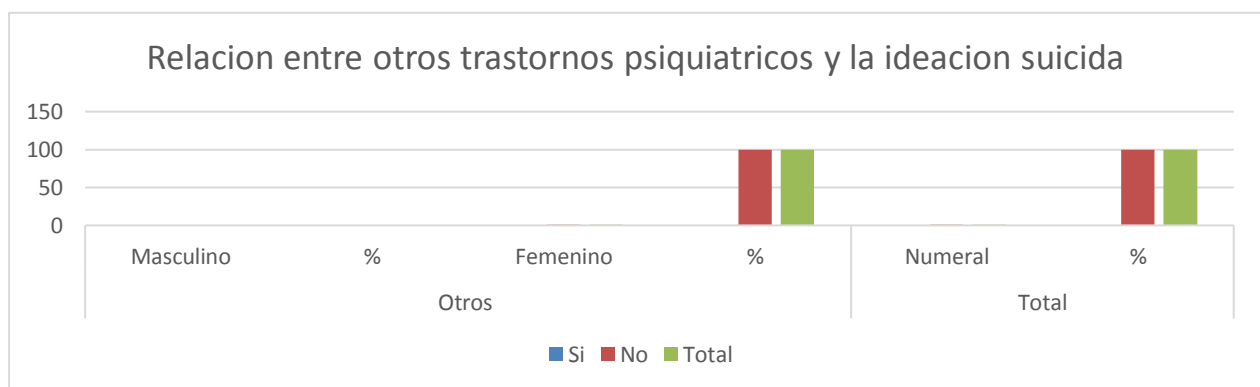
Cuadro 27. Relación entre otros trastornos psiquiátrico e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 27 se observó que, de la población que padece de otros trastornos psiquiátricos, un 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un en su totalidad a la población femenina.

Grafico 27. Relación entre otros trastornos psiquiátrico e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 27.

Cuadro 28. Relación entre el consumo de alcohol e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclinico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

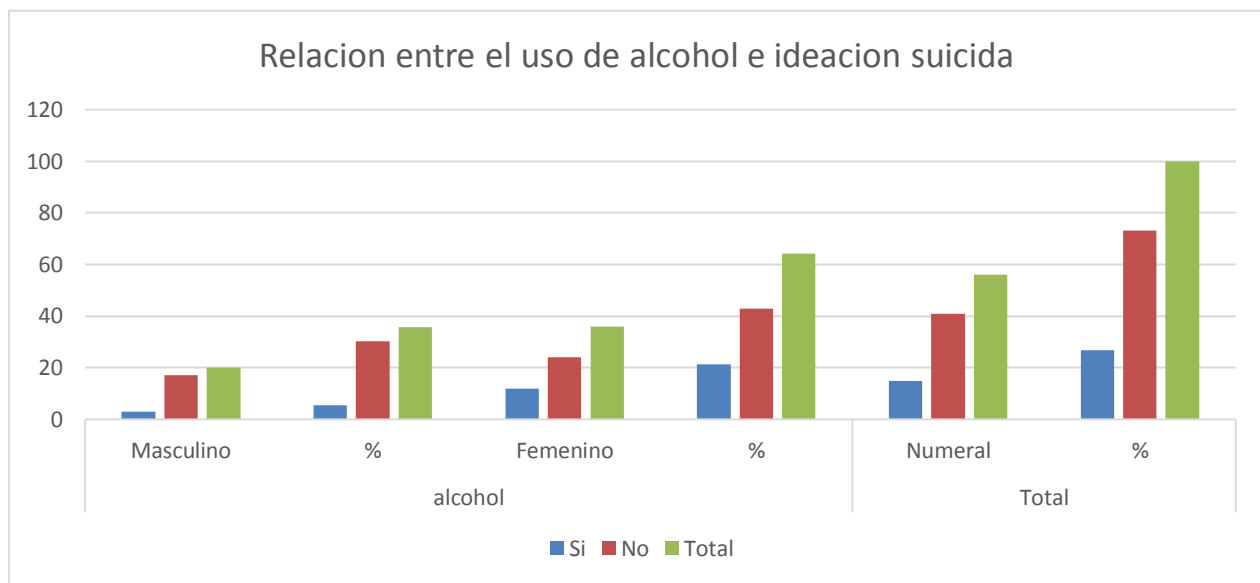
Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	3	5.3	12	21.4	15	26.7
No	17	30.3	24	42.8	41	73.2
Total	20	35.7	36	64.2	56	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 28 se observó que, de la población que consume alcohol, un 26.7 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 5.3 por ciento y un 21.4

por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 73.2 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 30.3 por ciento a hombres y un 42.8 por ciento a mujeres.

Grafico 28. Relación entre el consumo de alcohol e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 28.

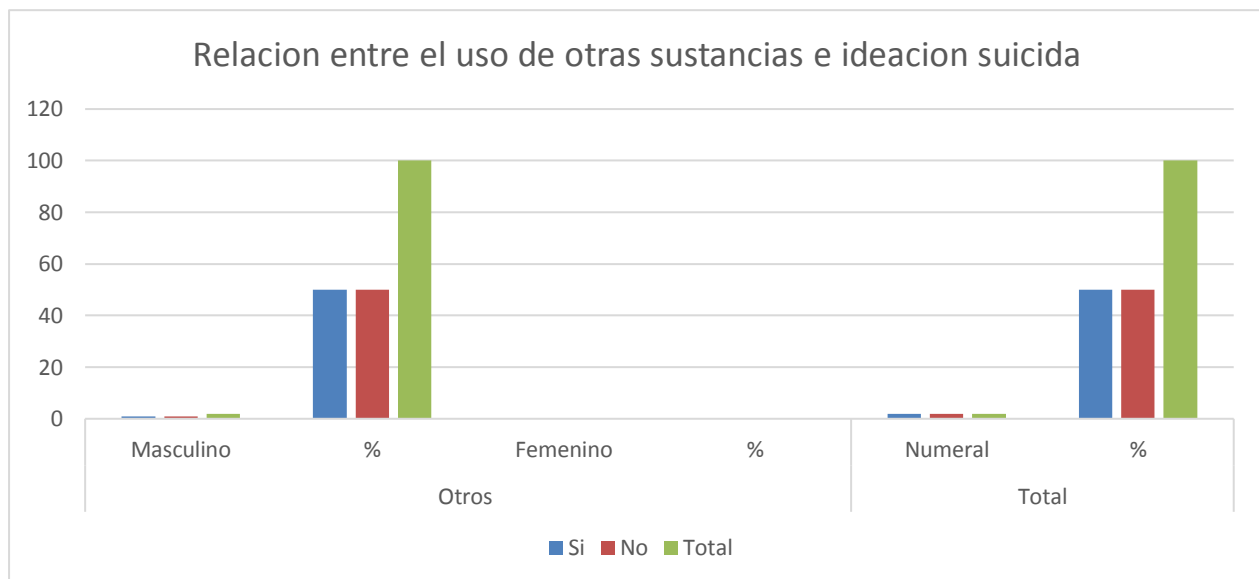
Cuadro 29. Relación entre el consumo de otras sustancias e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclinico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	50.0	0	0.0	2	50.0
No	1	50.0	0	0.0	2	50.0
Total	2	100.0	0	0.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 29 se observó que, de la población que consume otros tipos de sustancias, un 50 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina y el otro 50 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Grafico 29. Relación entre el consumo de otras sustancias e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 29.

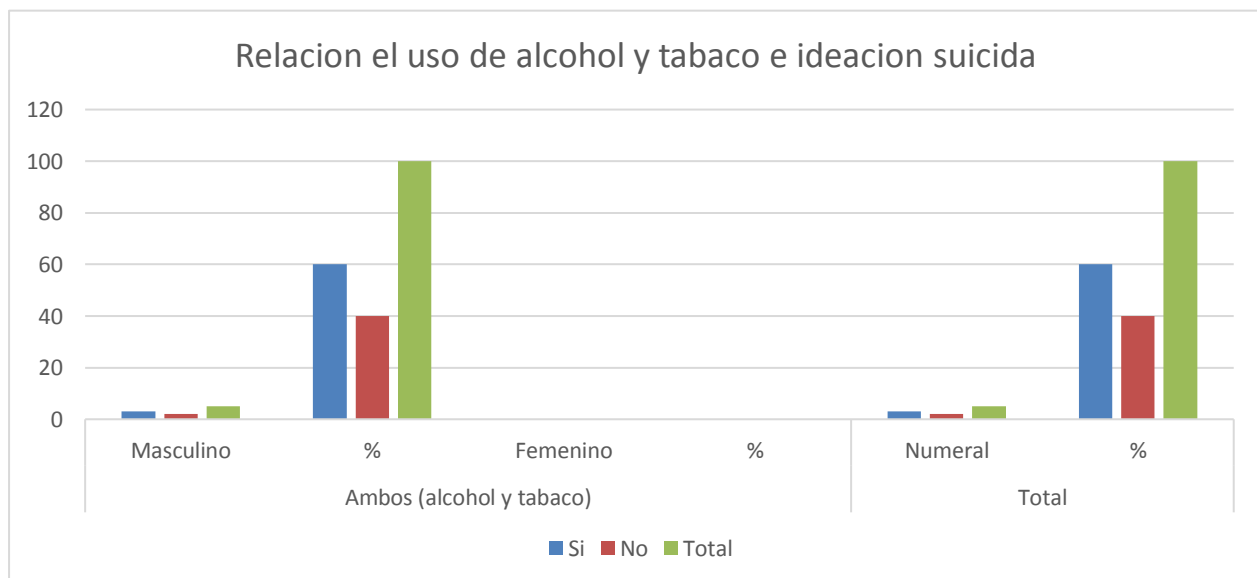
Cuadro 30. Relación entre el consumo de alcohol y tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	3	60.0	0	0.0	3	60.0
No	2	40.0	0	0.0	2	40.0
Total	5	100.0	0	0.0	5	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 30 se observó que, de la población que consume alcohol y tabaco, un 60 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina y el otro 40 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Grafico 30. Relación entre el consumo de alcohol y tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 30.

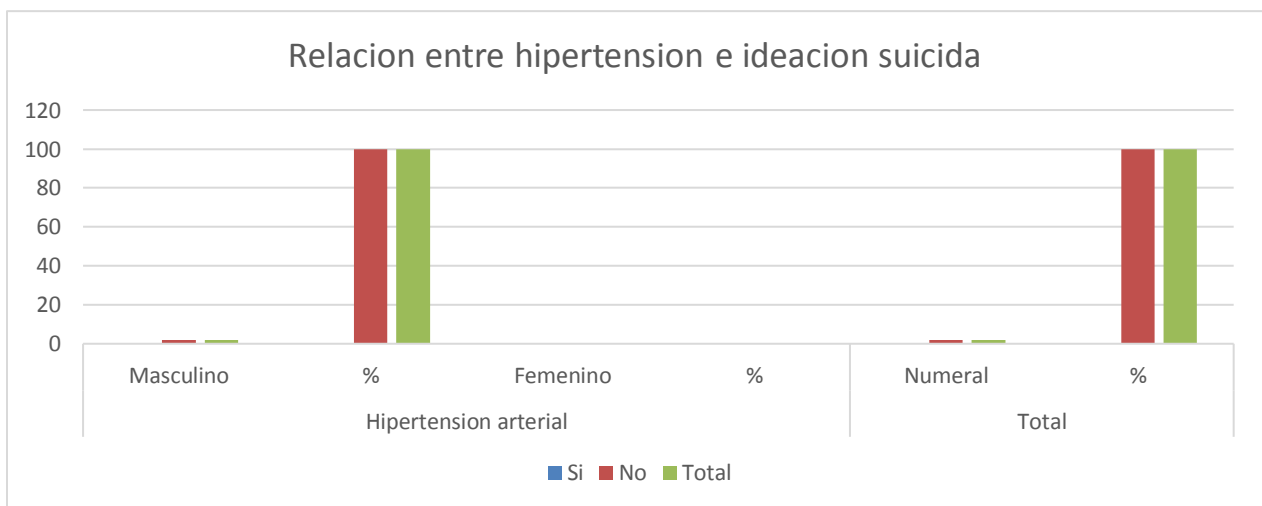
Cuadro 31. Relación entre hipertensión arterial e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Hipertensión arterial				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Total	2	100.0	0	0.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 31 se observó que, de la población con hipertensión arterial, el 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Grafico 31. Relación entre hipertensión arterial e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 31.

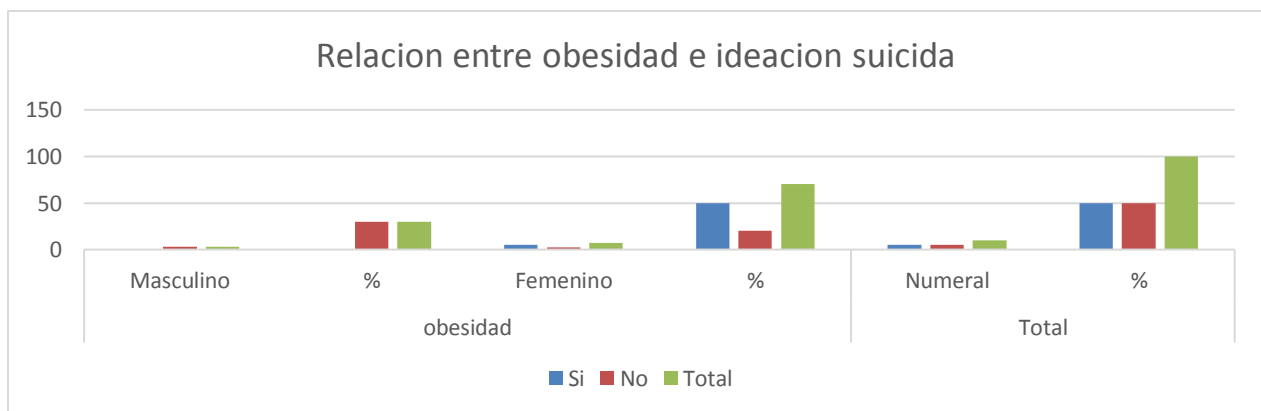
Cuadro 32. Relación entre obesidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	5	50.0	5	50.0
No	3	30.0	2	20.0	5	50.0
Total	3	30.0	7	70.0	10	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 32 se observó que, de la población obesa, un 50 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina mientras el 50 por ciento restante no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 30 por ciento a la población masculina y un 20 por ciento a la población femenina.

Grafico 32. Relación entre obesidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 32.

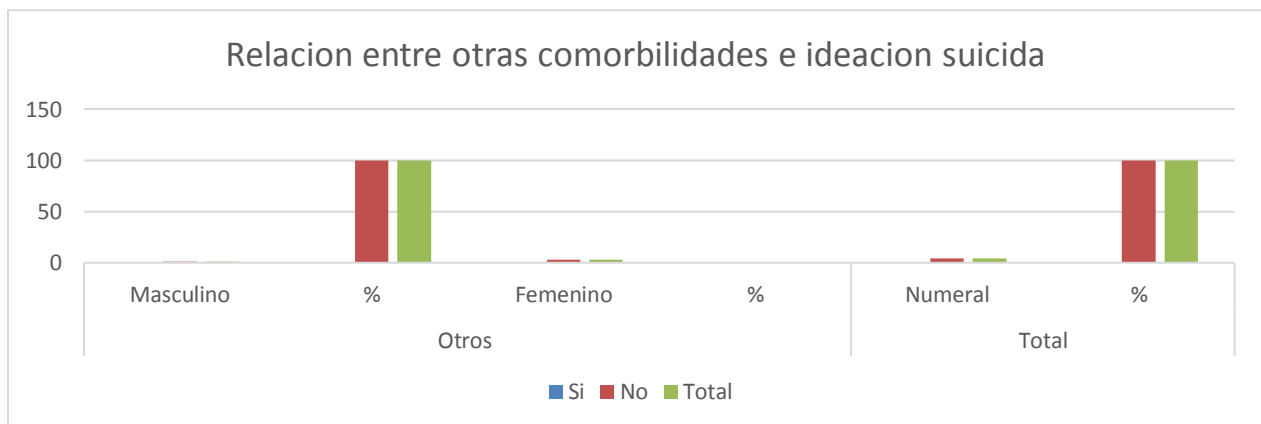
Cuadro 33. Relación entre otras comorbilidades e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	100.0	3	0.0	4	100.0
Total	1	100.0	3	0.0	4	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 33 se observó que, de la población que padece de otras comorbilidades, el 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Grafico 33. Relación entre otras comorbilidades e ideación suicida en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 33.

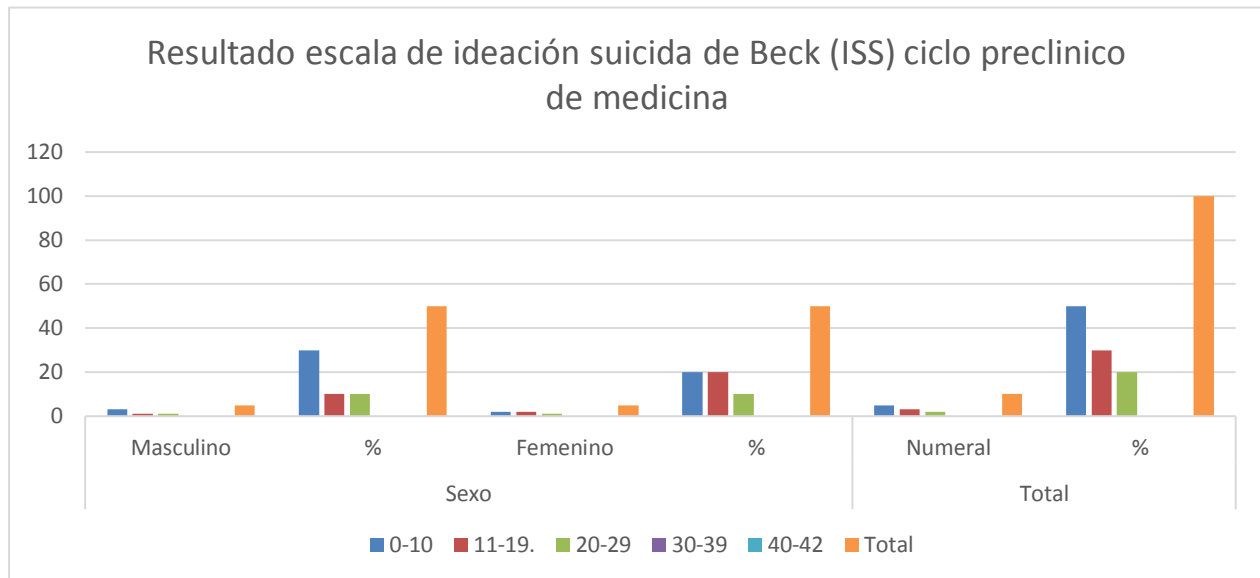
Cuadro 34. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes de ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuación	Resultado escala de ideación suicida de Beck (ISS) ciclo preclínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	3	30.0	2	20.0	5	50.0
11-19.	1	10.0	2	20.0	3	30.0
20-29	1	10.0	1	10.0	2	20.0
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	5	50.0	5	50.0	10	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 34 se observó que, de la población que dio positivo al test de Beck, un 50 por ciento correspondían a la población masculina de los cuales un 30 por ciento obtuvo una puntuación de entre 0-10, un 10 por ciento obtuvo una puntuación de entre 11-19 y el 10 por ciento restante obtuvo una puntuación de entre 20-29. El 50 por ciento restantes correspondían a la población femenina de los cuales un 20 por ciento obtuvo una puntuación de entre 0-10, un 20 por ciento obtuvo una puntuación de entre 11-19 y el 10 por ciento restante obtuvo una puntuación de entre 20-29.

Grafico 34. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes de ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 34.

Cuadro 35. Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

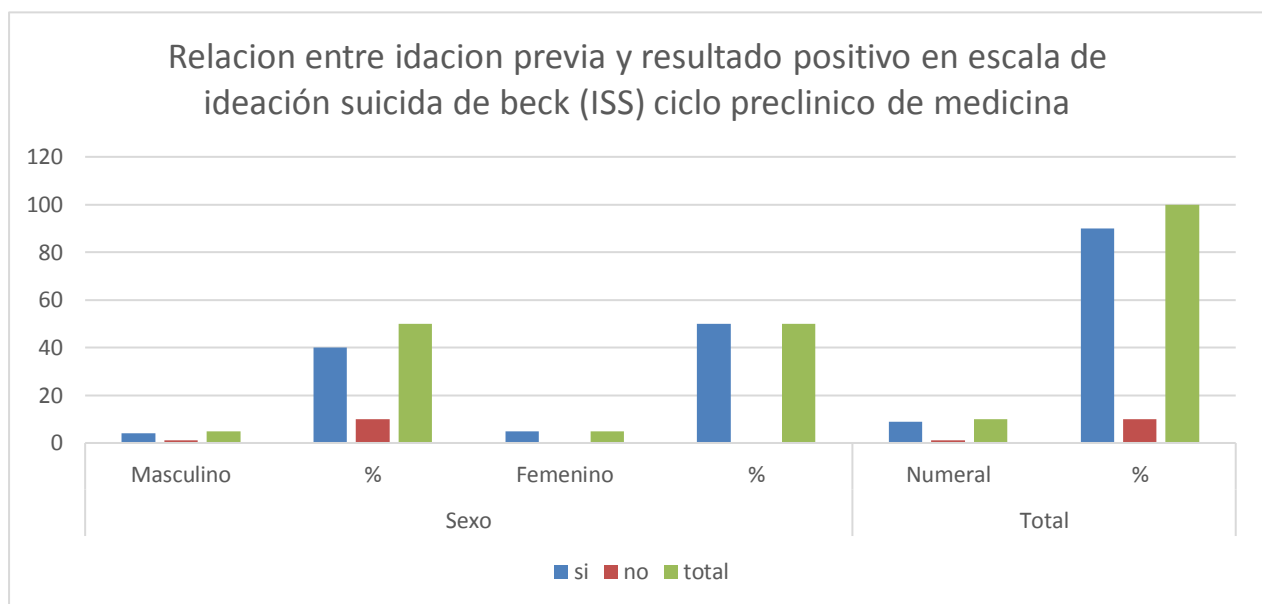
Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Ideación previa	Relación entre ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck (ISS) ciclo preclínico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	4	40.0	5	50.0	9	90.0
no	1	10.0	0	0.0	1	10.0
total	5	50.0	5	50.0	10	100.0

Al presentar el cuadro 35 se observó que, de la población masculina que dio positivo al test de Beck, un 40 por ciento había tenido alguna ideación suicida en el pasado y un

10 por ciento no. De la población femenina que dio positivo al test de Beck, un 50 por ciento había tenido alguna ideación suicida en el pasado.

Grafico 35. Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo preclínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 35.

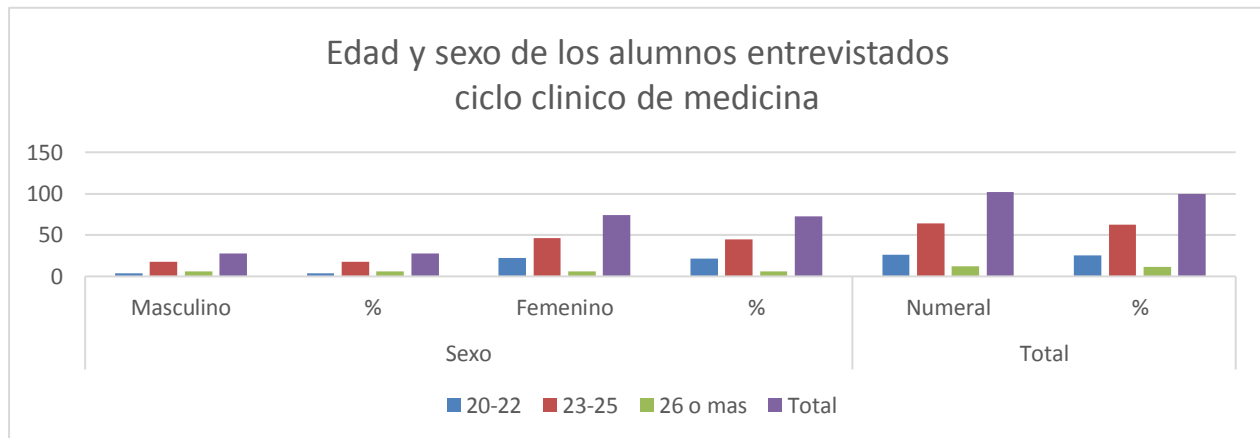
Cuadro 36. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Edad	Edad y sexo de los estudiantes entrevistados ciclo clínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 20	4	3.9	22	21.5	26	25.4
23-25	18	17.6	46	45.1	64	62.7
26 >	6	5.8	6	5.8	12	11.7
Total	28	27.4	74	73.0	102	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 36 se observó que el 27.4 por ciento de los estudiantes del ciclo clínico encuestada fueron masculinos y que de ese por ciento un 3.9 por ciento presentaban edades de entre los 20 y 22 años, el 17.6 por ciento presentaban edades de entre los 23 y 25 años y un 5.8 por ciento eran mayores de 26 años. En el caso de del sexo femenino comprendían el 73 por ciento restante de los cuales el 21.5 por ciento presentaban edades de entre los 20 y 22 años, el 45.1 por ciento presentaban edades de entre los 23 y 25 años y un 5.8 por ciento eran mayores de 26 años.

Grafico 36. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 36.

Cuadro 37. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

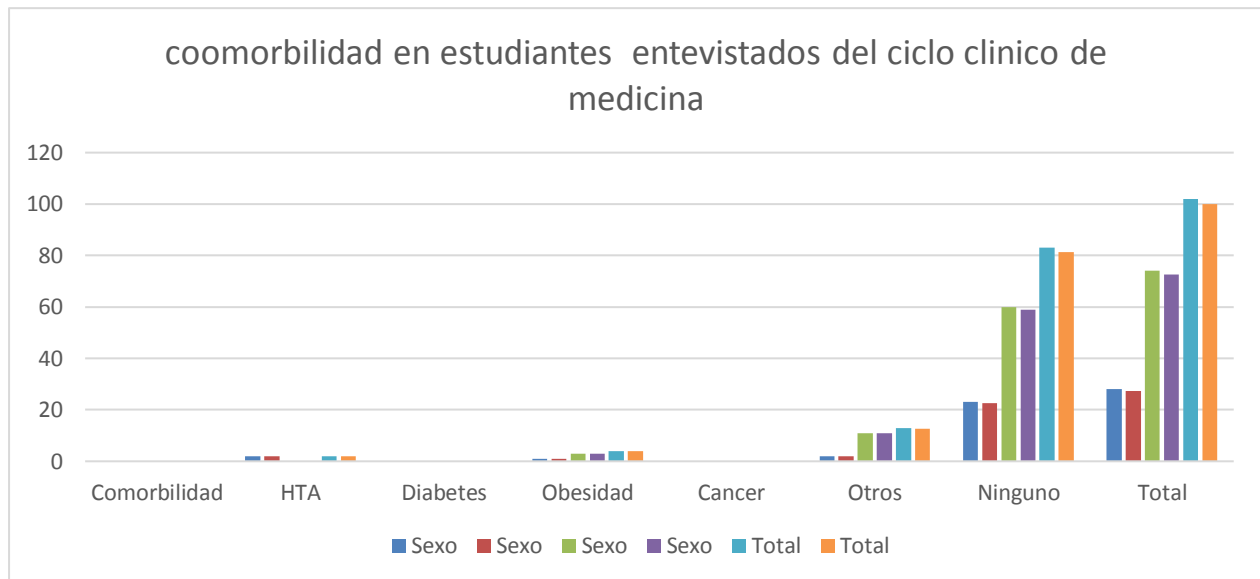
comorbilidad en estudiantes entrevistados ciclo clínico de medicina						
Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	2	1.9	0	0.0	2	1.9
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Obesidad	1	0.9	3	2.9	4	3.9
Cáncer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	2	1.9	11	10.8	13	12.5
Ninguno	23	22.5	60	58.8	83	81.3
Total	28	27.5	74	73.0	102	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 37 se observó que del 27.4 por ciento de los masculinos un 1.9 por ciento presentan hipertensión arterial, el 0.9 por ciento eran obesos, un 1.9 por ciento presentaban otras comorbilidades y el 22.5 por ciento restante no presentaba ninguna

comorbilidad. En cuanto al sexo femenino con un 73 por ciento se puede ver que un 2.9 por ciento eran obesas, un 10.7 por ciento presentaban otros tipos de comorbilidades y un 58.8 por ciento no presentaba ninguna comorbilidad, dando un total de 1.96 por ciento con hipertensión arterial, un 3.9 por ciento con obesidad, un 12.7 por ciento con otros tipos de comorbilidades y un 81.3 por ciento sin ninguna comorbilidad en cuanto a la población completa.

Grafico 37. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 37.

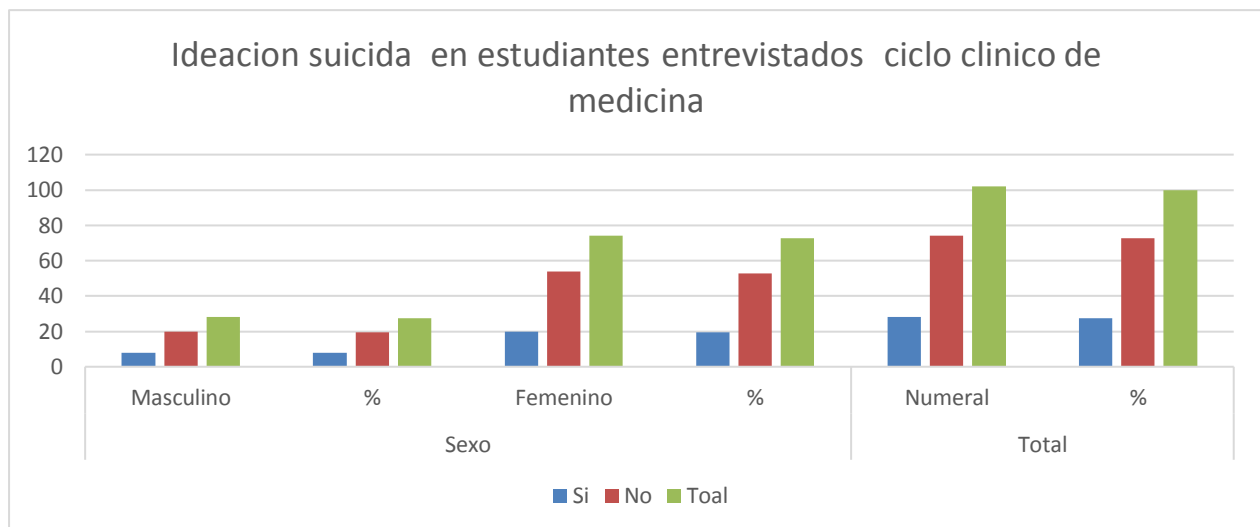
Cuadro 38. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación	Ideación suicida en estudiantes entrevistados ciclo clínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	8	7.8	20	19.6	28	27.4
No	20	19.6	54	52.9	74	72.5
Total	28	27.4	74	73.0	102	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 38 se observó que del 27.4 por ciento de la población masculina un 7.8 por ciento respondieron que sí y un 19.6 por ciento respondieron que no a la interrogante sobre ideación suicida. En cuanto al sexo femenino el cual fue un total de 73 por ciento un 19.6 por ciento respondieron que sí y el 52.9 por ciento restante respondieron que no, sumando un total de un 27.4 por ciento a que si presentaban ideaciones suicidas y un 72.5 por ciento a que no presentaban ideaciones suicidas en cuanto al total de la población.

Grafico 38. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 38.

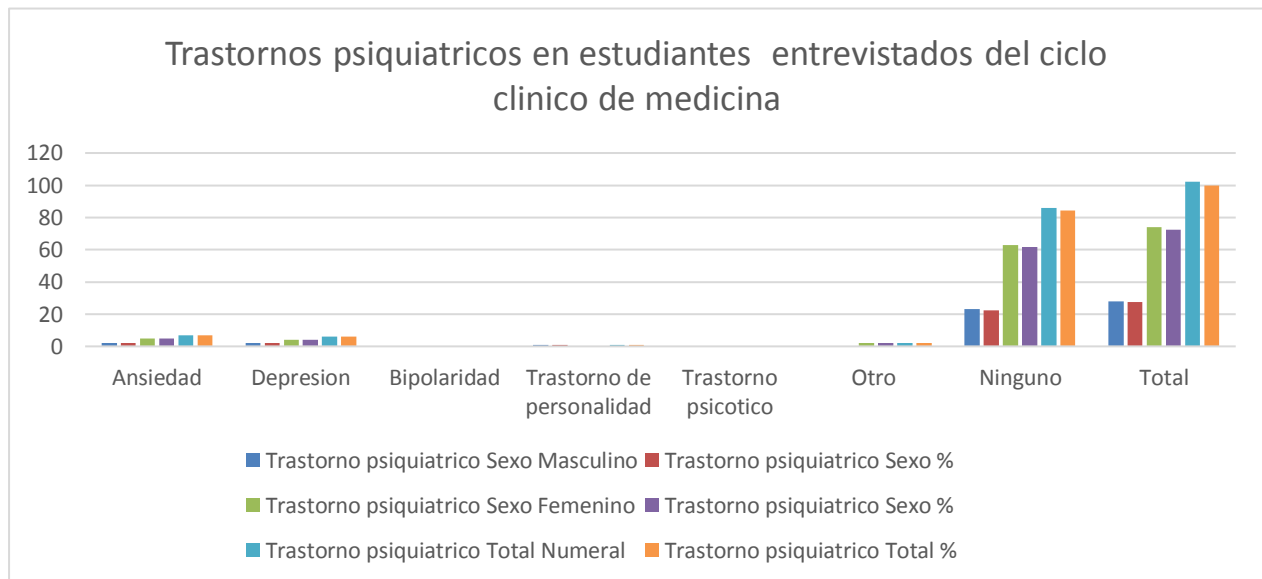
Cuadro 39. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiátrico	Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados ciclo clínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	2	1.9	5	4.9	7	6.8
Depresión	2	1.9	4	3.9	6	5.8
Bipolaridad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno de personalidad	1	0.9	0	0.0	1	0.9
Trastorno psicótico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	0	0.0	2	1.9	2	1.9
Ninguno	23	22.5	63	61.6	86	84.3
Total	28	27.4	74	73	102	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 39 se observó que del 27.4 por ciento de los masculinos, un 1.9 por ciento padecen de ansiedad, otro 1.96 por ciento padecen de depresión, un 0.98 por ciento padece de algún trastorno de la personalidad y un 22.5 por ciento no padecen de ningún trastorno psiquiátrico. En cuanto al 61.7 del sexo femenino se observó que un 4.9 por ciento padecen de ansiedad, un 3.9 por ciento padecen de depresión, un 1.9 por ciento padecen otros trastorno psiquiátricos y un 61.7 por ciento no padece de ningún trastorno psiquiátrico sumando un total de un 6.8 por ciento que padecen de ansiedad, un 5.8 por ciento que padecen depresión, un 0.9 por ciento padecen de algún trastorno de la personalidad, un 1.9 por ciento que padecen de otros trastornos psiquiátricos y el 84.3 por ciento restante que no padece ninguna trastorno psiquiátrico en cuanto la población total.

Grafico 39. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 39.

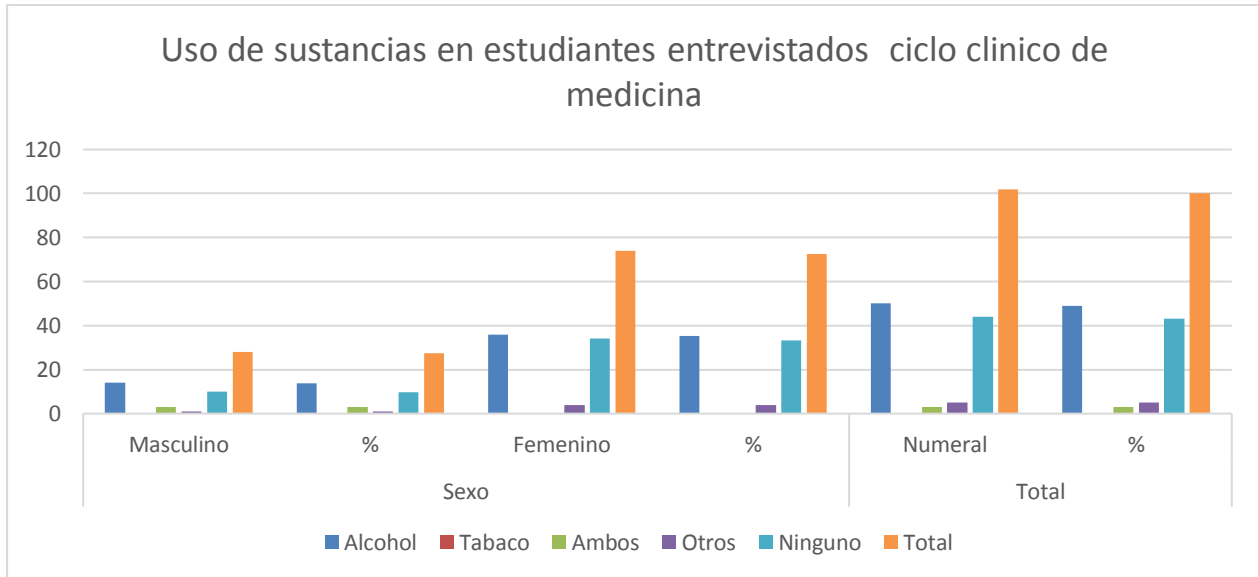
Cuadro 40. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Sustancia	uso de sustancias en estudiantes entrevistados ciclo clínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	14	13.7	36	35.2	50	49.0
Tabaco	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ambos	3	2.9	0	0.0	3	2.9
Otros	1	0.9	4	3.9	5	4.9
Ninguno	10	9.8	34	33.3	44	43.1
Total	28	27.4	74	73.0	102	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 40 se observó que del 27.4 por ciento de la población masculina un 13.7 por ciento es consumidora de alcohol, un 2.9 por ciento es consumidora de ambas sustancias (alcohol y tabaco), un 0.9 por ciento consumen otros tipos de sustancias y un 9.80 por ciento no utiliza ninguna sustancia. En cuanto la población femenina se observó que del 73 por ciento un 35.2 por ciento es consumidora de alcohol, un 3.9 por ciento consumen otros tipos de sustancias tabaco y el 33.3 por ciento restante no consume ningún tipo de sustancia para un total de 49.0 por ciento que consume alcohol, un 2.9 que consumen ambas sustancias (alcohol y tabaco), un 4.9 que consumen otras sustancias y un 43.1 por ciento que no consumen ningún tipo de sustancia de la población total

Grafico 40. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 40.

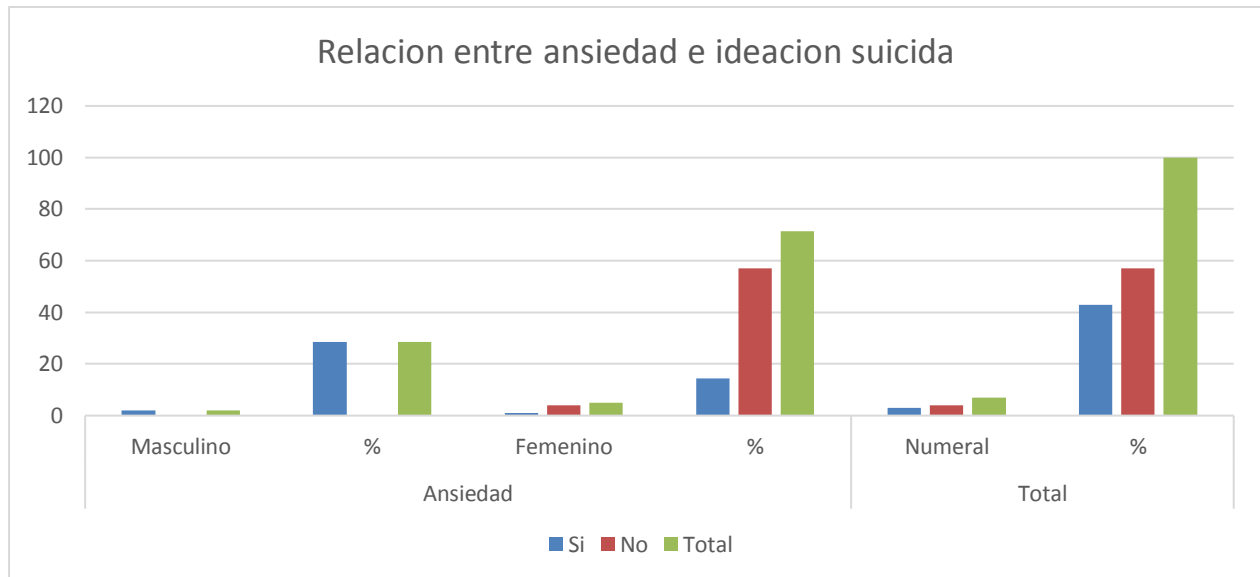
Cuadro 41. Relación entre ansiedad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020..

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	2	28.5	1	14.2	3	42.8
No	0	0.0	4	57.1	4	57.1
Total	2	28.5	5	71.4	7	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 41 se observó que de la población que padece de ansiedad, un 42.8 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 28.5 por ciento y un 14.2 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 57.1 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 41. Relación entre ansiedad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 41.

Cuadro 42. Relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

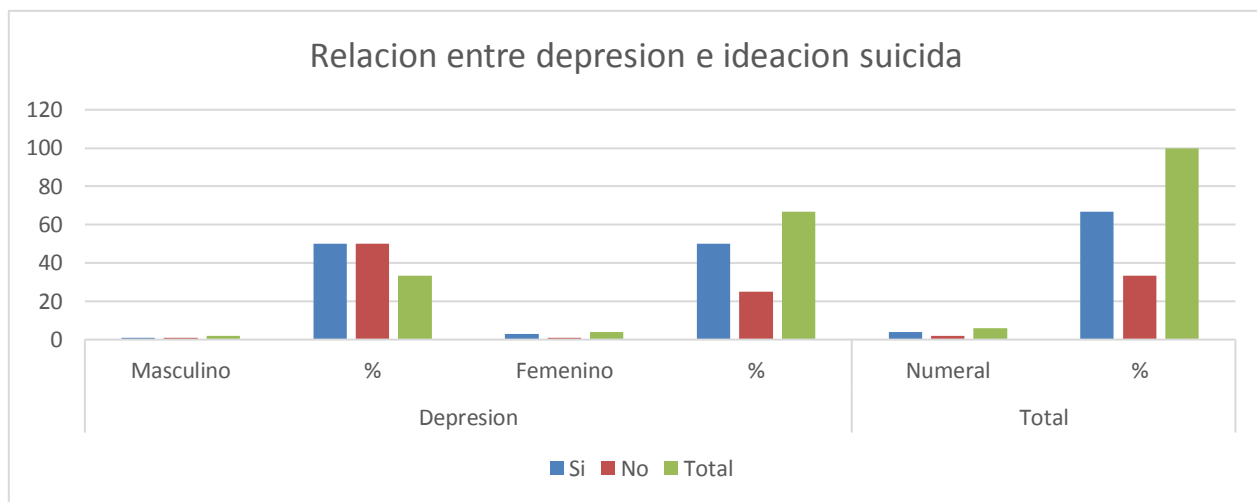
Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Depresión				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	16.6	3	50.0	4	66.6
No	1	16.6	1	16.6	2	33.3
Total	2	33.3	4	66.6	6	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 42 se observó que, de la población que padece de depresión, un 66.6 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 16.6 por ciento y un 50 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 33.3 por ciento no

ha tenido ideación suicida correspondiendo un 16.6 a la población masculina y un 16.6 por ciento a la población femenina.

Grafico 42. Relación entre depresión e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 42.

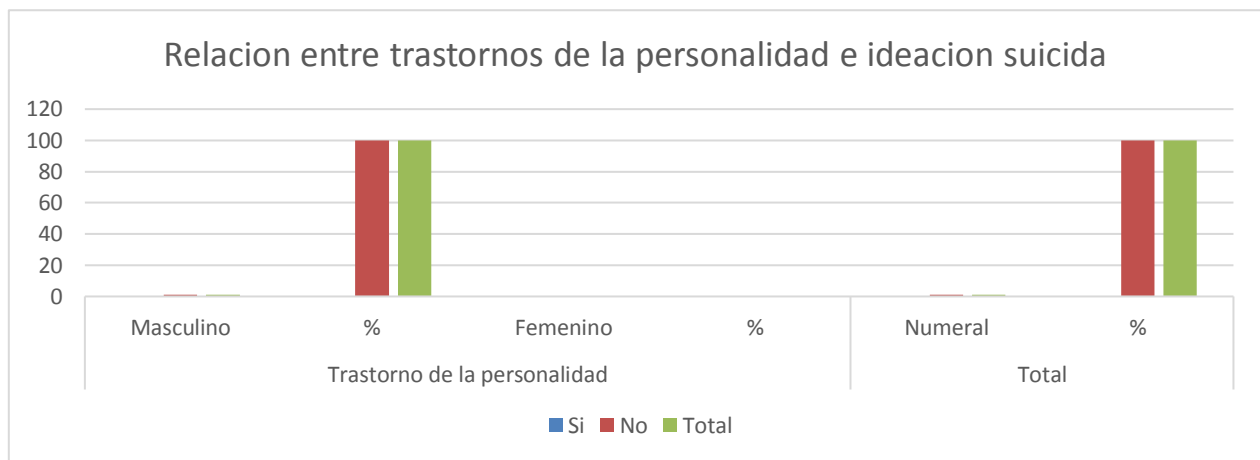
Cuadro 43. Relación entre trastornos de la personalidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Trastorno de la personalidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Total	1	100.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 43 se observó que, de la población que padece de algún trastorno de la personalidad, un 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un en su totalidad a la población femenina.

Grafico 43. Relación entre trastornos de la personalidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 43.

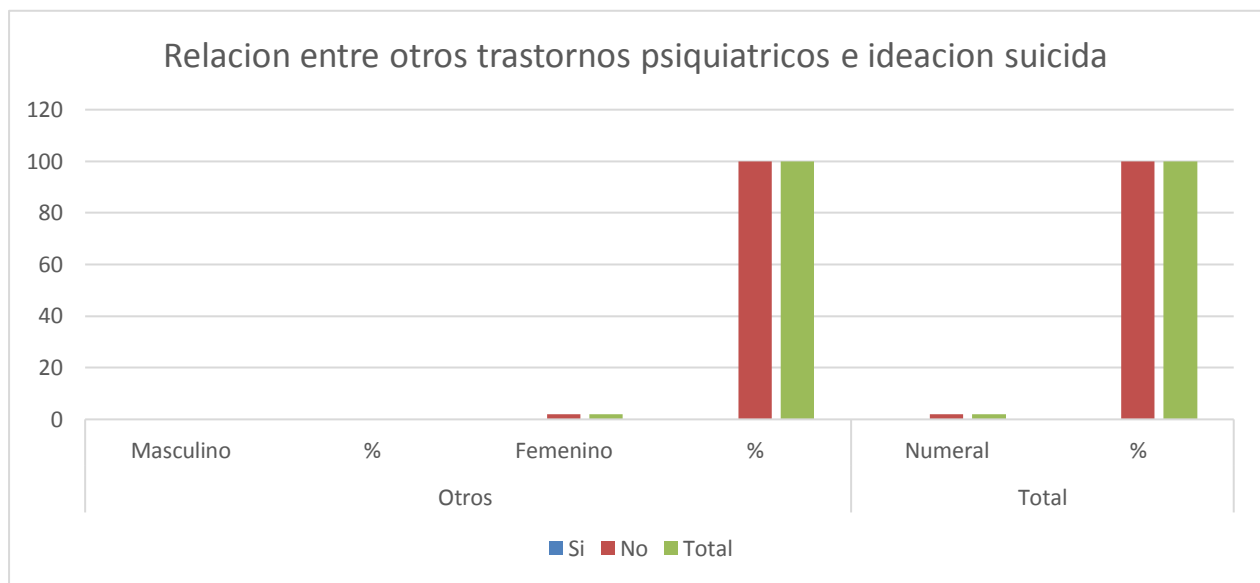
Cuadro 44. Relación entre otros trastornos psiquiátricos e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	2	100.0	2	100.0
Total	0	0.0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 44 se observó que, de la población que padece de otros trastornos psiquiátricos, un 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un en su totalidad a la población femenina.

Grafico 44. Relación entre otros trastornos psiquiátricos e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 44.

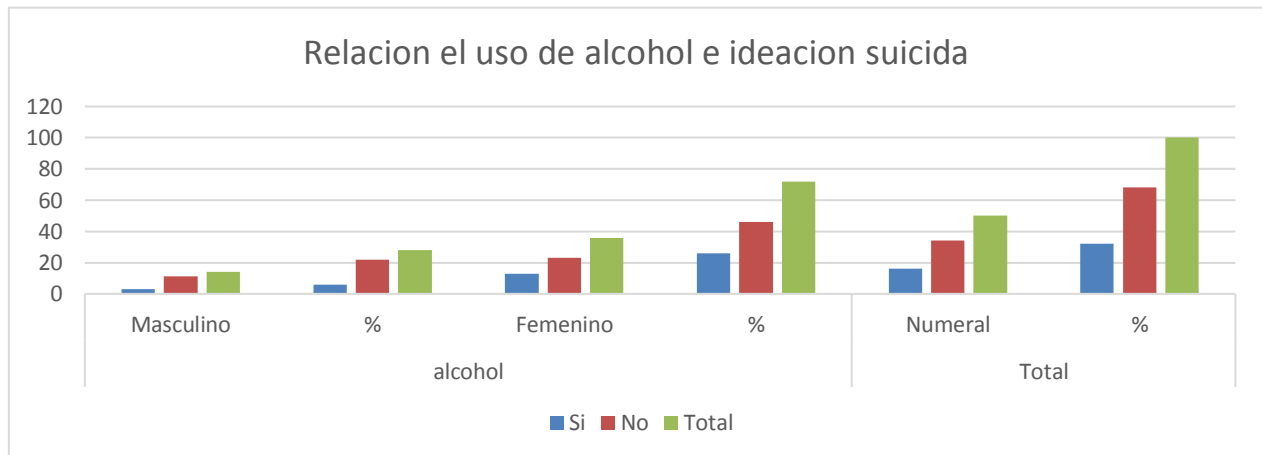
Cuadro 45. Relación entre el consumo de alcohol e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	3	6.0	13	26.0	16	32.0
No	11	22.0	23	46.0	34	68.0
Total	14	28.0	36	72.0	50	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 45 se observó que, de la población que consume alcohol, un 32 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 6 por ciento y un 26 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 68 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 22 por ciento a hombres y un 46 por ciento a mujeres.

Grafico 45. Relación entre el consumo de alcohol e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020..



Fuente: cuadro 45.

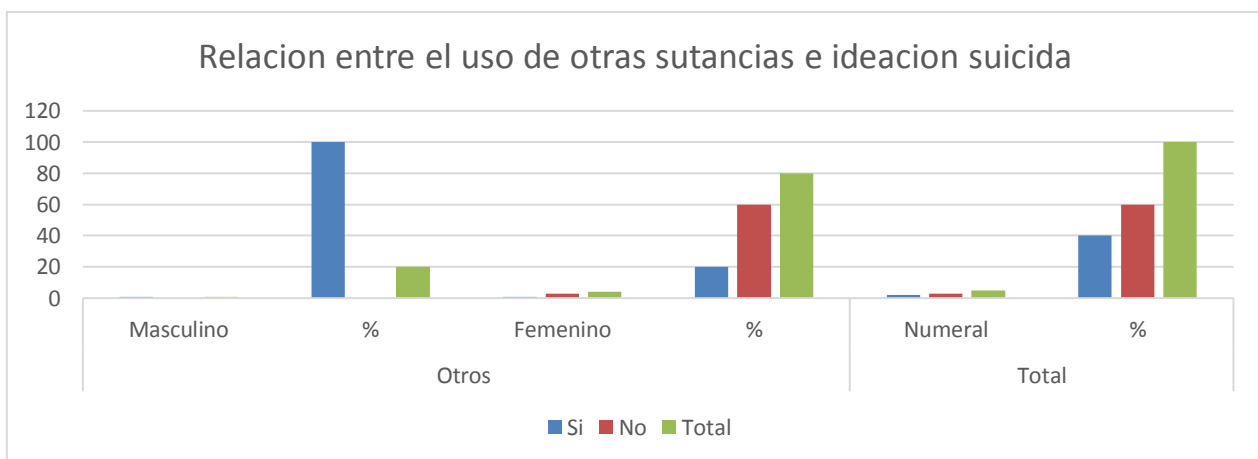
Cuadro 46. Relación entre el consumo de otras sustancias e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	20.0	1	20.0	2	40.0
No	0	0.0	3	60.0	3	60.0
Total	1	20.0	4	80.0	5	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 46 se observó que, de la población que consume otros tipos de sustancias, un 40 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo un 20 por ciento y un 20 por ciento para hombres y mujeres respectivamente mientras que un 60 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina.

Grafico 46. Relación entre el consumo de otras sustancias e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 46.

Cuadro 47. Relación entre el consumo de alcohol y tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020..

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	33.3	0	0.0	1	33.3
No	2	66.6	0	0.0	2	66.6
Total	3	100.0	0	0.0	3	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 47 se observó que, de la población que consume alcohol y tabaco, un 33.3 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina mientras que un 66.6 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Grafico 47. Relación entre el consumo de alcohol y tabaco e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 47.

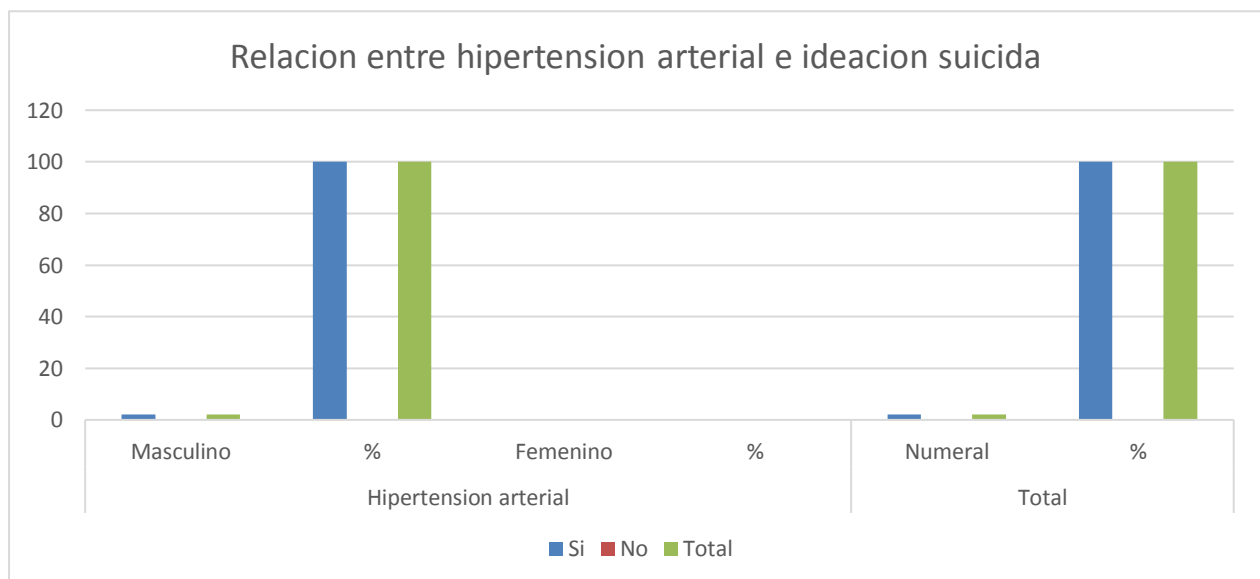
Cuadro 48. Relación entre hipertensión arterial e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Hipertensión arterial				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	2	100.0	0	0.0	2	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	100.0	0	0.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 48 se observó que, de la población con hipertensión arterial, el 100 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población masculina.

Cuadro 48. Relación entre hipertensión arterial e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 48.

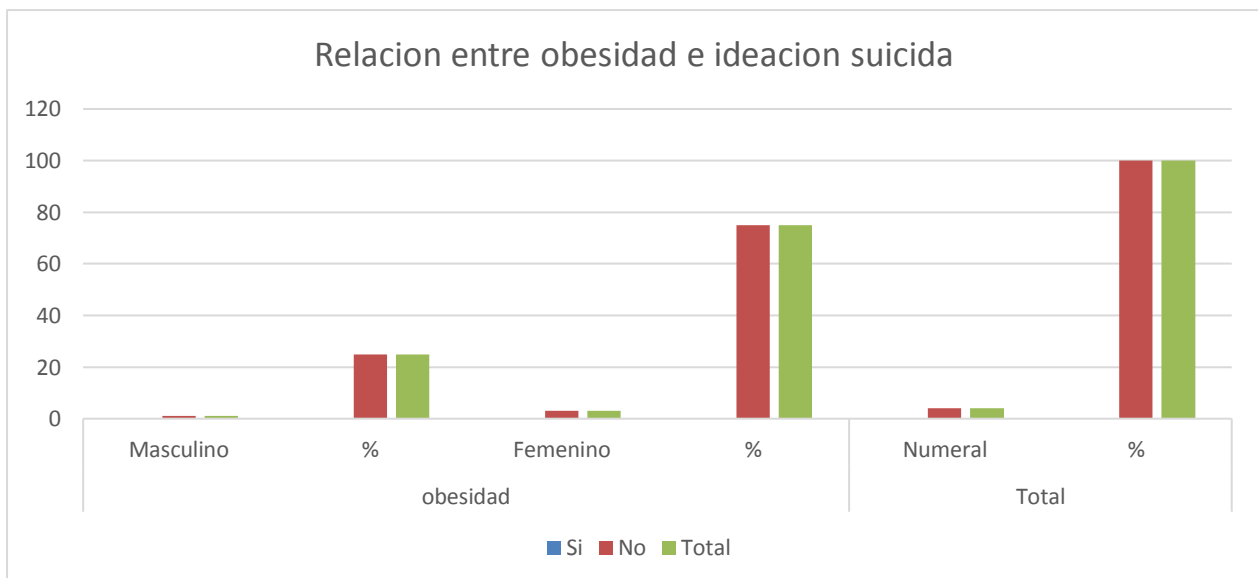
Cuadro 49. Relación entre obesidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	25.0	3	75.0	4	100.0
Total	1	25.0	3	75.0	4	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 49 se observó que, de la población obesa, un 100 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 25 por ciento y un 75 por ciento para hombres y mujeres respectivamente.

Grafico 49. Relación entre obesidad e ideación suicida en los estudiantes del ciclo de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 49.

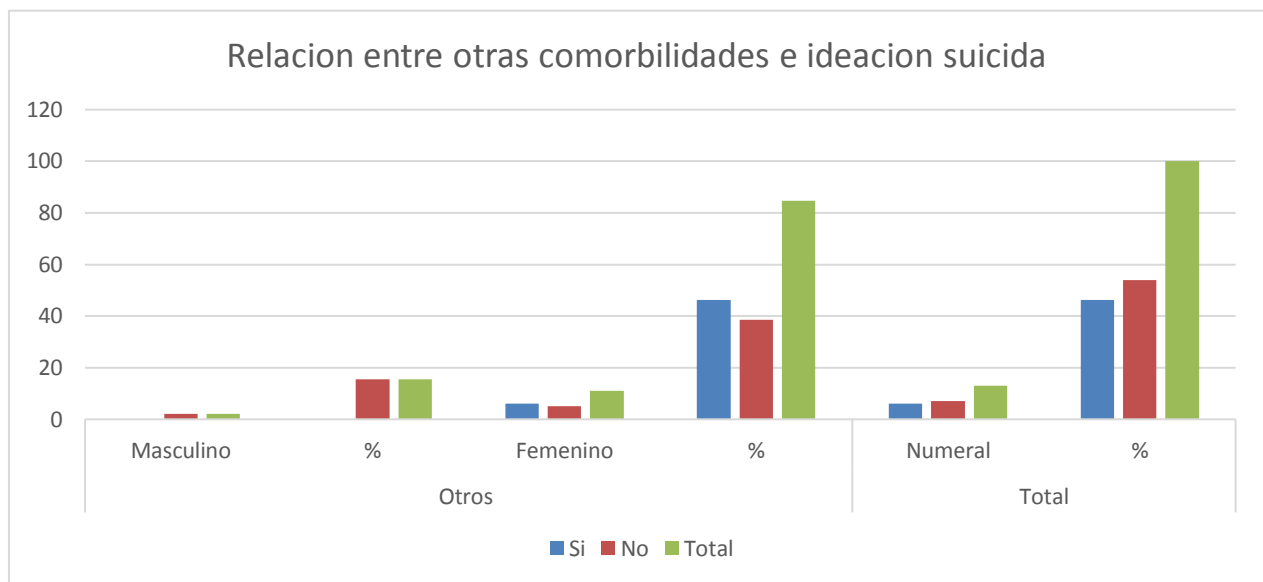
Cuadro 50. Relación entre otras comorbilidades e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	6	46.1	6	46.1
No	2	15.3	5	38.4	7	53.8
Total	2	15.3	11	84.6	13	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 50 se observó que de la población que padece de otras comorbilidades, un 46.1 por ciento ha tenido ideación suicida correspondiendo en su totalidad a la población femenina mientras que un 53.85 por ciento no ha tenido ideación suicida correspondiendo un 15.3 por ciento a la población masculina y un 38.4 por ciento a la población femenina.

Grafico 50. Relación entre otras comorbilidades e ideación suicida en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 51.

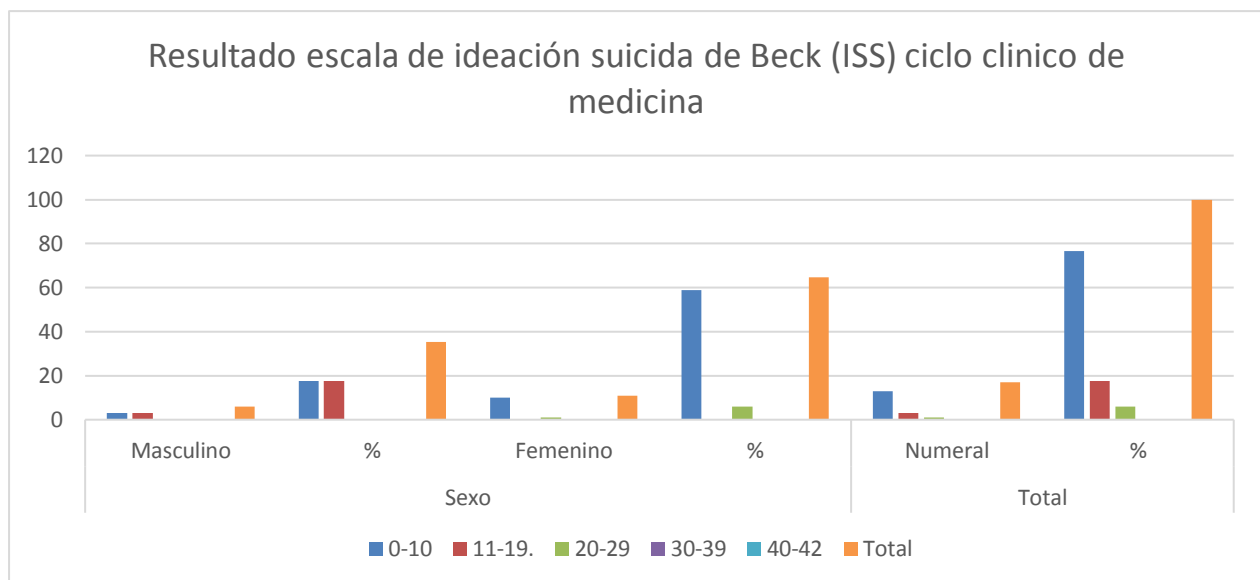
Cuadro 51. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes de ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuación	Resultado escala de ideación suicida de Beck (ISS) ciclo clínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	3	17.6	10	58.8	13	76.4
11-19.	3	17.6	0	0.0	3	17.6
20-29	0	0.0	1	5.8	1	5.8
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	6	35.2	11	64.7	17	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 51 se observó que, de la población que dio positivo al test de Beck, un 35.2 por ciento correspondían a la población masculina de los cuales un 17.6 por ciento obtuvo una puntuación de entre 0-10 y un 17.65 por ciento obtuvo una puntuación de entre 11-19. Los 64.7 por ciento restantes correspondían a la población femenina de los cuales un 58.8 por ciento obtuvo una puntuación de entre 0-10 y un 5.88 por ciento obtuvo una puntuación de entre 20-29.

Grafico 51. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes de ciclo clinico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 51.

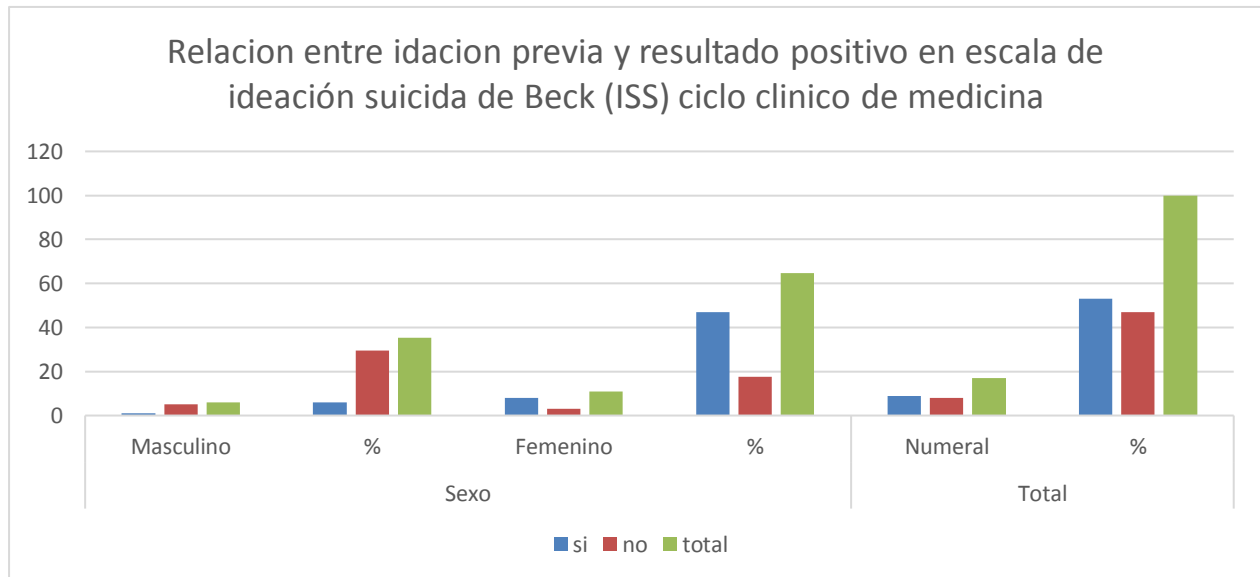
Cuadro 52. Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación previa	Relación entre ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck (ISS) ciclo clínico de medicina					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	1	5.8	8	47.0	9	52.9
no	5	29.4	3	17.6	8	47.0
total	6	35.2	11	64.7	17	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 52 se observó que, de la población masculina que dio positivo al test de Beck, un 5.8 por ciento había tenido alguna ideación suicida en el pasado y un 29.4 por ciento no. De la población femenina que dio positivo al test de Beck, un 47.0 por ciento había tenido alguna ideación suicida en el pasado y un 17.6 por ciento no.

Grafico 52. Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo clínico de medicina para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



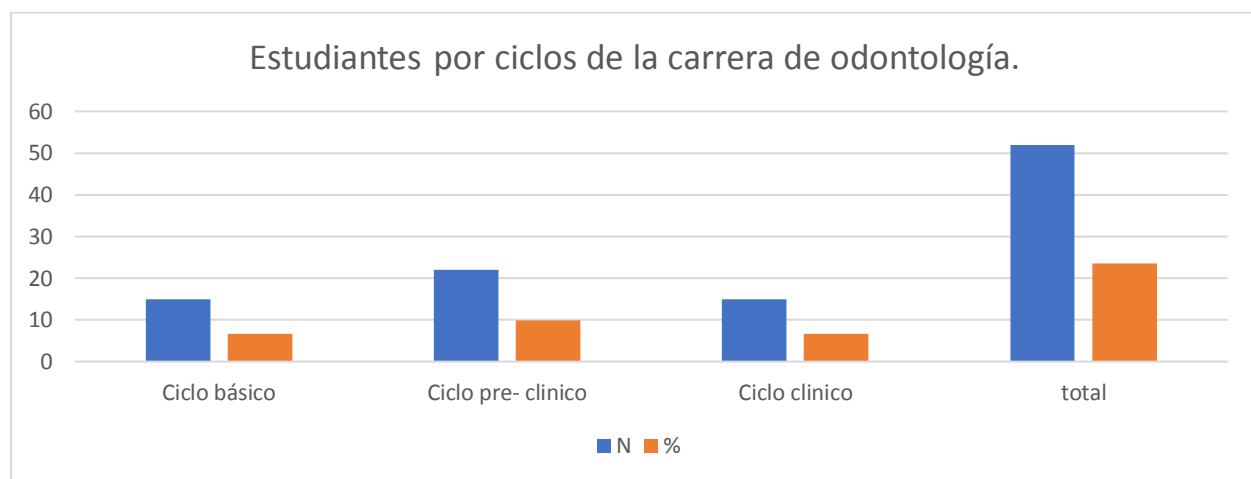
Fuente: cuadro 52.

Cuadro 53. Muestra global de positivos al analizar la ideación suicida en los estudiantes entrevistados de la carrera de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña febrero 2019 – agosto 2020.

Estudiantes por ciclos de la carrera de odontología.	N	%
Ciclo básico	15	6.7
Ciclo pre- clinico	22	9.9
Ciclo clinico	15	6.7
total	52	23.5

Al analizar el siguiente cuadro se observó que del 100.0 % de los estudiantes de la carrera de odontología en la muestra global solo un 23.5 % presentaron ideaciones suicidas y el por ciento restante no presentaron ideaciones suicidas.

Gráfico 53. Muestra global de positivos al analizar la ideación suicida en los estudiantes entrevistados de la carrera de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña febrero 2019 – agosto 2020.



Fuente: cuadro 53.

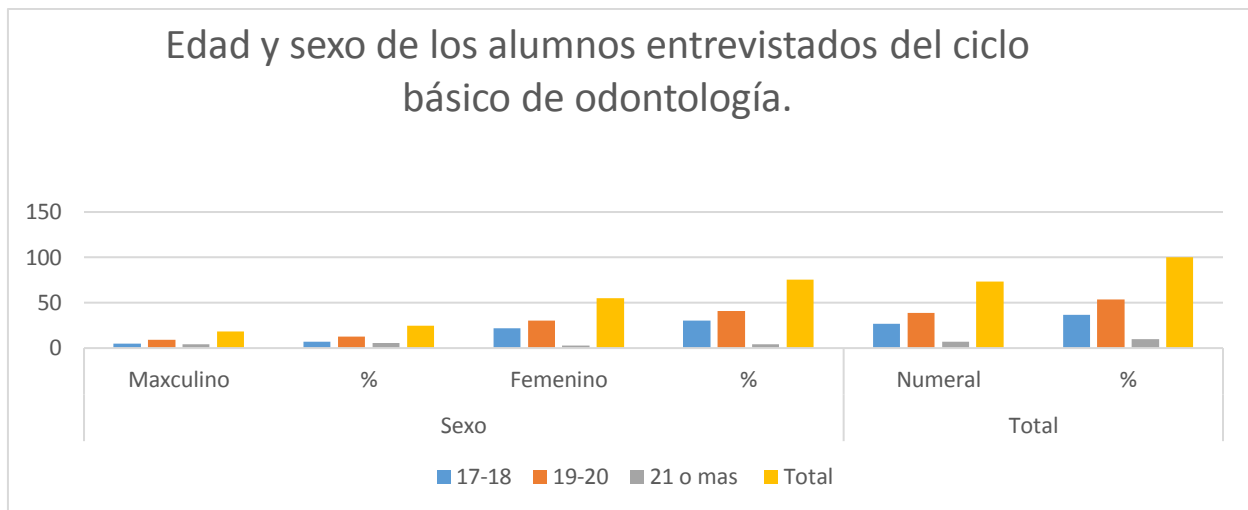
Cuadro 54. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Edad	Edad y sexo de los alumnos entrevistados del ciclo básico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 18	5	6.8	22	30.1	27	36.9
19-20	9	12.3	30	41.0	39	53.4
21 >	4	5.4	3	4.1	7	9.5
Total	18	24.6	55	75.3	73	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 54 se observó que el 24.6 por ciento de los estudiantes del ciclo basico encuestada fueron masculinos y que de ese por ciento un 6.8 por ciento presentaban edades de 17 y 18 años, el 12.3 por ciento presentaban edades de 19 y 20 años y un 5.48 por ciento eran mayores de 21 años. En el caso de del sexo femenino comprendian el 75.3 por ciento restante de los cuales el 30.1 por ciento presentaban edades de 17 y 18 años, el 41.0 presentaban edades de 19 y 20 años y el 4.1 por ciento eran de 21 años o mas.

Gráfico 54. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 54.

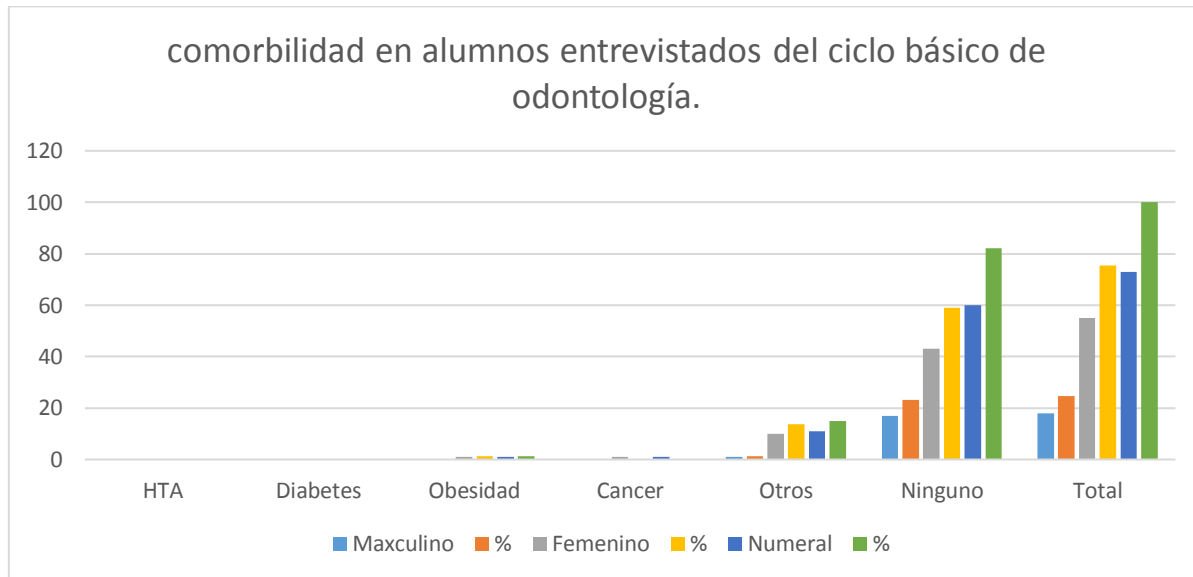
Cuadro 55. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

comorbilidad en alumnos entrevistados del ciclo básico de odontología						
Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Obesidad	0	0.0	1	1.3	1	1.3
Cancer	0	0.0	1	1.3	1	1.3
Otros	1	1.3	10	12.3	11	13.0
Ninguno	17	23.2	43	58.9	60	82.1
Total	18	24.6	55	75.3	73	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 55 se observó que del 24.6 por ciento de los masculinos solo un 1.3 por ciento presentaban otros tipos de comorbilidades y el 23.2 por ciento no presentaba comorbilidades. En cuanto al sexo femenino con un 75.3 por ciento se puede ver que un 1.3 por ciento se encontraba con obesidad, otro 1.3 por ciento presentaba cancer, un 12.3 por ciento presentaban otros tipos de comorbilidades y un 58.90 no presentaba ninguna comorbilidad, dando un total de 1.3 con oobesidad, otro 1.3 con cancer, un 13.0 con otros tipos de comorbilidades y un 82.1 sin ninguna comorbilidad en cuanto a la población completa.

Gráfico 55. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 55.

Cuadro 56. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

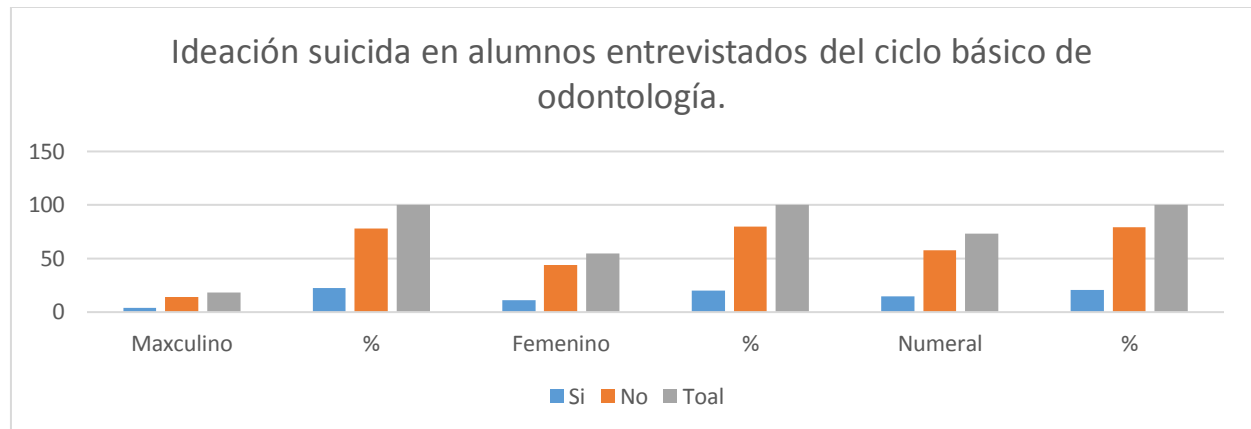
Ideacion	Ideacion suicida en alumnos entrevistados del ciclo básico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Sí	4	5.4	11	15.0	15	20.5
No	14	19.1	44	60.2	58	79.4
Toal	18	24.6	55	75.3	73	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 56 se observó que del 24.6 por ciento de la población masculina 5.4 por ciento respondieron que si y un 19.1 por ciento respondieron que no a la interrogante sobre ideación suicida. En cuanto al sexo femenino el cual fue un total de 75.3 por ciento un 15.0 por ciento respondieron que si y el 60.2 por ciento restante respondieron que no, sumando un total de un 20.5 por ciento a que si presentaban

ideaciones suicidas y un 79.4 por ciento a que no presentaban ideaciones suicidas en cuanto al total de la población.

Gráfico 56. Ideación suicida en alumnos entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 56.

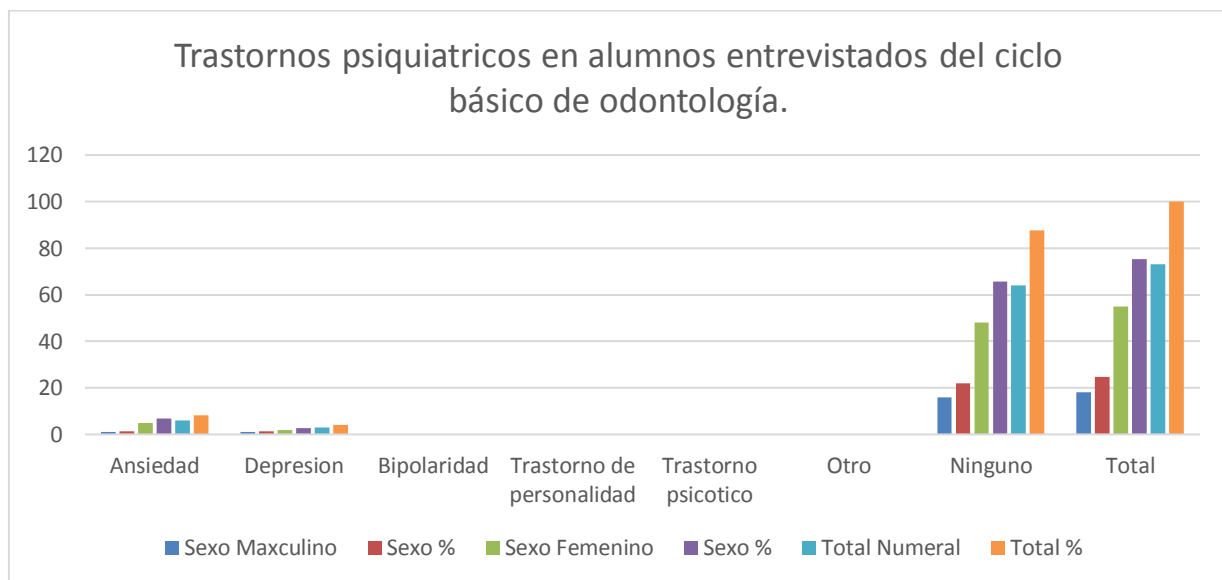
Cuadro 57. Trastornos psiquiatricos en estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiatrico	Trastornos psiquiatricos en alumnos entrevistados del ciclo básico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	1	1.3	5	6.8	6	8.2
Depresion	1	1.3	2	2.7	3	4.1
Bipolaridad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno de personalidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno psicotico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguno	16	21.2	48	65.7	64	87.6
Total	18	24.6	55	75.3	73	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 57 se observó que del 24.6 por ciento de los masculinos, un 1.3 por ciento sufren de ansiedad, otro 1.3 por ciento sufren de depresión y un 21.6 por ciento no sufre de ningún trastorno psiquiatrico. En cuanto al 75.3 del sexo femenino se observó que un 6.8 por ciento sufre de ansiedad, un 2.7 por ciento sufre de depresión y un 65.7 por ciento no sufre de ningún trastorno psiquiatrico.

Gráfico 57. Trastornos psiquiatricos en estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 57.

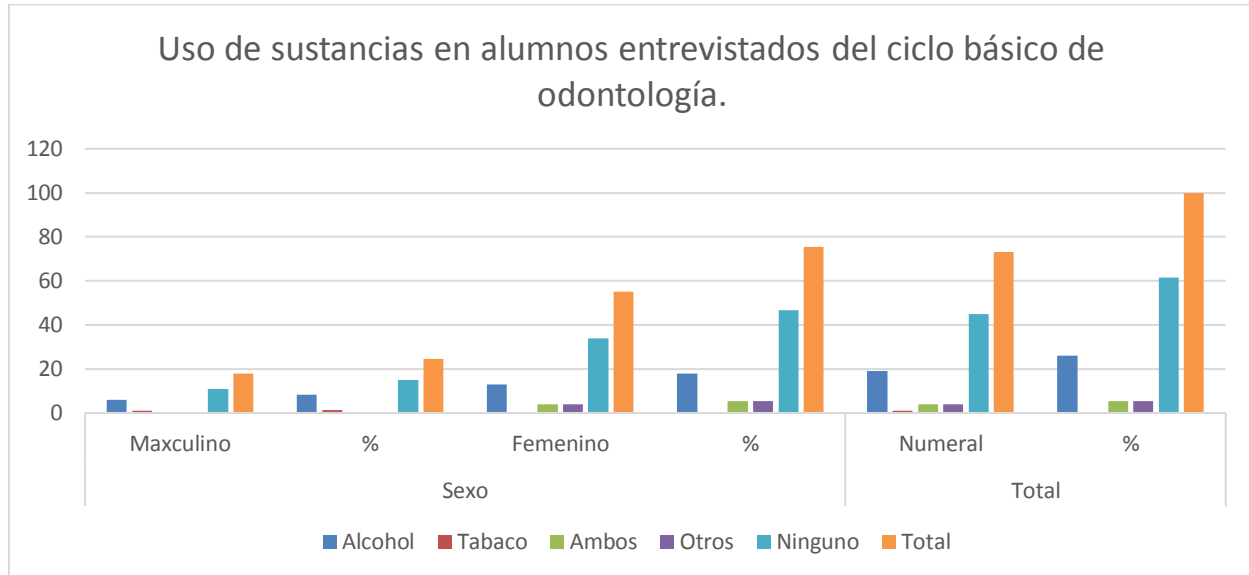
Cuadro 58. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Sustancia	uso de sustancias en alumnos entrevistados del ciclo básico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	6	8.2	13	17.8	19	26.0
Tabaco	1	1.3	0	0.0	1	0.0
Ambos	0	0.0	4	5.4	4	5.4
Otros	0	0.0	4	5.4	4	5.4
Ninguno	11	15.0	34	46.5	45	61.6
Total	18	24.6	55	75.3	73	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 58 se observó que del 24.6 por ciento de la población masculina un 8.2 por ciento es consumidora de alcohol, 1.3 por ciento es fumadora de tabaco y un 15.0 por ciento no utiliza ninguna sustancia. En cuanto la población femenina se observó que del 75.3 por ciento un 17.8 por ciento es consumidora de alcohol, 5.4 por ciento es consumidora de ambas sustancias (alcohol y tabaco), otro 5.4 es consumidora de otros tipos de sustancias y un 46.5 por ciento no consume ningún tipo de sustancia.

Gráfico 58. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 58.

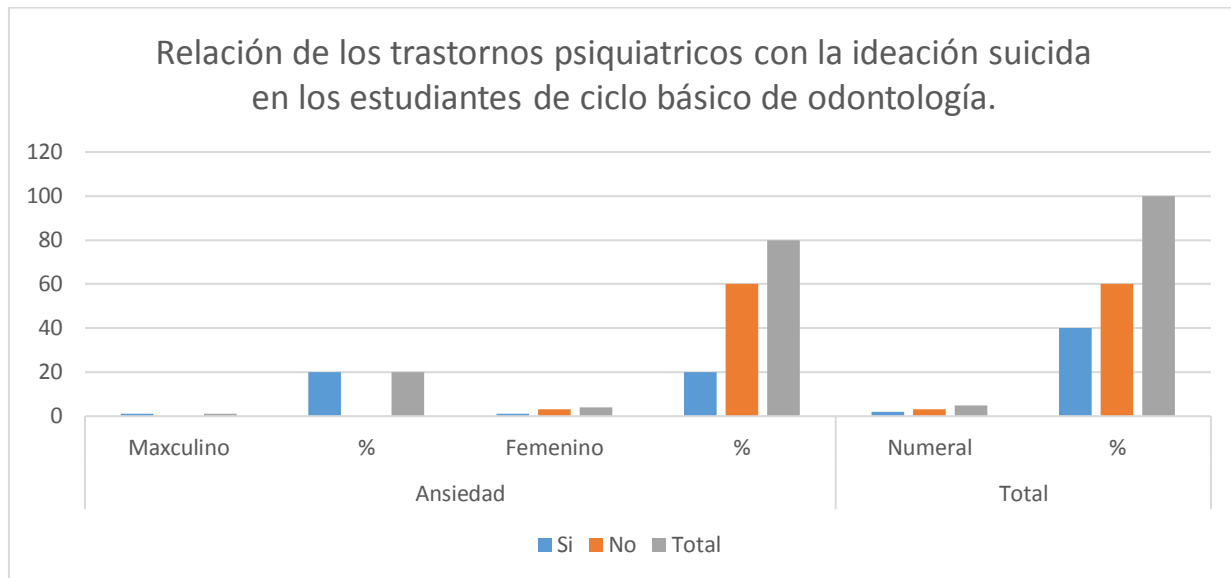
Cuadro 59. Relacion de los trastornos psiquiatricos con ideacion suicida para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion suicida	Relación trastorno psiquiatrico con ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	20.0	1	20.0	2	40.0
No	0	0.0	3	60.0	3	60.0
Total	1	20.0	4	80.0	5	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 59 se observó que del 20 por ciento de los masculinos todos relacionan su trastorno psiquiatrico con ideación suicida. En cuanto al sexo femenino con un total de 80 por ciento se observó que un 20 por ciento si relaciona su trastorno psiquiatrico con ideación suicida y el 60 por ciento restante no lo relaciona.

Gráfica 59. Relación de los trastornos psiquiátricos con ideación suicida en los estudiantes de ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 59.

Cuadro 60. Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida en los estudiantes de ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

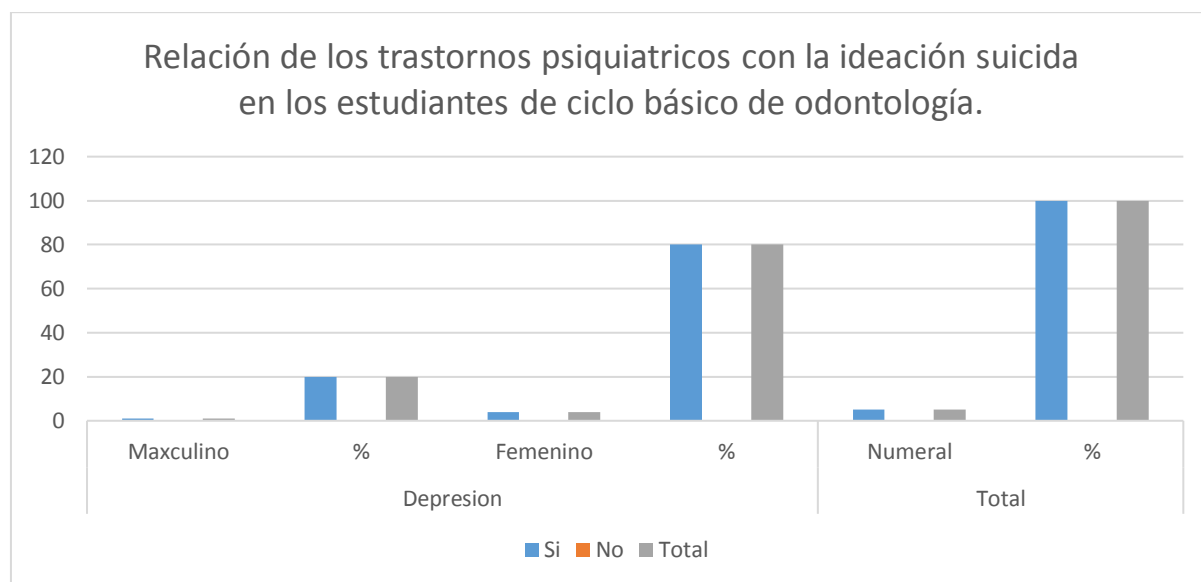
Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Depresion				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	20.0	4	80.0	5	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1	20.0	4	80.0	5	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 60 se observó que del 20 por ciento de los masculinos todos relacionan su trastorno psiquiátrico con ideación suicida. En cuanto al sexo femenino con

un total de 80 por ciento se observó que todas relacionan su trastorno psiquiatrico con ideación suicida.

Grafica 60. Relación del trastorno psiquiatrico con la ideacion suidica en los estudiantes de ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 60.

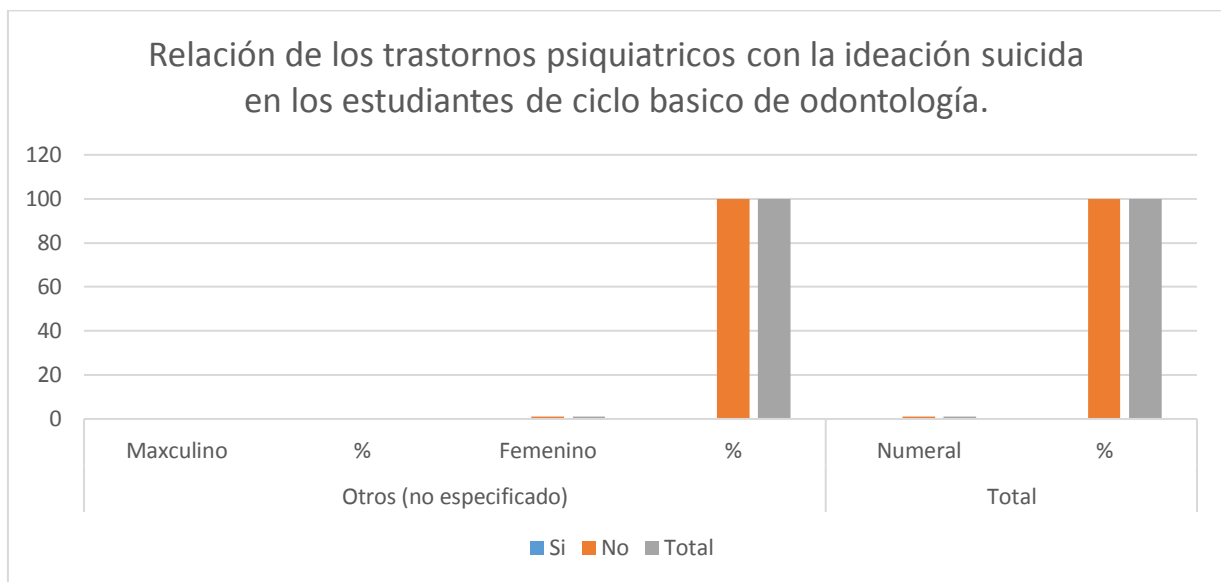
Cuadro 61. Relacion de los trastornos psiquiatrico con la ideacion suicida en los estudiantes de ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion suicida	Relación trastorno psiquiatrico con ideación suidica					
	Otros (no especificado)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 61 se observó que en su totalidad poblacional de un 100 por ciento el sexo femenino no relaciona otros trastornos psiquiátricos con su ideación suicida.

Gráfico 61. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes de ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 61.

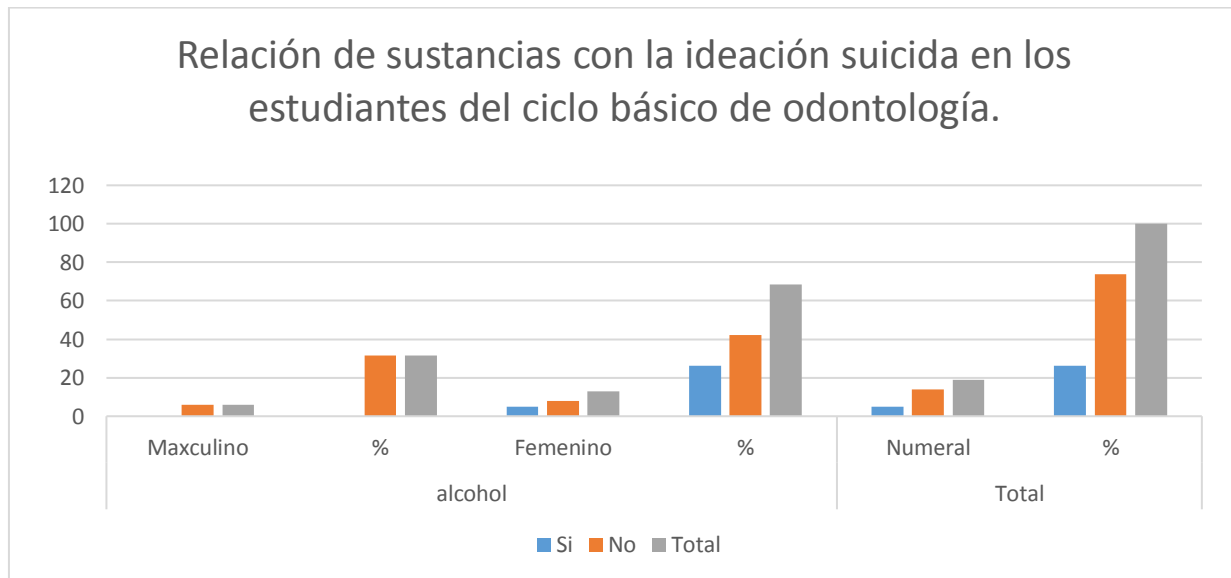
Cuadro 62. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion suicida	Relacion sustancia con ideacion suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	5	26.3	5	26.3
No	6	31.5	8	42.1	14	73.6
Total	6	31.5	13	68.4	19	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 62 se observó que del 31.5 por ciento de los masculinos todos no relacionan las sustancias con su ideación suicida. En cuanto al sexo femenino con un total de 68.4 por ciento un 26.3 por ciento sí relaciona sustancias con ideación suicida y un 42.1 por ciento no relaciona sustancias con ideación suicida.

Gráfico 62. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 62.

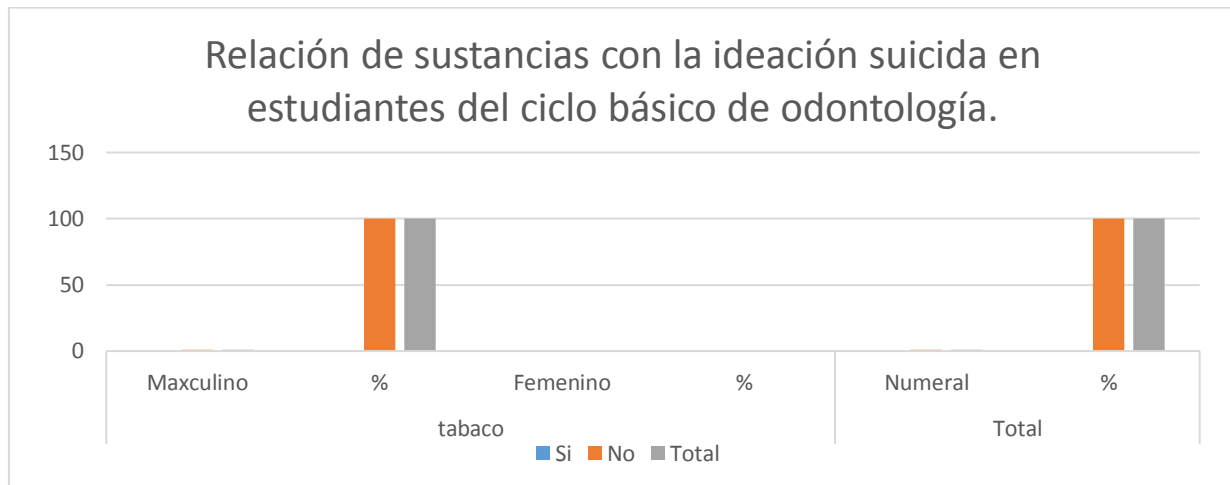
Cuadro 63. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relacion sustancia con ideación suicida					
	tabaco				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.00	0	0.00
No	1	100.0	0	0.00	1	100.00
Total	1	100.0	0	0.00	1	100.00

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 63 se observó que el sexo masculino en su totalidad de población no relaciona Las sustancias con ideaciones suicidas siendo ésta un 100 por ciento.

Gráfico 63. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 63.

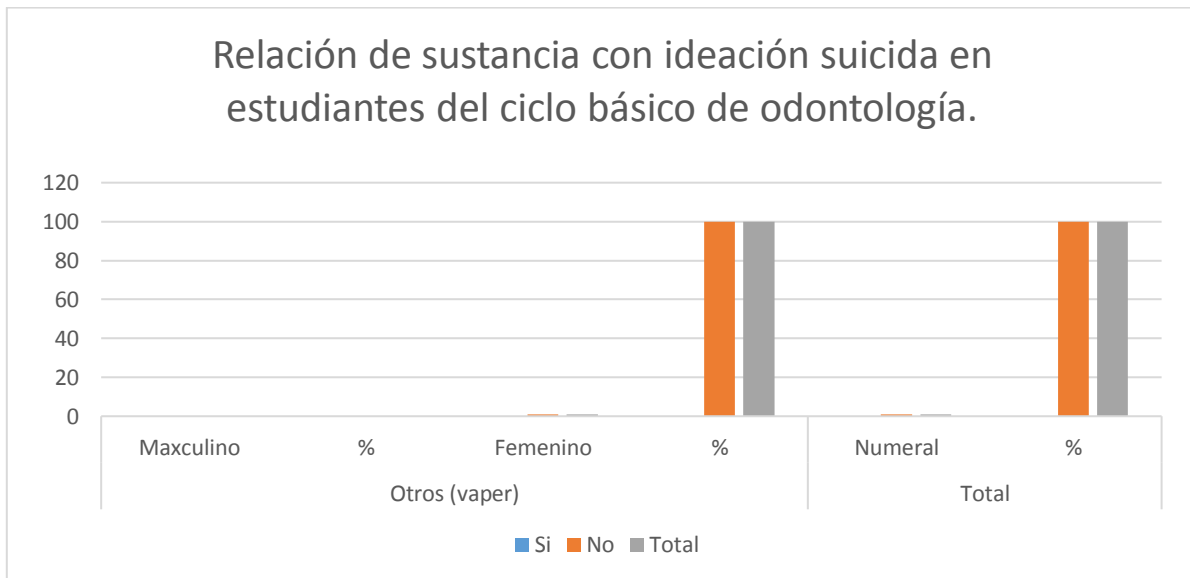
Cuadro 64. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relacion sustancia con ideación suicida					
	Otros (vaper)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 64 se observó que el sexo femenino en su totalidad de población la cual es un 100 por ciento no relaciona la sustancia con ideación suicida.

Gráfico 64. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 64.

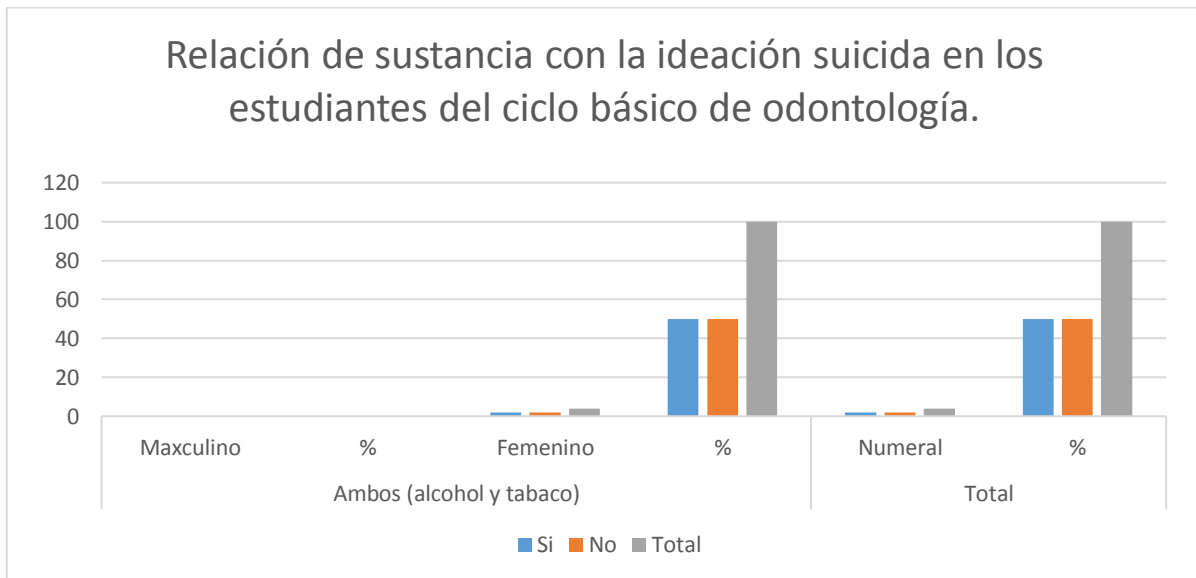
Cuadro 65. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación sustancia con ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	50.0	2	50.0
No	0	0.0	2	50.0	2	50.0
Total	0	0.0	4	100.0	4	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 65 se observó que del 100 por ciento de la población femenina un 50 por ciento sí relaciona sustancias con ideación suicida y otro 50 por ciento no relaciona sustancias con ideación suicida.

Gráfica 65. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 65.

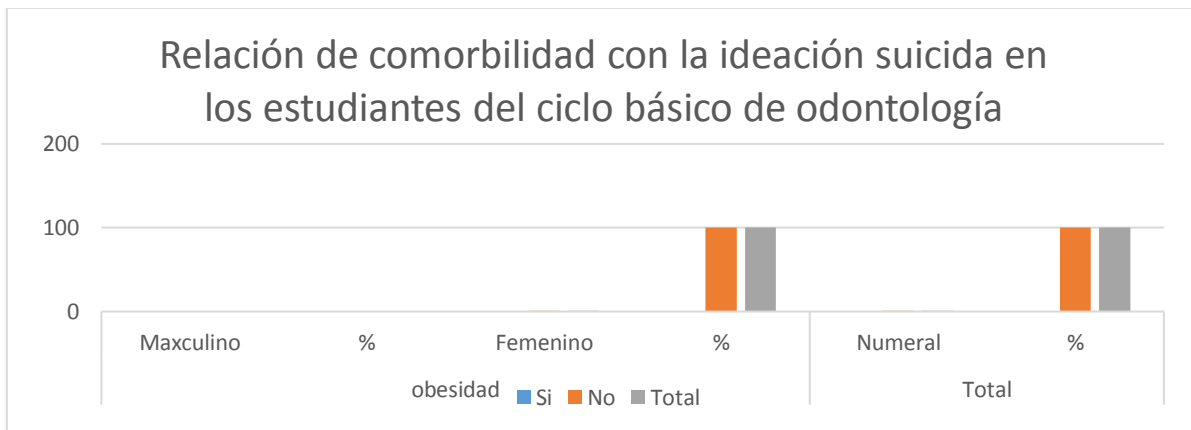
Cuadro 66. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 66 se observó que el sexo femenino en su totalidad de población la cual es un 100 por ciento si relaciona esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfica 66. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 66.

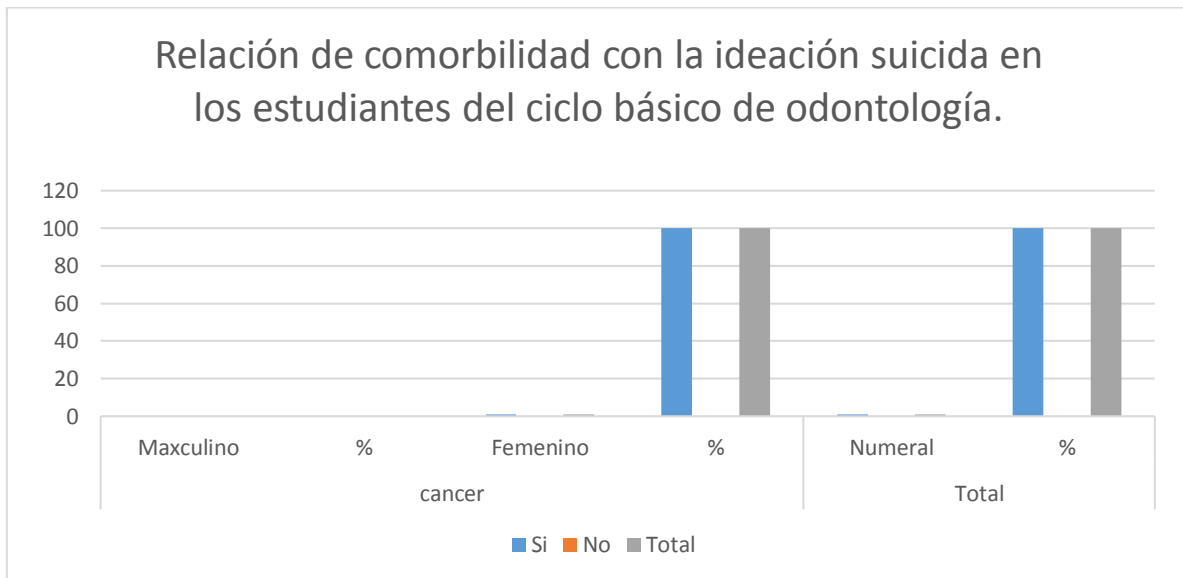
Cuadro 67. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	cancer				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Sí	0	0.0	1	100.0	1	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 67 se observó que el sexo femenino en su totalidad de población la cual es un 100 por ciento si relaciona esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 67. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 67.

Cuadro 68. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

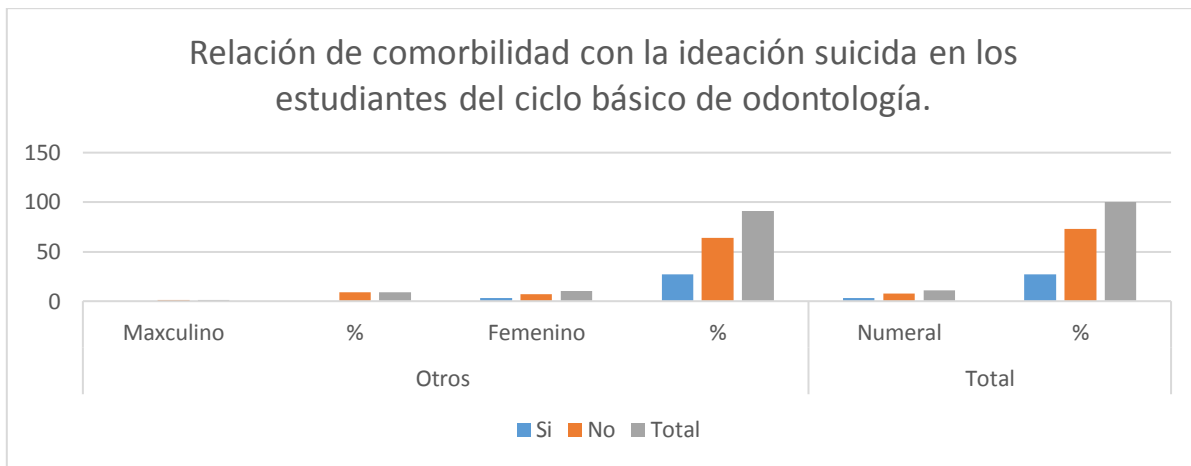
Ideación suicida	Relación comorbilidad con ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	3	27.2	3	27.2
No	1	9.0	7	63.6	8	72.7
Total	1	9.0	10	90.9	11	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 68 se observó que el total de masculinos el cuál es un 9.0 por ciento no relaciona comorbilidad con ideación suicida. En cuanto a la población femenina se observó que de un 90.9 por ciento, 27.2 por ciento sí relacionan esta comorbilidad con

ideación suicida Y que él 63 puntos 63 por ciento no relaciona está comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 68. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 68.

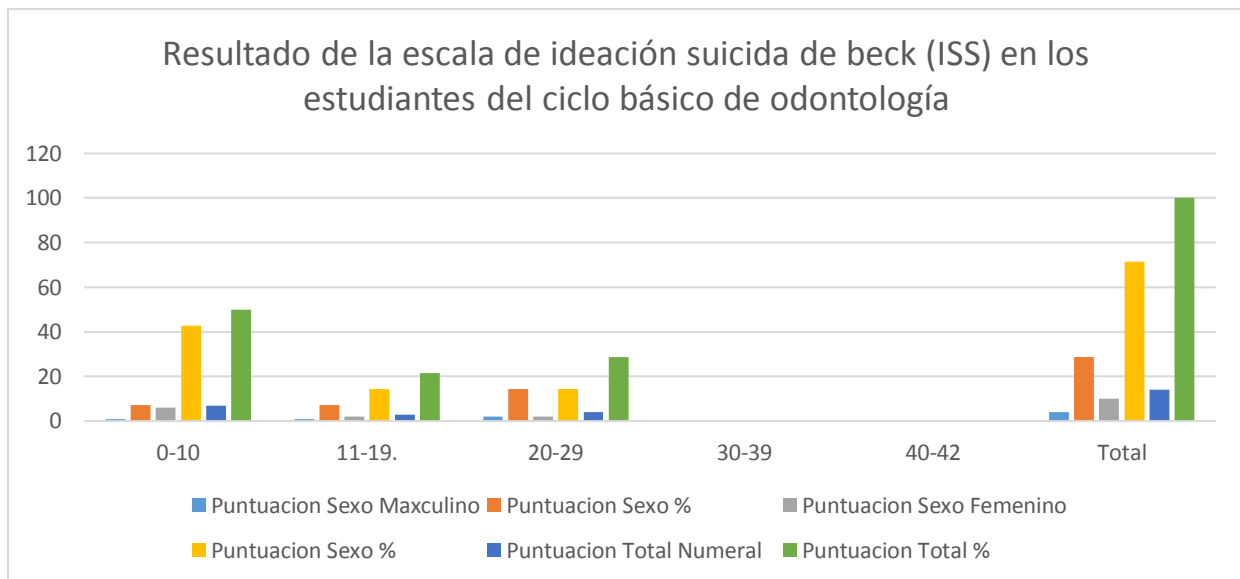
Cuadro 69. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes de ciclo básico de la odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuacion	Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo básico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	1	7.1	6	42.8	7	50.0
11-19.	1	7.1	2	14.2	3	21.4
20-29	2	14.2	2	14.2	4	28.5
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	4	28.5	10	71.4	14	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 69 se observó que del 28 puntos 57 por ciento de la población masculina 7.1 por ciento obtuvieron una puntuación entre 0 a 10 años, otros 7.1 por ciento obtuvieron entre 11 a 19 años y 14.2 por ciento obtuvieron entre 20 a 29 años. En cuanto al sexo femenino se observó que del 71.4 por ciento de población, 42.8 por ciento obtuvieron una puntuación entre 0 a 10, 14.2 obtuvieron una puntuación entre 11 y 19 y otro 14.2 por ciento obtuvieron una puntuación entre 20 y 29 puntos.

Gráfico 69. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 69.

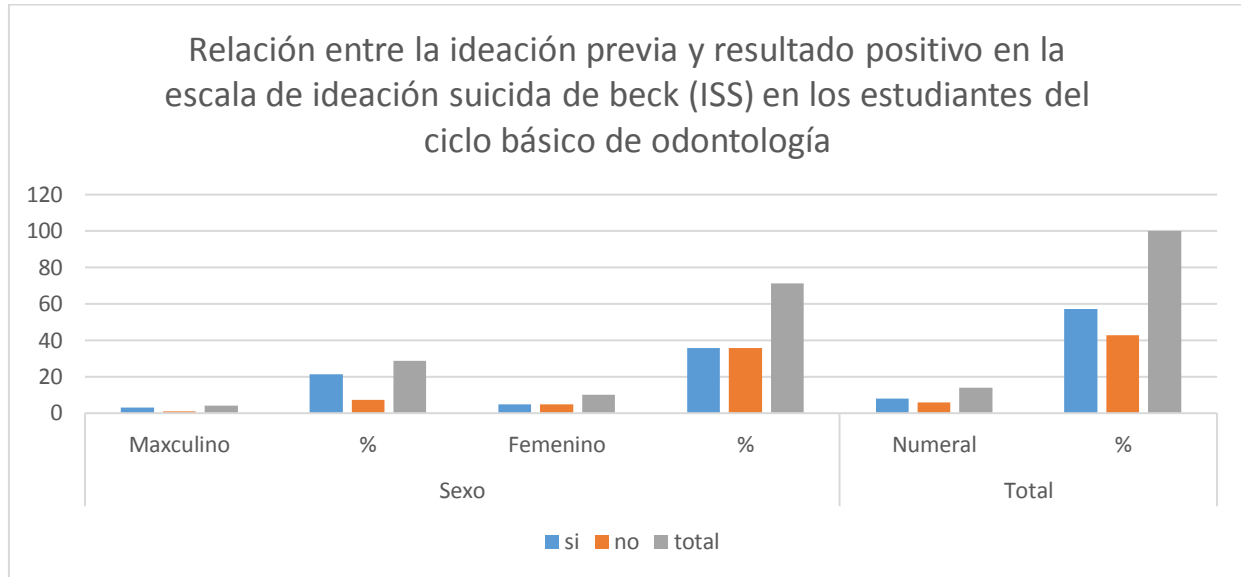
Cuadro 70. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida Puntuacion	Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo basico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	3	21.4	5	35.7	8	57.1
no	1	7.1	5	35.7	6	42.8
total	4	28.5	10	71.4	14	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 70 se observó que del 28.5 por ciento de población masculina, un 21.4 por ciento si tienes relación entre la ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck (ISS) y un 7.1 por ciento no tiene relación entre la ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck (ISS). En cuanto a la población femenina se observó que del 71.4 por ciento de su población total un 35.7 por ciento si tiene relación entre la ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck (ISS) y el otro 35.71 por ciento no tiene relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS).

Gráfico 70. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo básico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 70.

Cuadro 71. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

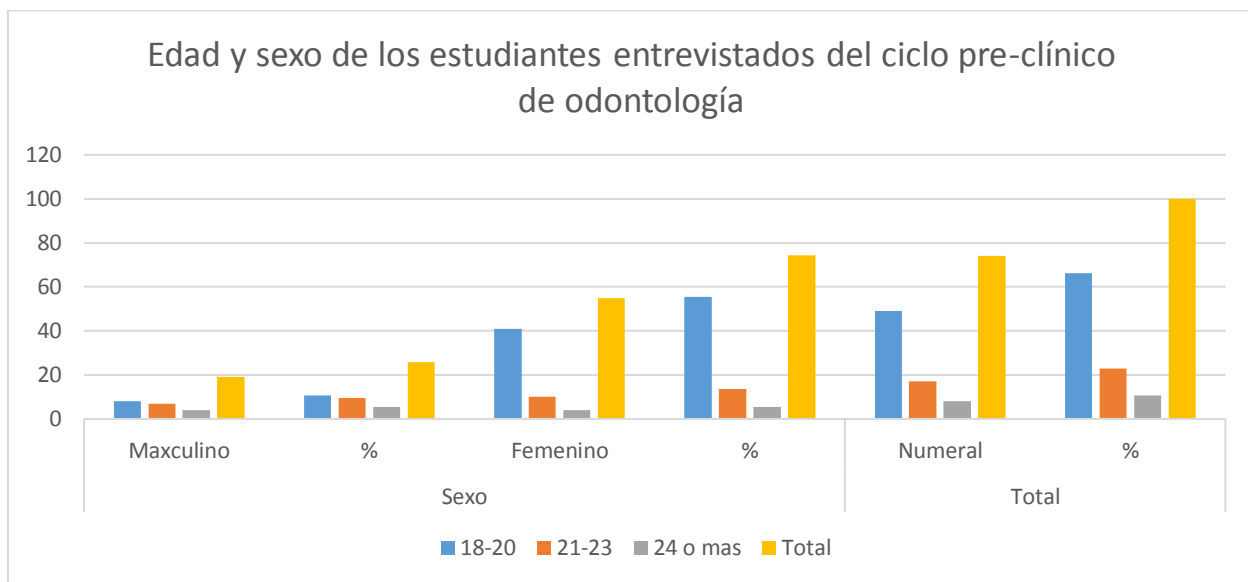
Edad	Edad y sexo de los alumnos entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 20	8	10.8	41	55.4	49	66.2
21-23	7	9.4	10	13.5	17	22.9
24 >	4	5.1	4	5.4	8	10.8
Total	19	25.6	55	74.3	74	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 68 se observó que el 25.6 por ciento de los estudiantes del ciclo preclinico encuestada fueron masculina un 10.8 por ciento presentaban edades entre 18 a 20 años, 9.4 por ciento presentaban edades de 21 a 23 años y un 5.4 por ciento

presentaban edades de 24 años o más. En cuanto al ser 74.3 por ciento de la población femenina un 55.4 por ciento presentaban edades de 18 a 20 años, 13.5 por ciento presentaban edades de 21 a 23 años y un 5.4 por ciento presentaban edades de 24 años o más.

Gráfico 71. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 71.

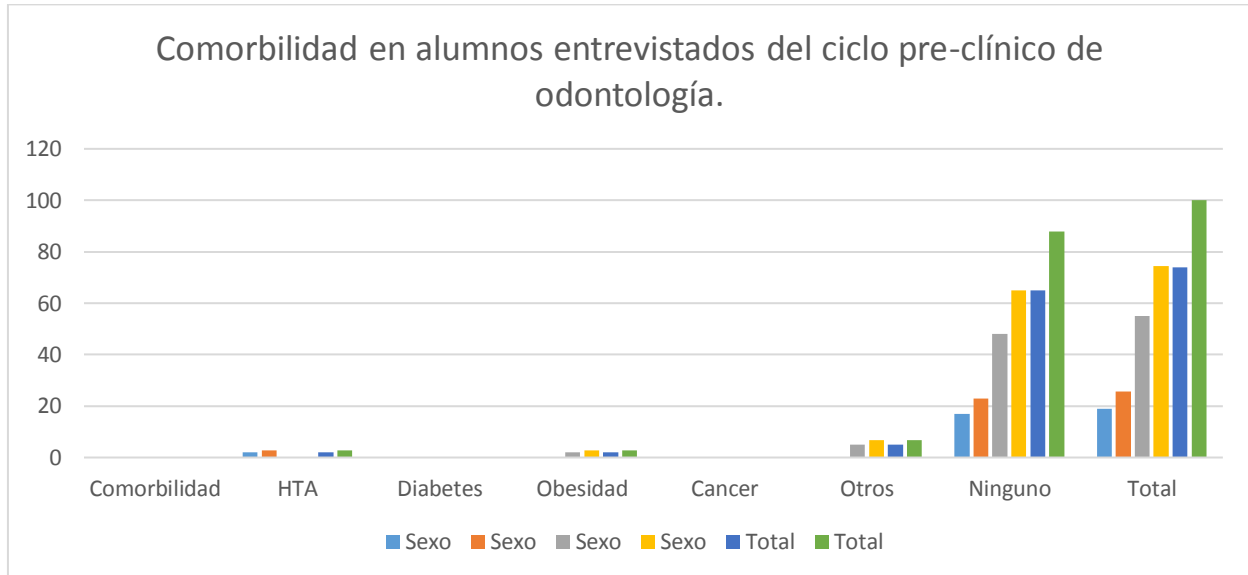
Cuadro 72. comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

comorbilidad en alumnos entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología						
Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	2	2.7	0	0.0	2	2.7
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Obesidad	0	0.0	2	2.7	2	2.7
Cancer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	0	0.0	5	6.7	5	6.7
Ninguno	17	22.9	48	64.8	65	87.8
Total	19	25.6	55	74.3	74.	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 72 se observó que del 25.6 por ciento de la población masculina un 2.7 por ciento presentaban hipertensión, y un 22.9 por ciento no presentaban comorbilidades. En cuanto al 74.3 por ciento de la población femenina un 2.7 por ciento presentaba obesidad, 6.7 por ciento presentaban otros tipos de comorbilidades y el 64.86 por ciento restante no presentaban comorbilidades.

Gráfico 72. comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 72.

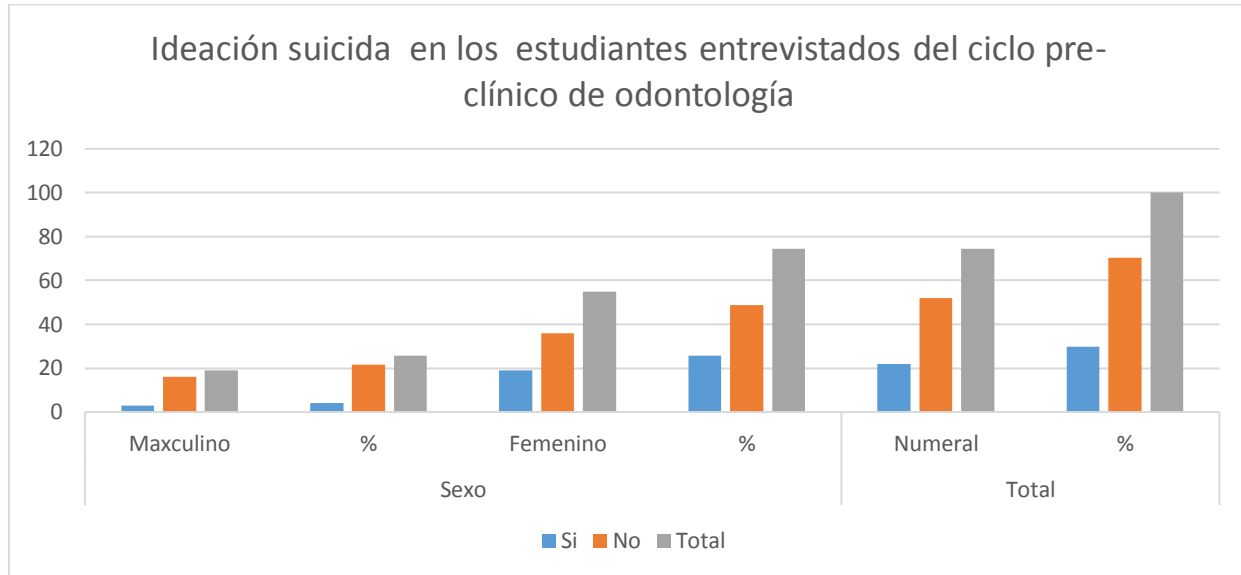
Cuadro 73. Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion	Ideacion suicida en alumnos entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	3	4.0	19	25.6	22	29.7
No	16	21.6	36	48.6	52	70.2
Total	19	25.6	55	74.3	74.32	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 73 se observó que del 25.6 por ciento de la población masculina un 4.0 por ciento si han tenido ideaciones suicidas y el 21.6 por ciento restante no han tenido ideaciones suicidas. En cuanto al 74.3 por ciento de la población femenina un 25.6 por ciento si han tenido ideaciones suicidas y el 48.6 por ciento no han tenido ideaciones suicidas.

Gráfico 73. Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 73.

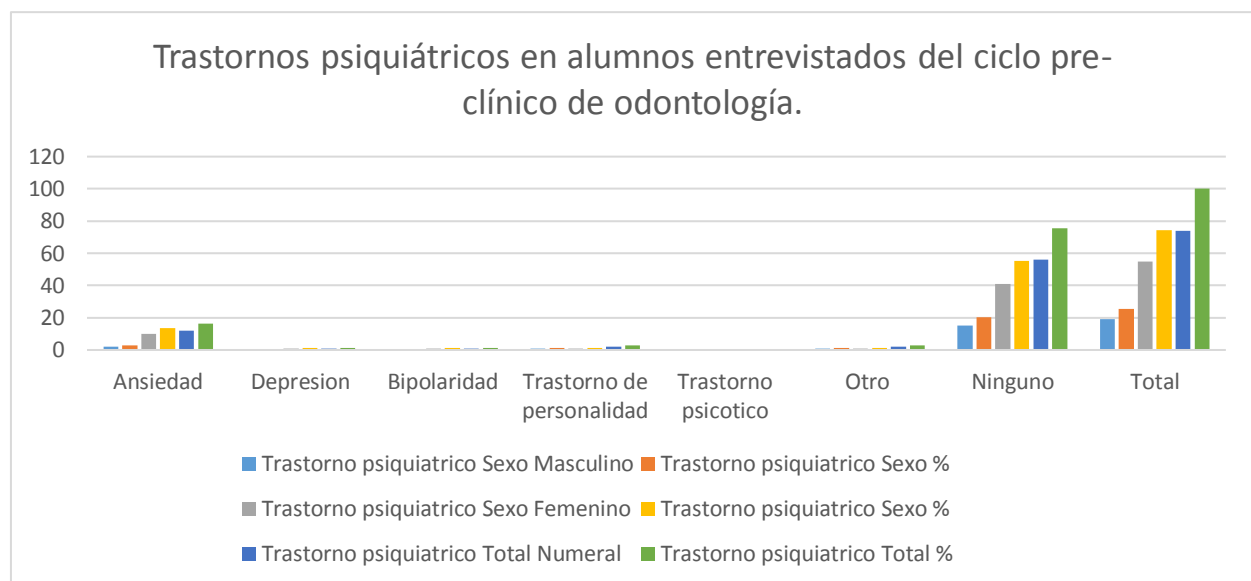
Cuadro 74. Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiátrico	Trastornos psiquiátricos en alumnos entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	2	2.6	10	13.5	12	16.2
Depresion	0	0.0	1	1.3	1	1.3
Bipolaridad	0	0.0	1	1.3	1	1.3
Trastorno de personalidad	1	1.3	1	1.3	2	2.7
Trastorno psicotico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	1	1.3	1	1.3	2	2.7
Ninguno	15	20.1	41	55.4	56	75.6
Total	19	25.5	55	74.3	74	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 74 se observó que del 25.5 por ciento de la población masculina un 2.6 por ciento presenta ansiedad, 1.3 por ciento se encontraban con trastornos de la personalidad, otro 1.3 por ciento se encontraban con otro tipo de trastorno psiquiátrico y un 20.1 por ciento no presentaban trastornos psiquiátricos. En cuanto al 74.3 por ciento de la población femenina un 13.5 por ciento presentaba ansiedad, 1.3 por ciento depresión, 1.3 por ciento bipolaridad, un punto 35 por ciento presentaban trastornos de la personalidad y otro 1.3 por ciento presentaban otro tipo de trastorno psiquiátrico, en cuanto al 55.4 por ciento restante no presentaban trastornos psiquiátricos.

Gráfico 74. Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 74.

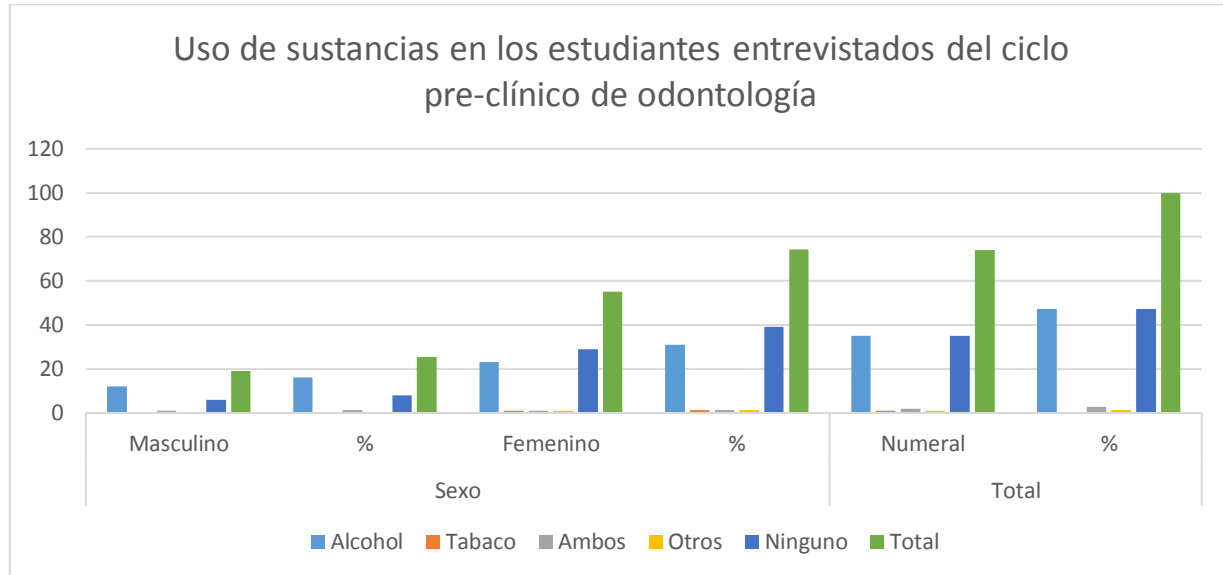
Cuadro 75. Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020..

Sustancia	Uso de sustancias en alumnos entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	12	16.1	23	31.0	35	47.3
Tabaco	0	0.0	1	1.3	1	0.0
Ambos	1	1.3	1	1.3	2	2.7
Otros	0	0.0	1	1.3	1	1.3
Ninguno	6	8.0	29	39.1	35	47.3
Total	19	25.5	55	74.3	74	100

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 75 se observó que del 25.5 por ciento de la población masculina un 16.1 por ciento utiliza alcohol, 1.3 por ciento utilizan Ambos (alcohol y tabaco) y el 8.0 por ciento restante no utiliza ningún tipo de sustancia. En cuanto al 74.3 por ciento de la población femenina un 31.0 por ciento utiliza alcohol, 1.3 por ciento utiliza tabaco, 1.3 por ciento utiliza ambos (alcohol y tabaco), y otro 1.3 por ciento utilizan otros tipos de sustancia, en cuanto al 39.1 por ciento restante no utilizan ningún tipo de sustancia.

Gráfico 75. Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 75.

Cuadro 76. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

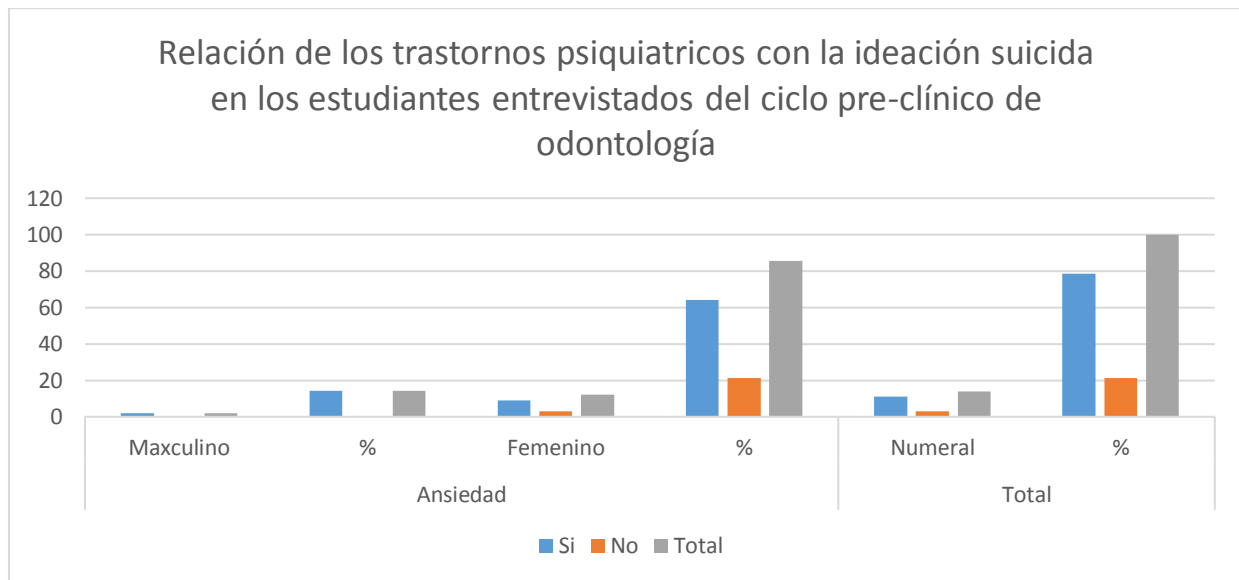
Ideación suicida	Relación de los trastornos psiquiátricos con ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	2	14.2	9	64.2	11	78.5
No	0	0.0	3	21.4	3	21.4
Total	2	14.2	12	85.7	14	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 76 se observó que del 14.2 por ciento de la población masculina todos sí relacionan su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida. En cuanto al 85.7 por ciento de la población femenina un 64.2 por ciento sí relaciona su trastorno psiquiátrico

con la ideación suicida y el 21.4 por ciento restante no relaciona su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 76. Relación de los trastornos psiquiatricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 76.

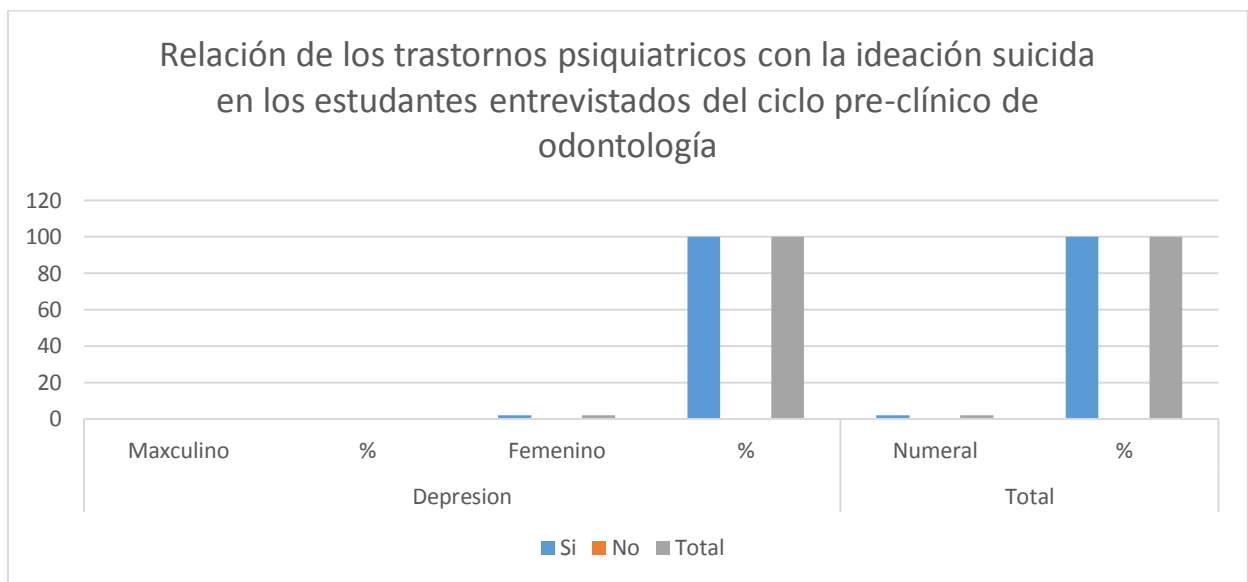
Cuadro 77. Relación de los trastornos psiquiatricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion suicida	Relación de los trastornos psiquiatricos con la ideación suicida.					
	Depresion				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	100.0	2	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 77 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de la población sí relacionan su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 77. Relación de los trastornos psiquiatricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 77.

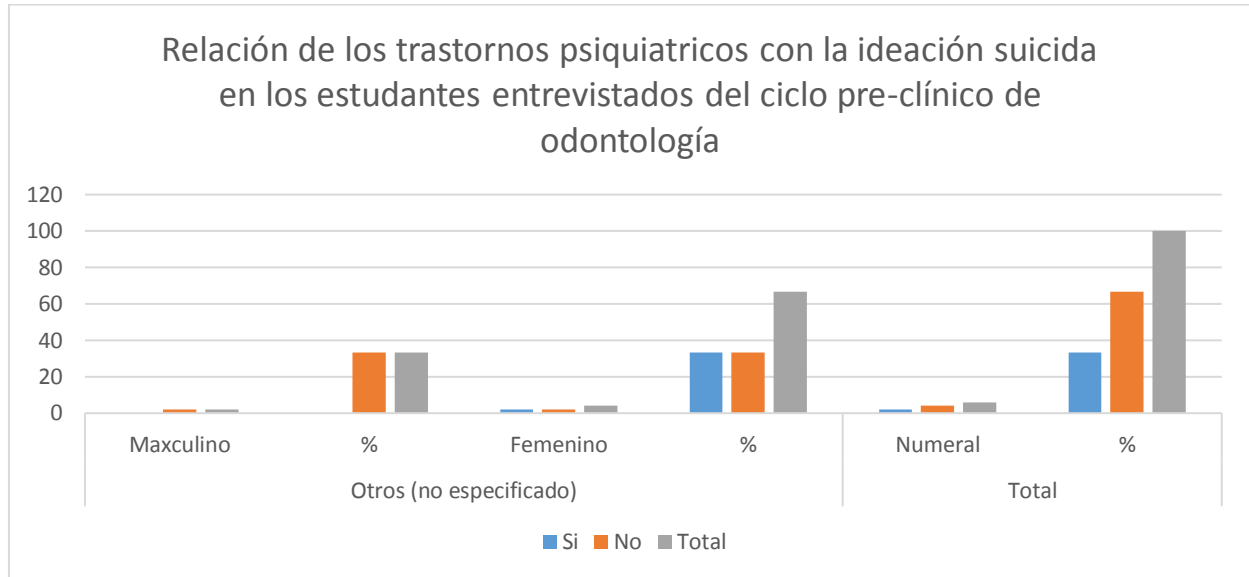
Cuadro 77. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida					
	Otros (no especificado)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	33.3	2	33.3
No	2	33.3	2	33.3	4	66.6
Total	2	33.3	4	66.6	6	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 77 se observó que del 33.3 por ciento de la población masculina todos no relacionan su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida. En cuanto al 66.6 por ciento de la población femenina un 33.3 por ciento sí relación a su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida y el 33.3 por ciento restante no relaciona su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 77. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 77.

Cuadro 78. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

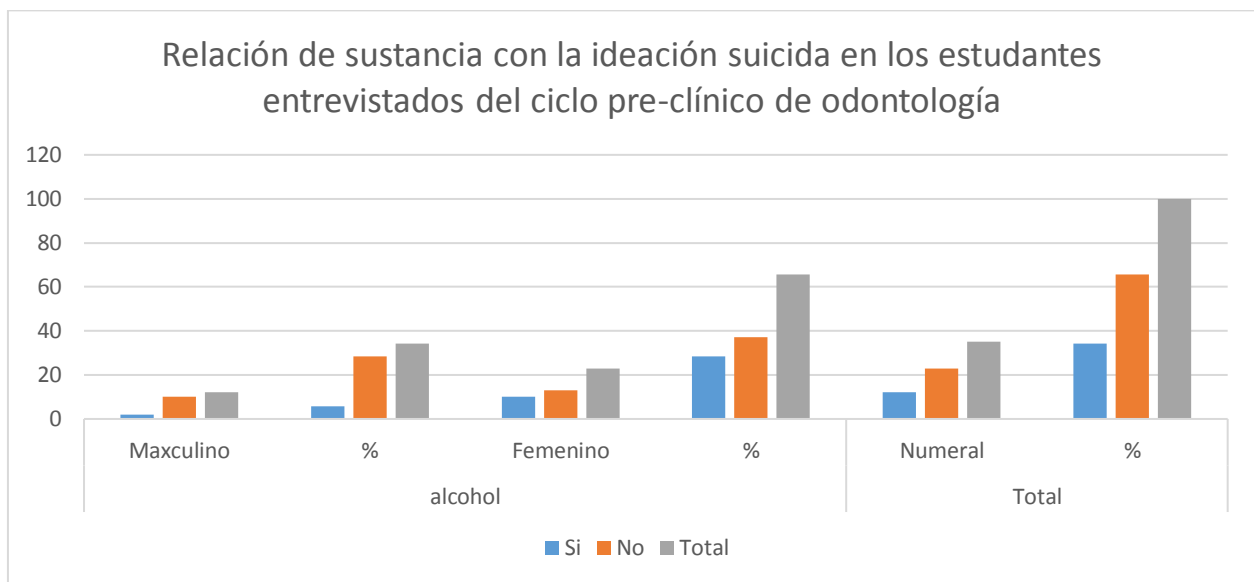
Ideación suicida	Relación de sustancia con la ideación suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	2	5.7	10	28.5	12	34.2
No	10	28.5	13	37.1	23	65.7
Total	12	34.2	23	65.7	35	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 78 se observó que del 34.2 por ciento de la población masculina un 5.7 por ciento sí relación a esta sustancia con la ideación suicida y el 28.5 por ciento

no relaciona esta sustancia con la ideación suicida. En cuanto al 65.7 por ciento de la población femenina un 28.5 por ciento sí relación a esta sustancia con la ideación suicida y un 37.1 por ciento no relaciona esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 78. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 78.

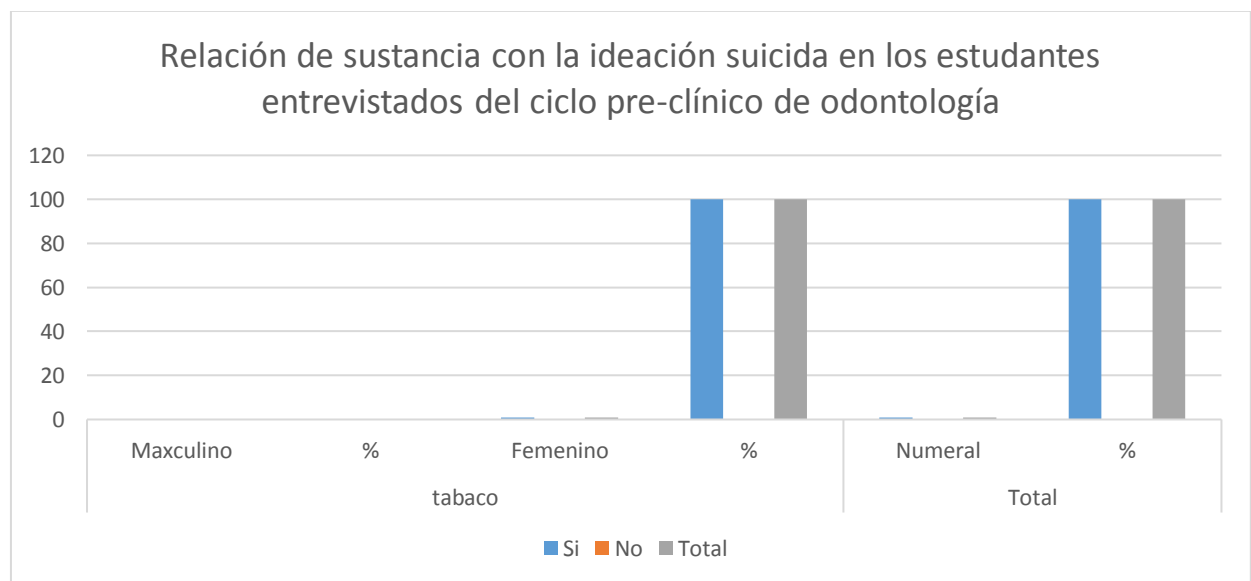
Cuadro 79. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de sustancia con la ideación suicida					
	tabaco				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	1	100.0	1	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 79 se observó que del 100 por ciento de la población masculina el cual fue la población total todos sí relacionan esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 79. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 79.

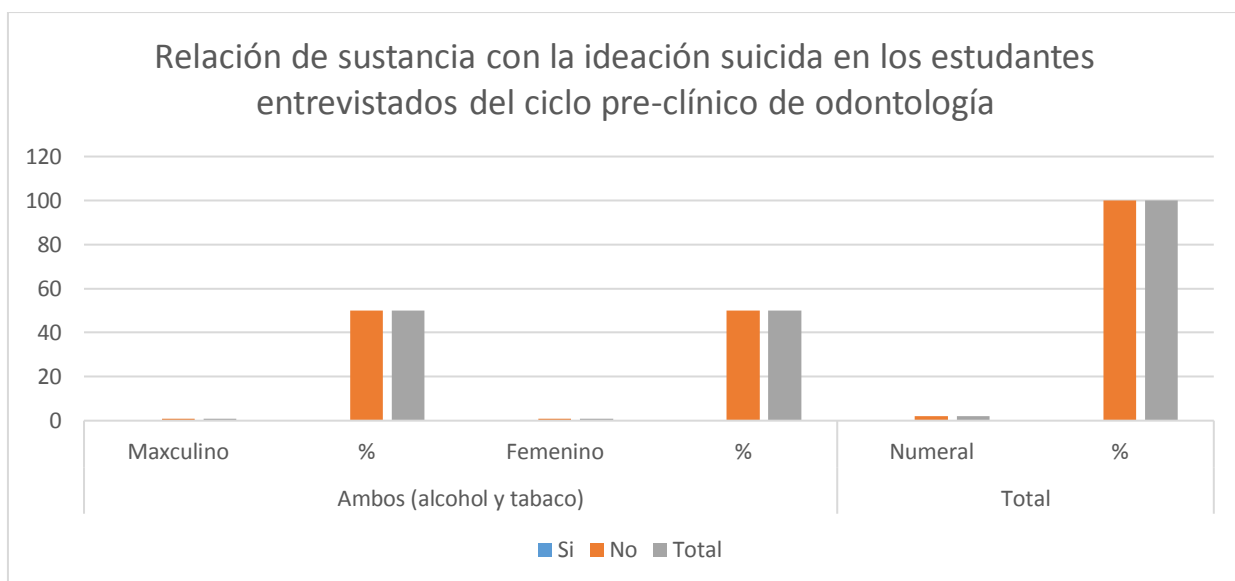
Cuadro 80. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de sustancia con la ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Total	1	50.0	1	50.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 80 se observó que del 50 por ciento del total de población masculino todos no relacionan esta sustancia con la ideación suicida. En cuanto al 50 por ciento restante del sexo femenino todos no relacionan esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 80. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 80.

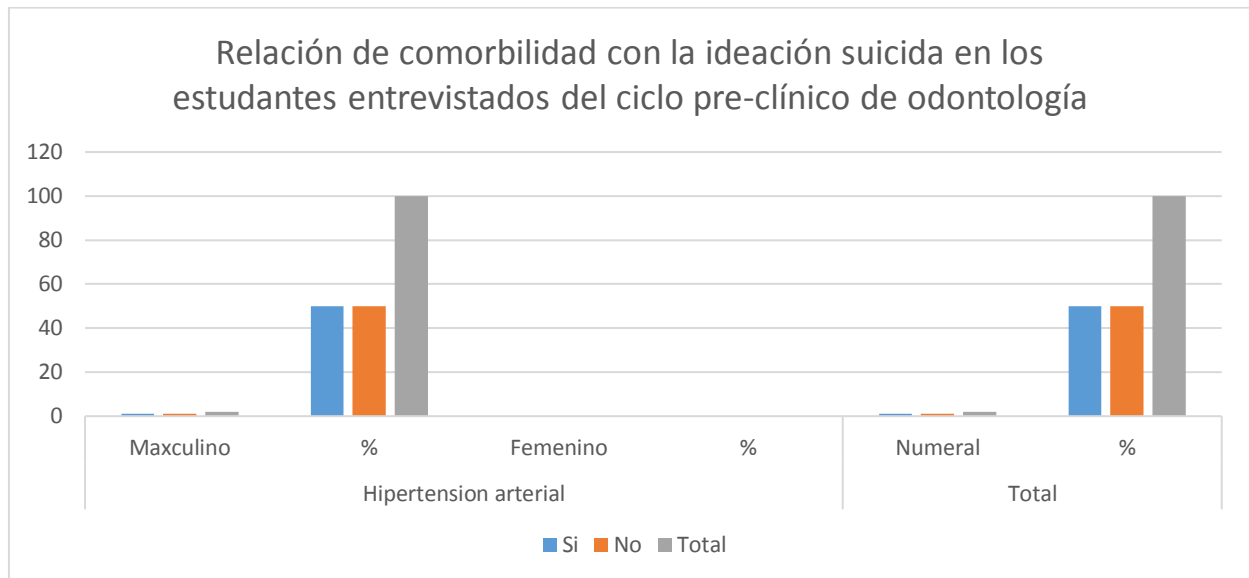
Cuadro 81. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	Hipertensión arterial				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	50.0	0	0.0	1	50.0
No	1	50.0	0	0.0	1	50.0
Total	2	100.0	0	0.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 81 se observó que del 100 por ciento de la población masculina el cuál es el total de población un 50 por ciento sí relacionó esta comorbilidad con la ideación suicida y el otro 50 por ciento restante no relacionó esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 81. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 81.

Cuadro 82. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

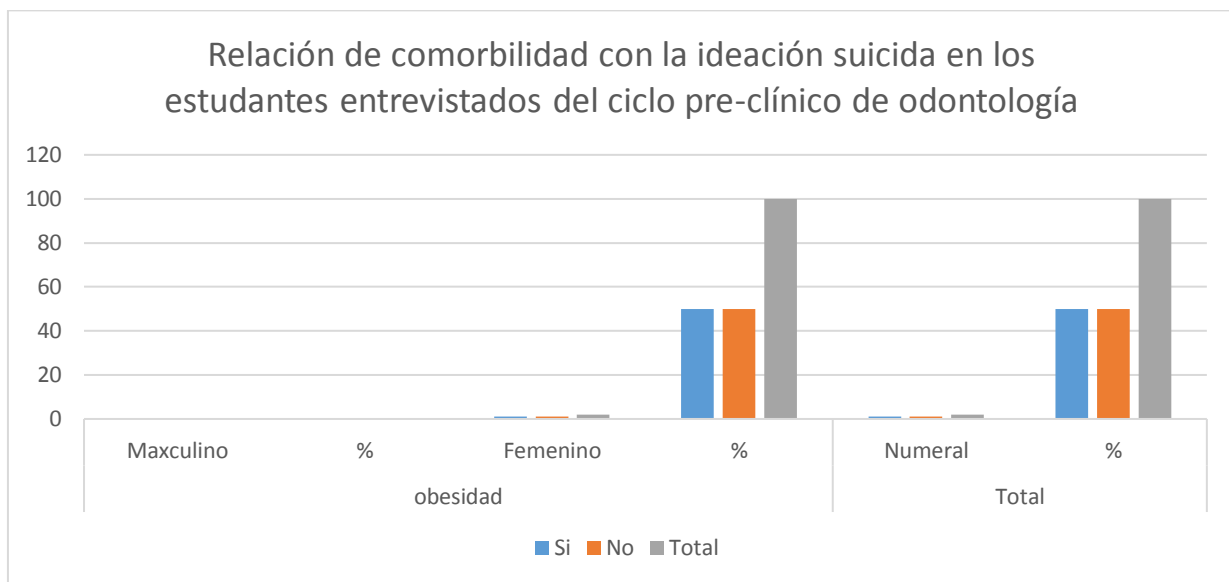
Ideacion suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	1	50.0	1	50.0
No	0	0.0	1	50.0	1	50.0
Total	0	0.0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 82 se observó que del 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de población un 50 por ciento sí relaciona esta comorbilidad con la

ideación suicida y el 50 por ciento restante no relaciona esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 82. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 82.

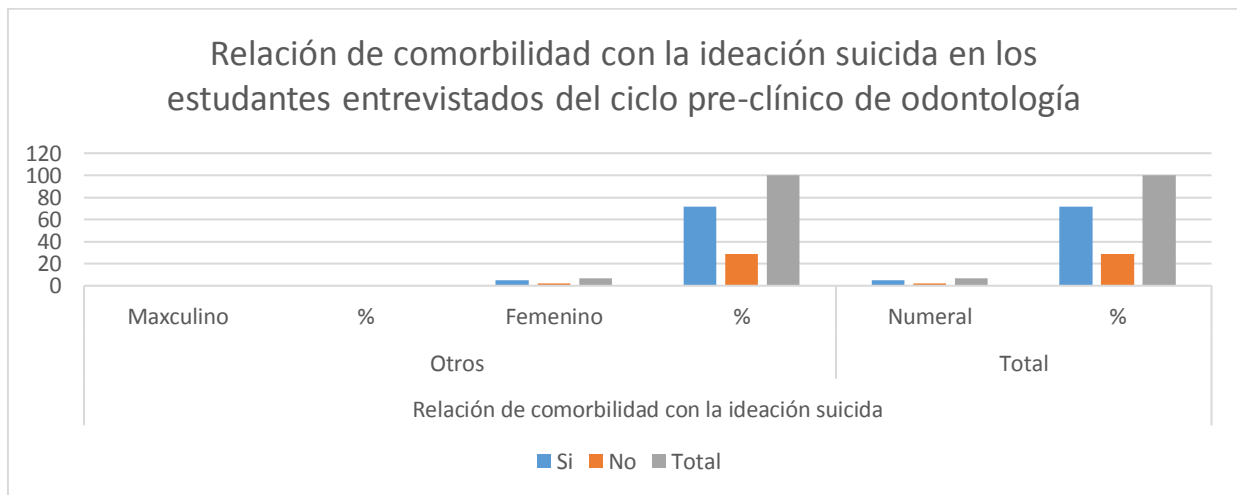
Cuadro 83. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	5	71.4	5	71.4
No	0	0.0	2	28.6	2	28.6
Total	0	0.0	7	100.0	7	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 83 se observó que del 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de la población un 71.4 por ciento si relaciona esta comorbilidad con la ideación suicida y el 28.6 por ciento restante no relaciona esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 83. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 83.

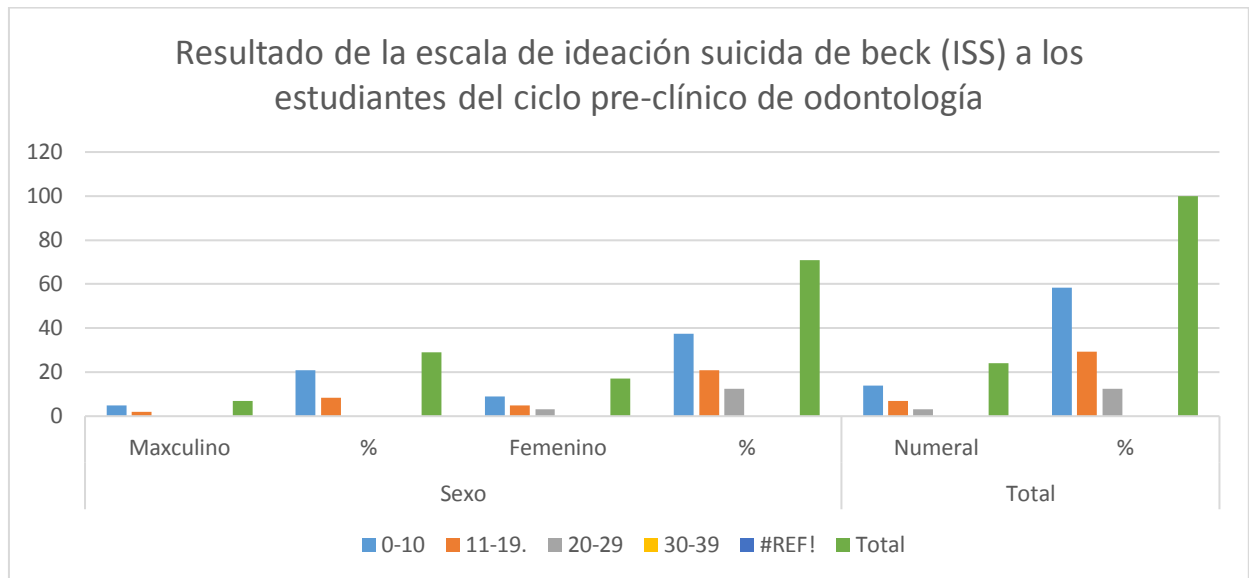
Cuadro 84. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) a los estudiantes del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuacion	Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo pre-clínico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	5	20.8	9	37.5	14	58.3
11-19.	2	8.3	5	20.8	7	29.1
20-29	0	0.0	3	12.5	3	12.5
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	7	29.1	17	70.8	24	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 84 se observó que del 29.1 por ciento de la población masculina un 20.8 por ciento obtuvo una puntuación de 0 a 10 y el 8.3 por ciento restante obtuvo una puntuación de 11 a 19. En cuanto al 70.83 por ciento de la población femenina un 37.50 por ciento obtuvo una puntuación De 0 a 10, 20.8 por ciento obtuvo una puntuación de 11 a 19 y el 12.5 por ciento restante obtuvo una puntuación de 20 a 29.

Gráfico 84. Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) a los estudiantes del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 84.

Cuadro 85. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck (ISS) en estudiantes del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

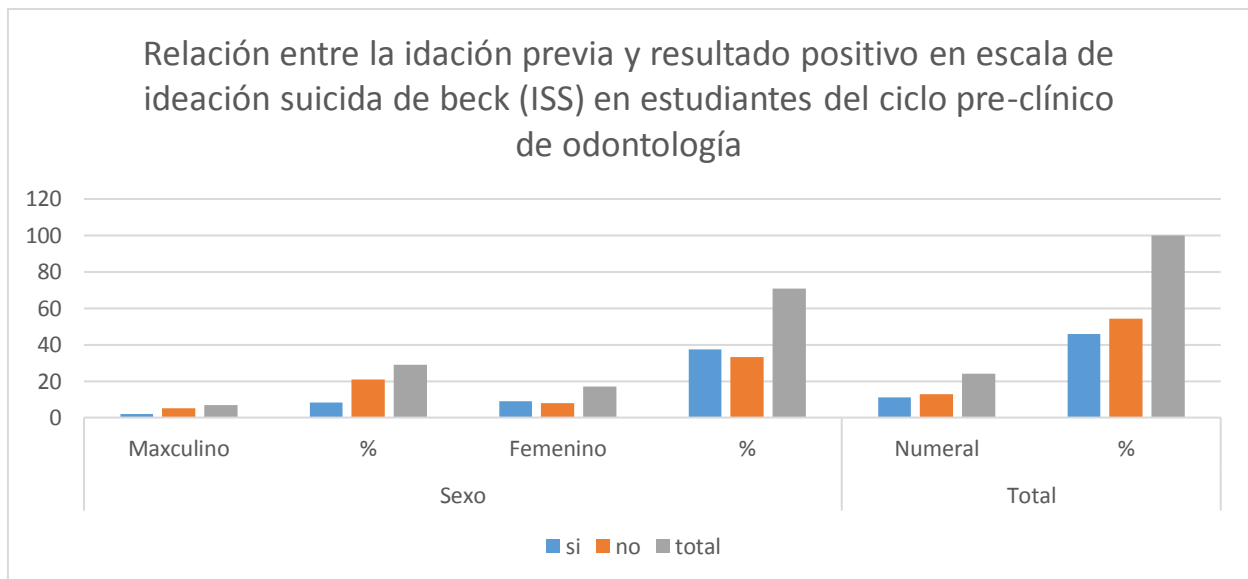
Ideación suicida Puntuacion	Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo pre-clínico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	2	8.3	9	37.5	11	45.8
no	5	20.8	8	33.3	13	54.2
total	7	29.2	17	70.8	24	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 85 se observó que del 29.16 por ciento de la población masculina un 8.33 por ciento sí tuvo relación entre la ideación previa y resultado positivo

en la escala de ideación suicida de Beck, El 20.83 por ciento restante no tuvo relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck. En cuanto al 70.83 por ciento de la población femenina un 37.50 por ciento sí tuvo relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck, El 33.33 por ciento restante no tuvo relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck.

Gráfico 85. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en escala de la ideación suicida de Beck (ISS) en estudiantes del ciclo pre-clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 83.

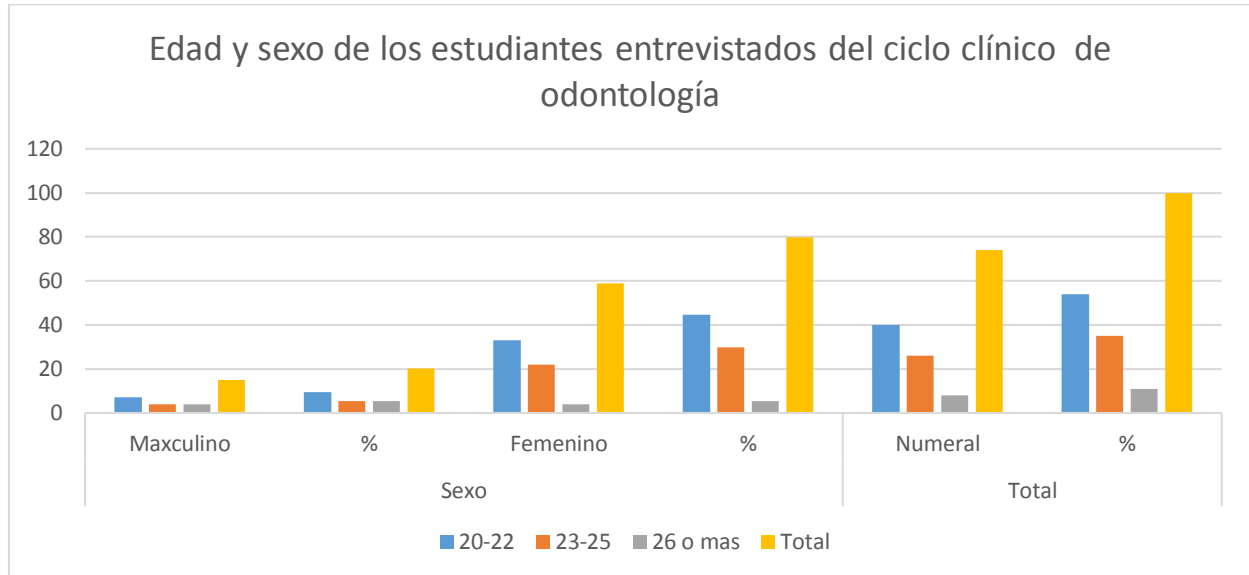
Cuadro 86. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Edad	Edad y sexo de los alumnos entrevistados del ciclo clinico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 22	7	9.5	33	44.6	40	54.1
23-25	4	5.4	22	29.7	26	35.1
26 >	4	5.4	4	5.4	8	10.8
Total	15	20.3	59	79.7	74	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 86 se observó que el 20.5 por ciento de los estudiantes del ciclo clinico encuestada fueron masculina un 9.5 por ciento comprendían edades de 20 a 22 años, 5.4 por ciento de 23 a 25 años y otros 5.4 por ciento de 26 años o más. En cuanto al 79.7 por ciento de la población femenina un 44. 6 por ciento comprendían las edades de 20 a 22 años, 29.7 por ciento de 23 a 25 años y el 5.4 por ciento restante de 26 años o más.

Gráfico 86. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 86.

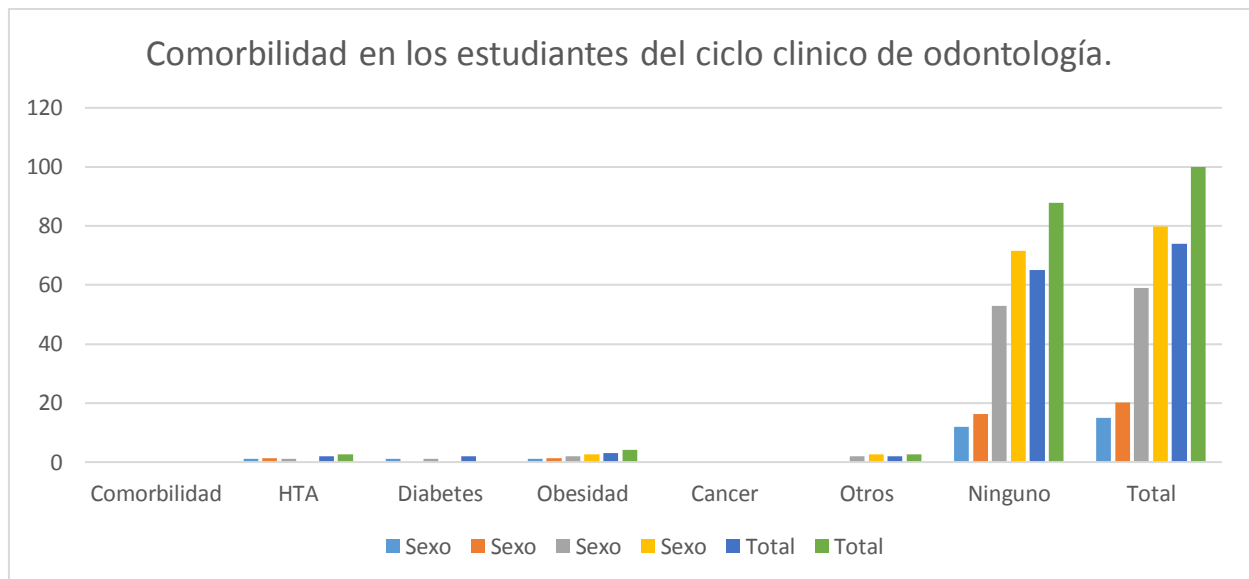
Cuadro 87. Comorbilidad en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

comorbilidad en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología						
Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	1	1.4	1	1.4	2	2.7
Diabetes	1	1.4	1	1.4	2	0.0
Obesidad	1	1.4	2	2.7	3	4.1
Cancer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	0	0.0	2	2.7	2	2.7
Ninguno	12	16.2	53	71.6	65	87.8
Total	15	20.2	59	79.7	74	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 87 se observó que del 20.3 por ciento de la población total masculina un 1.4 por ciento presentaban hipertensión arterial, 1.4 presentaban diabetes, 1.4 por ciento presentaban obesidad y el 16.2 por ciento restante no presentaban comorbilidades. En cuanto al 79.7 por ciento de la población femenina un 1.4 por ciento presentaban hipertensión arterial, 1.4 por ciento presentaban diabetes, 2.7 por ciento presentaban obesidad, 2.7 por ciento presentaban otras comorbilidades y el 71.6 por ciento restante no presentaban comorbilidades.

Gráfico 87. Comorbilidad en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 87.

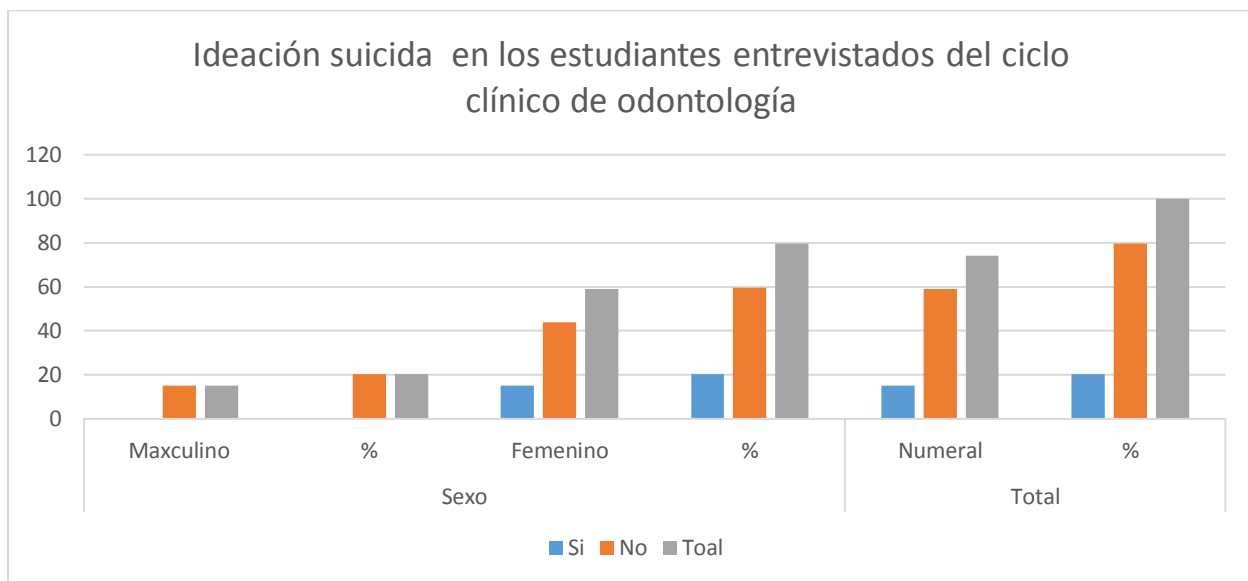
Cuadro 88. Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion	Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	15	20.3	15	20.3
No	15	20.3	44	59.5	59	79.7
Toal	15	20.3	59	79.7	74	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 86 se observó que del 20.3 Por ciento de la población masculina todos no tuvieron ideaciones suicidas. En cuanto al 79.7 por ciento de la población femenina un 20.3 por ciento sí tuvieron ideaciones suicidas y el 59.5 por ciento restante no tuvieron ideaciones suicidas.

Gráfico 86. Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 88.

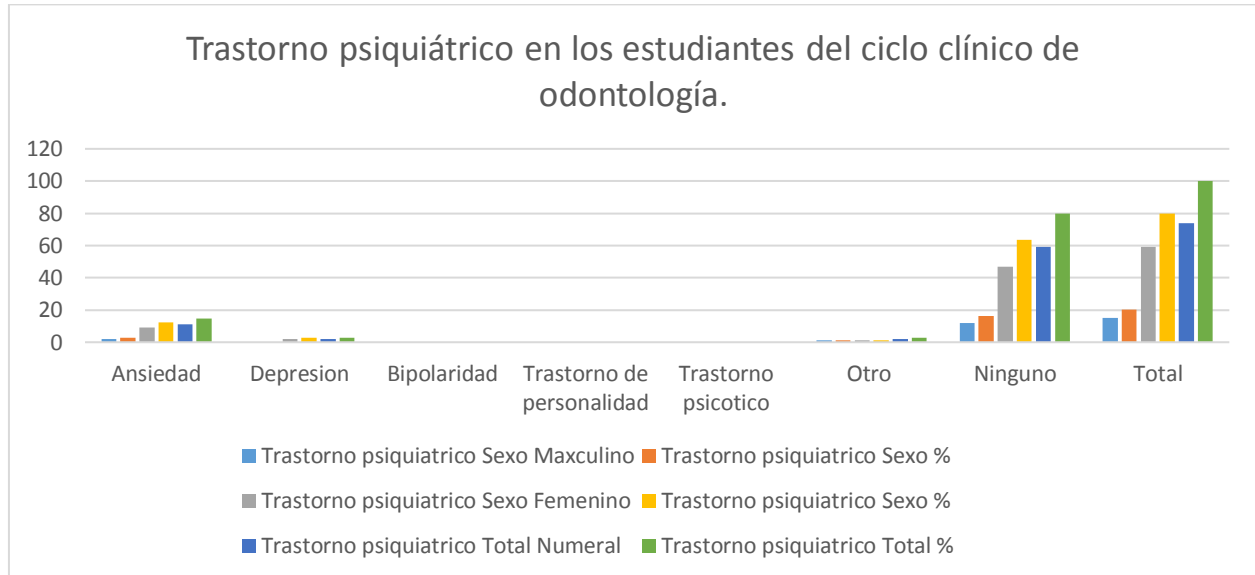
Cuadro 89. Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiátrico	Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	2	2.7	9	12.2	11	14.9
Depresión	0	0.0	2	2.7	2	2.7
Bipolaridad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno de personalidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno psicótico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	1	1.4	1	1.4	2	2.7
Ninguno	12	16.2	47	63.5	59	79.7
Total	15	20.3	59	79.7	74	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 89 se observó que del 20.3 por ciento de la población masculina un 2.7 por ciento presentaba ansiedad, 1.4 por ciento presentaba otro trastorno psiquiátrico y el 16.23 por ciento restante no presentaba trastornos psiquiátricos. En cuanto al 79.7 por ciento de la población femenina un 12.2 por ciento presentaba ansiedad, 2.7 presentaba depresión, 1.4 por ciento presentaba otro trastorno psiquiátrico y el 65.51 restante no presentaba trastorno psiquiátrico.

Gráfico 89. Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 89.

Cuadro 90. Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

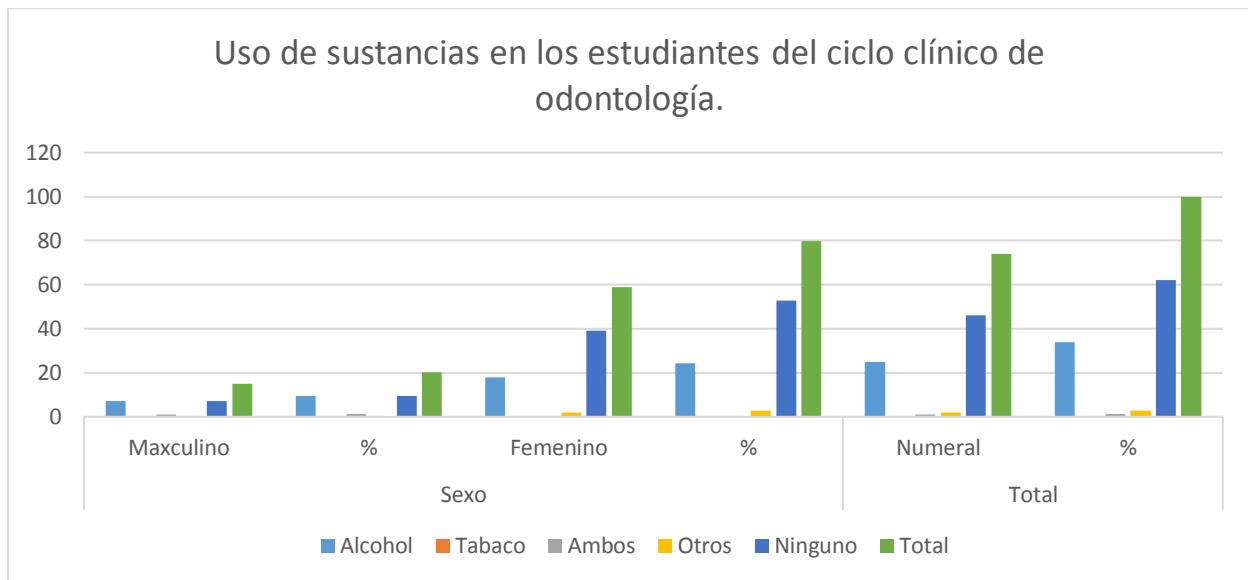
Sustancia	Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	7	9.5	18	24.3	25	33.8
Tabaco	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ambos	1	1.4	0	0.0	1	1.4
Otros	0	0.0	2	2.7	2	2.7
Ninguno	7	9.5	39	52.7	46	62.1
Total	15	20.3	59	79.7	74	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 90 se observó que del 20.3 por ciento de la población masculina unos 9.5 por ciento utiliza alcohol, 1.4 por ciento utilizan ambos (alcohol y tabaco) y un

9.5 por ciento no utiliza ningún tipo de sustancia. En cuanto al 79.7 por ciento de la población femenina un 24.3 por ciento utiliza alcohol, un 2.7 por ciento utilizan otros tipos de sustancia y el 52.7 por ciento restante no utiliza sustancias.

Gráfico 90. Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 90.

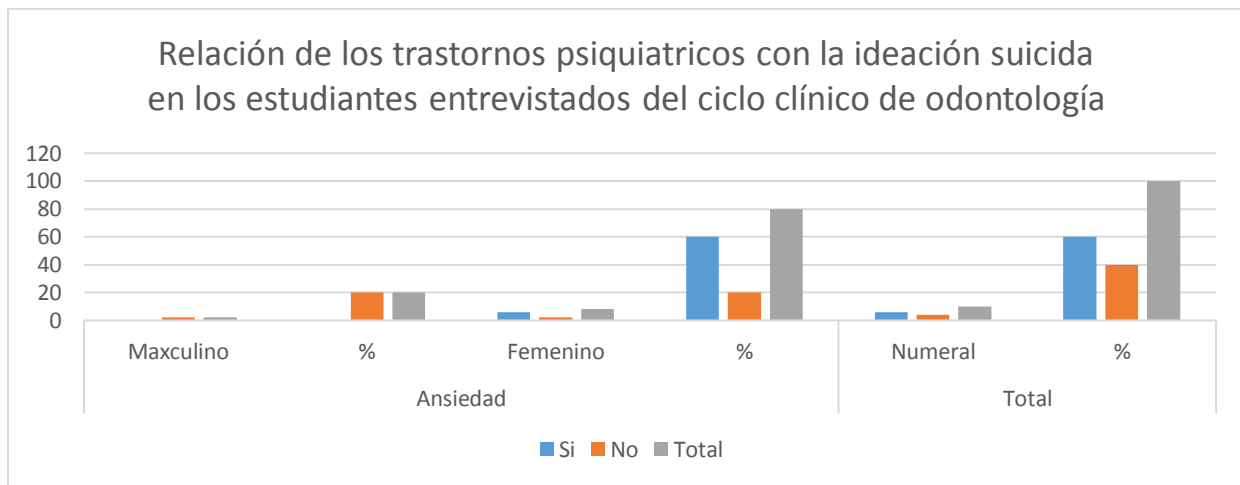
Cuadro 91. Relación de los trastornos psiquiatricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	6	60.0	6	60.0
No	2	20.0	2	20.0	4	40.0
Total	2	20.0	8	80.0	10	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 91 se observó que del 20 por ciento de la población masculina todos no relacionan su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida. En cuanto al 80 por ciento de la población femenina se observó que un 60 por ciento sí relaciona su trastorno psiquiátrico con ideación suicida y el 20 por ciento restante no relaciona su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 91. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 91.

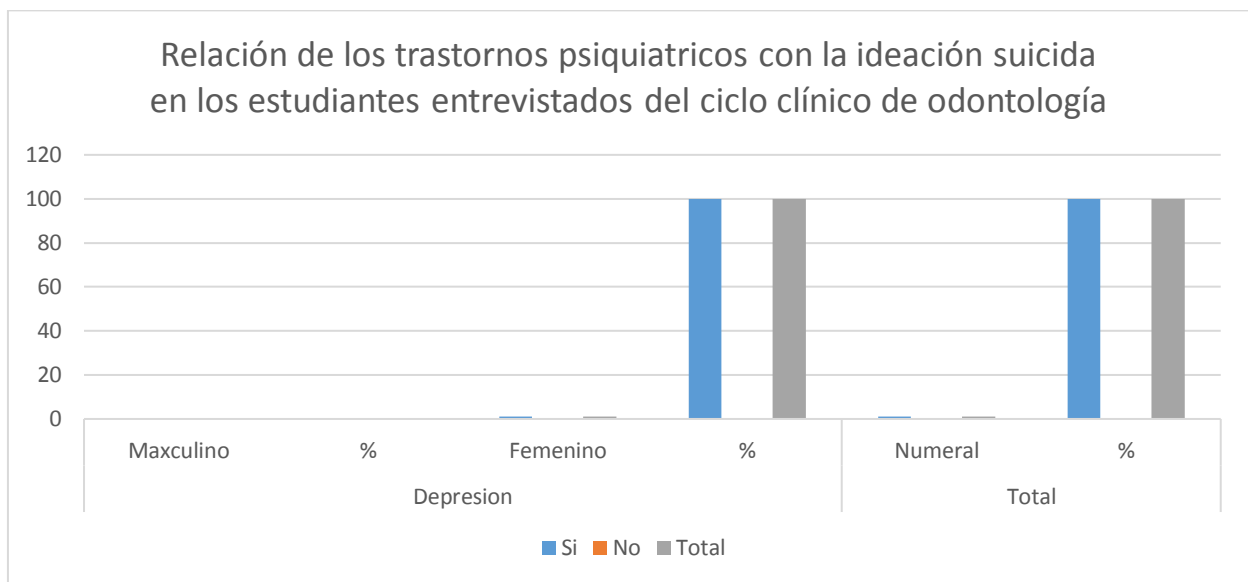
Cuadro 92. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación trastorno psiquiátrico con ideación suicida					
	Depresión				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	1	100.0	1	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 92 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es la población total sí relacionó su trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 92. Relación de los trastornos psiquiatricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 92.

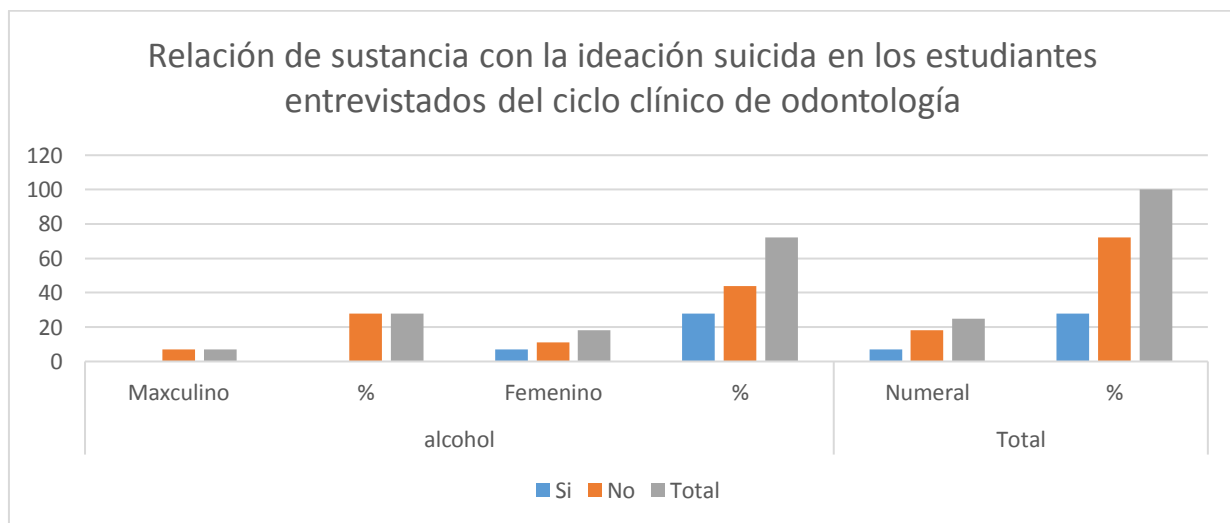
Cuadro 93. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estuidantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion suicida	Relación de sustancia con la ideación suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	7	28.0	7	28.0
No	7	28.0	11	44.0	18	72.0
Total	7	28.0	18	72.0	25	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 93 se observó que el 28 por ciento del total de población masculina no relacionó esta sustancia con la ideación suicida. En cuanto al 72 por ciento de la población femenina un 28 por ciento si relacionó esta sustancia con la ideación suicida y el 44 por ciento restante no relacionó esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 93. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 93.

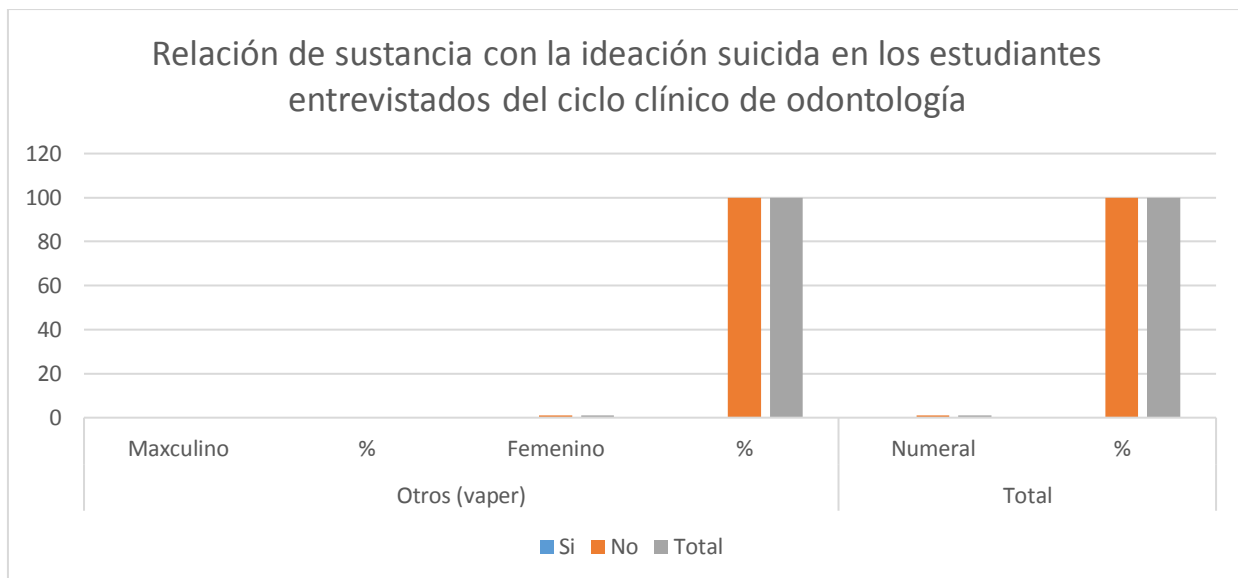
Cuadro 94. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de sustancia con la ideación suicida					
	Otros (vaper)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 94 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es la población total todos no relacionaron esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 94. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 94.

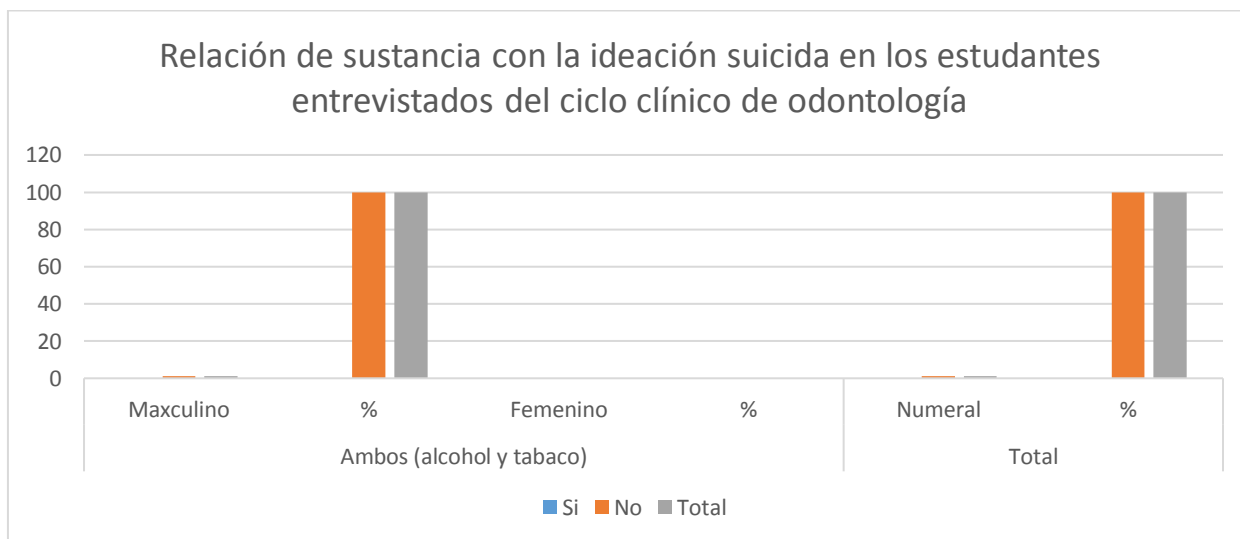
Cuadro 95. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de sustancia con la ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Total	1	100.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 95 se observó que del 100 por ciento de la población masculina el cuál es la población total todos no relacionaron esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 95. Relación de sustancia con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 95.

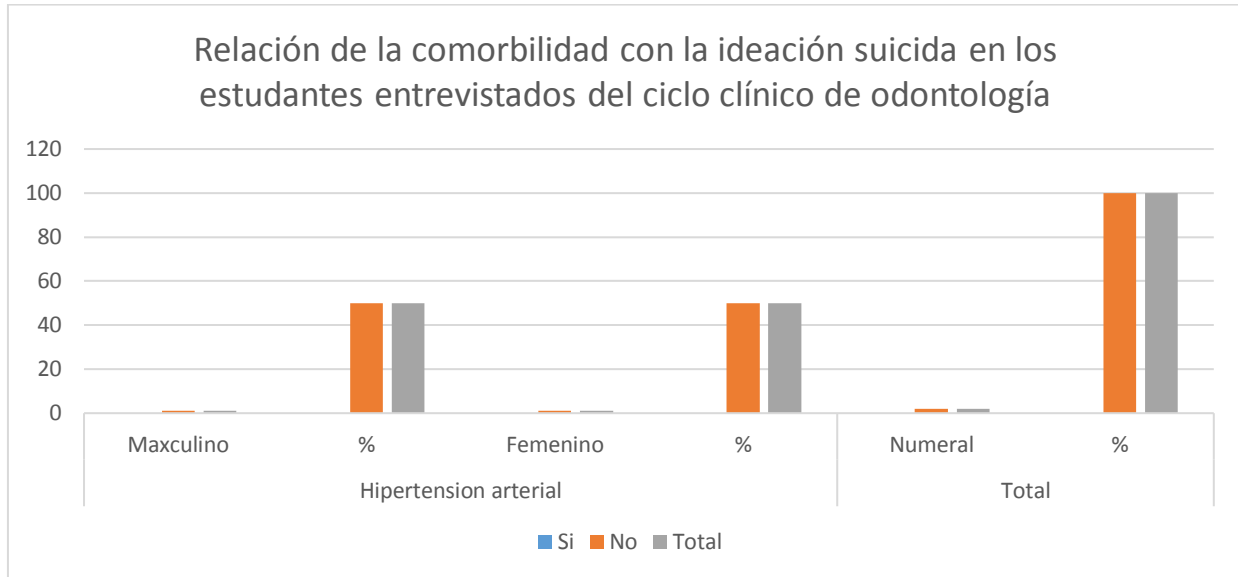
Cuadro 96. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de la comorbilidad con la ideación suicida					
	Hipertension arterial				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Total	1	50.0	1	50.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 96 se observó que del 50 por ciento de la población masculina todos no relacionaron la comorbilidad con la ideación suicida. En cuanto al 50 por ciento restante de la población femenina todos no relacionaron la comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 96. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 96.

Cuadro 97. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

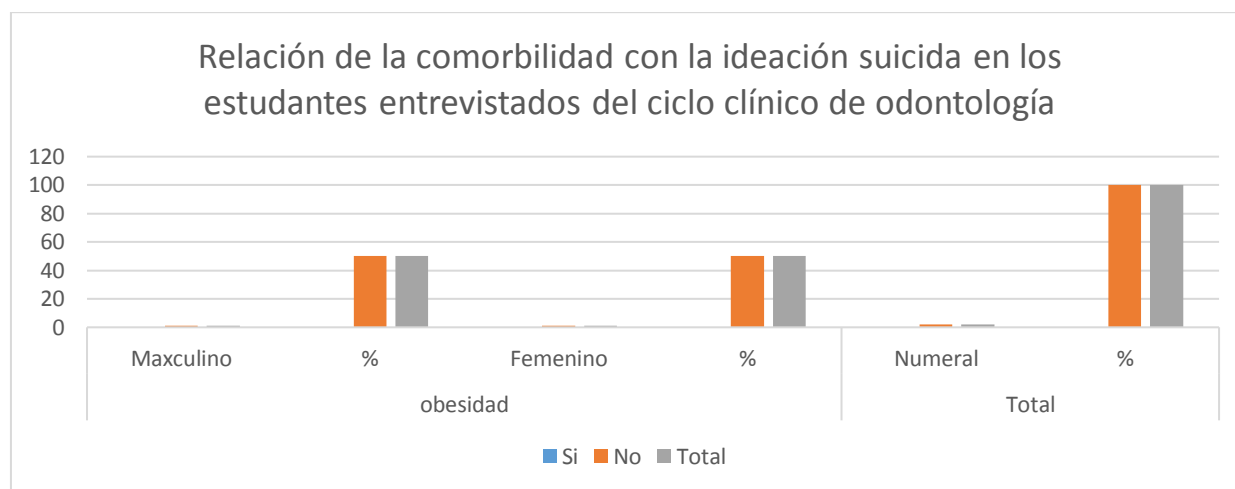
Ideacion suicida	Relación de la comorbilidad con la ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Total	1	50.0	1	50.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 97 se observó que del 50 por ciento de la población masculina todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida. En cuanto al 50 por

ciento restante de la población femenina todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 97. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 97.

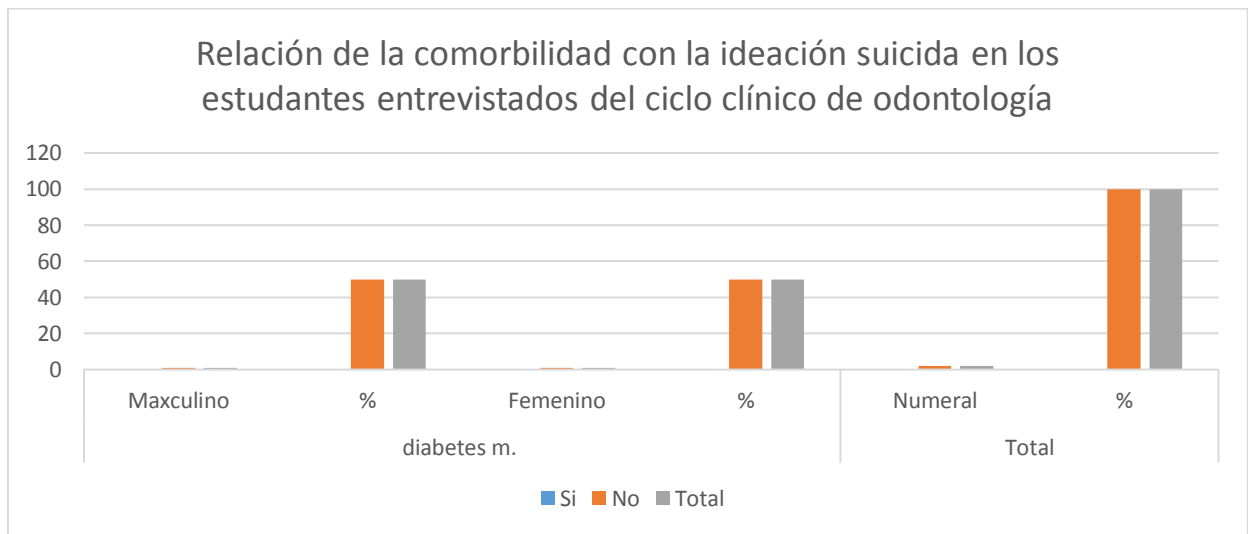
Cuadro 98. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de la comorbilidad con la ideación suicida					
	diabetes m.				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Total	1	50.0	1	50.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 98 se observó que del 50 por ciento de la población masculina todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida. En cuanto al 50 por ciento restante de la población femenina todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 98. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 98.

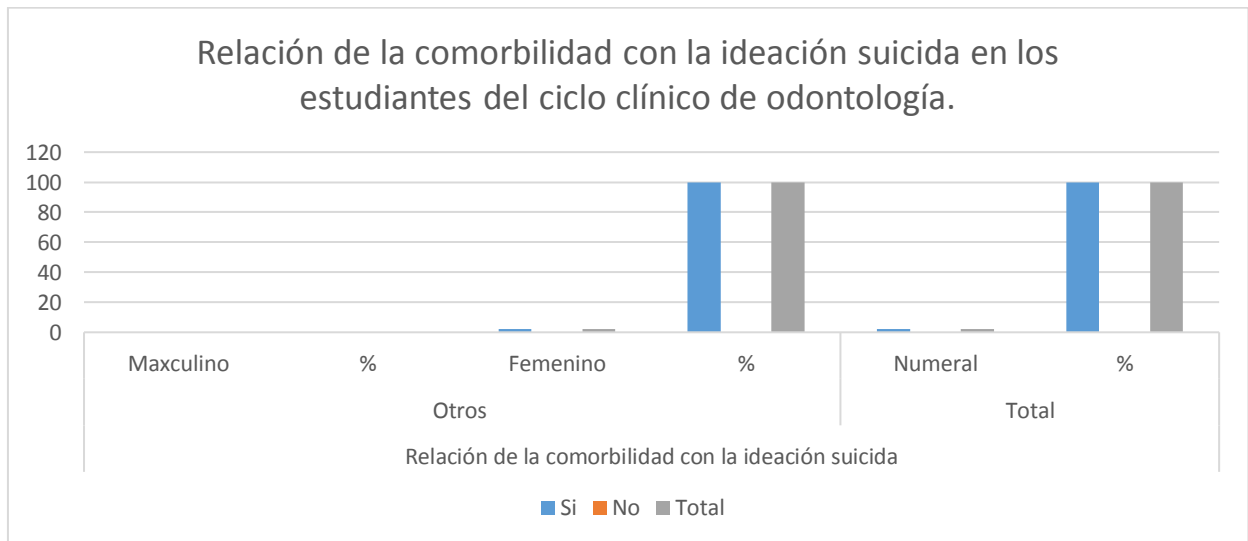
Cuadro 99. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de la comorbilidad con la ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	100.0	2	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 99 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de población todos sí relacionan otras comorbilidades con la ideación suicida.

Gráfico 99. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 99.

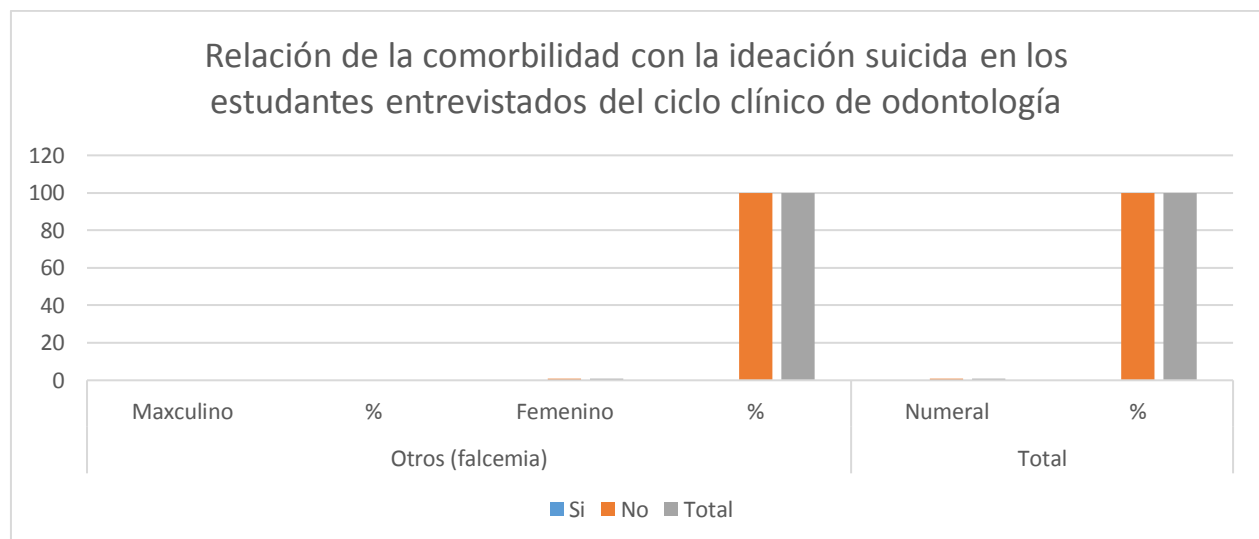
Cuadro 100. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de la comorbilidad con la ideación suicida					
	Otros (falcemia)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 100 se observó que del 100 por ciento de la población femenina el cuál es la población total todos no relacionan esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 100. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 100.

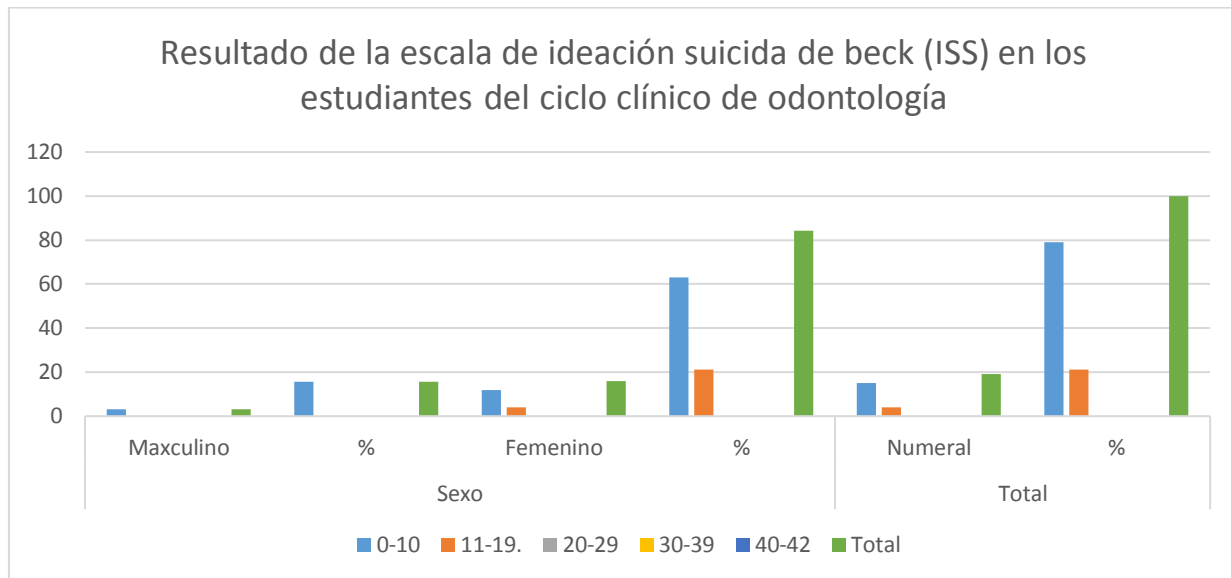
Cuadro 101. Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) en los estudiantes del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuacion	Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo clinico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	3	15.8	12	63.2	15	78.9
11-19.	0	0.0	4	21.1	4	21.1
20-29	0	0.	0	0.0	0	0.0
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	3	15.8	16	84.2	19	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 101 se observó que del 15.8 por ciento de la población masculina todos obtuvieron una puntuación entre 0 a 10 puntos. En cuanto al 84.2 por ciento restante de la población femenina se observó que un 63.2 por ciento obtuvieron una puntuación entre 0 a 10 puntos, el 21.1 por ciento restante obtuvieron una puntuación entre 11 a 19 puntos.

Gráfico 101. Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) en los estudiantes del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 101.

Cuadro 102. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

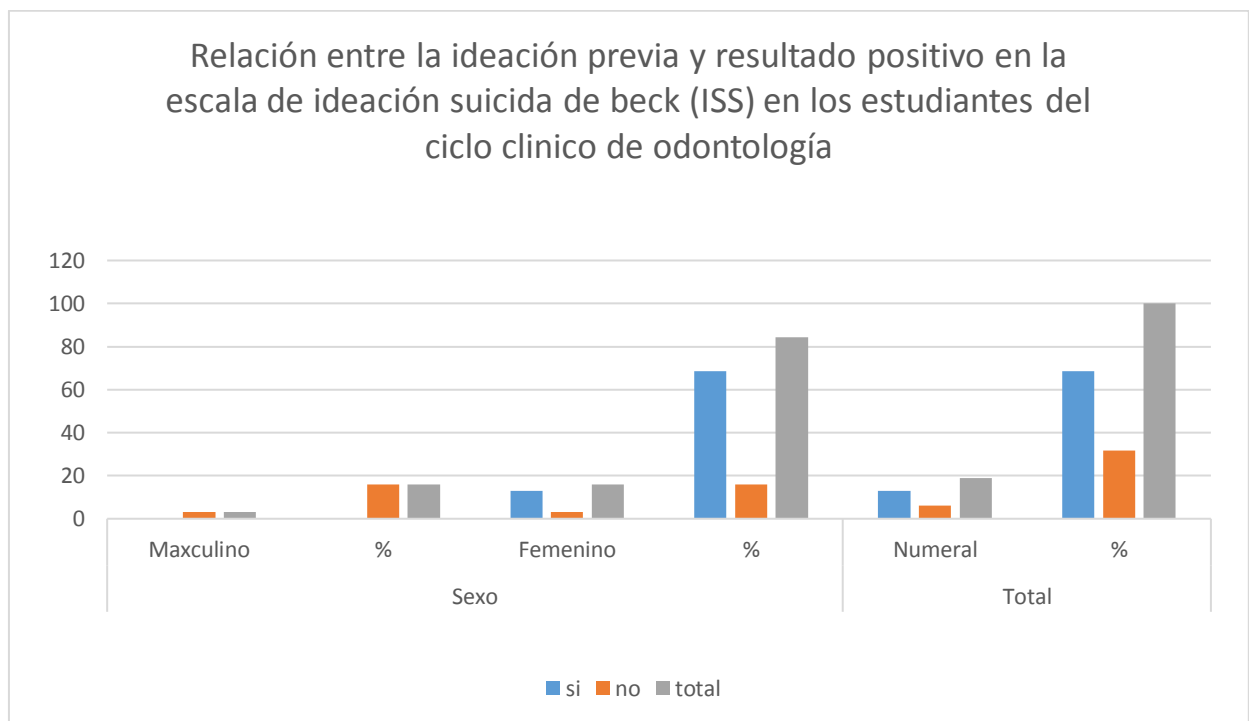
Ideación suicida Puntuación	Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo clínico					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	0	0.0	13	68.4	13	68.4
no	3	15.8	3	15.8	6	31.6
total	3	15.8	16	84.2	19	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 102 se observó que del 15.8 por ciento de la población masculina todos no tuvieron relación entre la ideación previa y resultado positivo en la

escala de ideación suicida de Beck. En cuanto al 84.2 por ciento de la población femenina se observó que un 68.4 por ciento sí tuvieron relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck, el 15.8 por ciento restante no tuvo relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck.

Gráfico 102. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes del ciclo clínico de odontología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



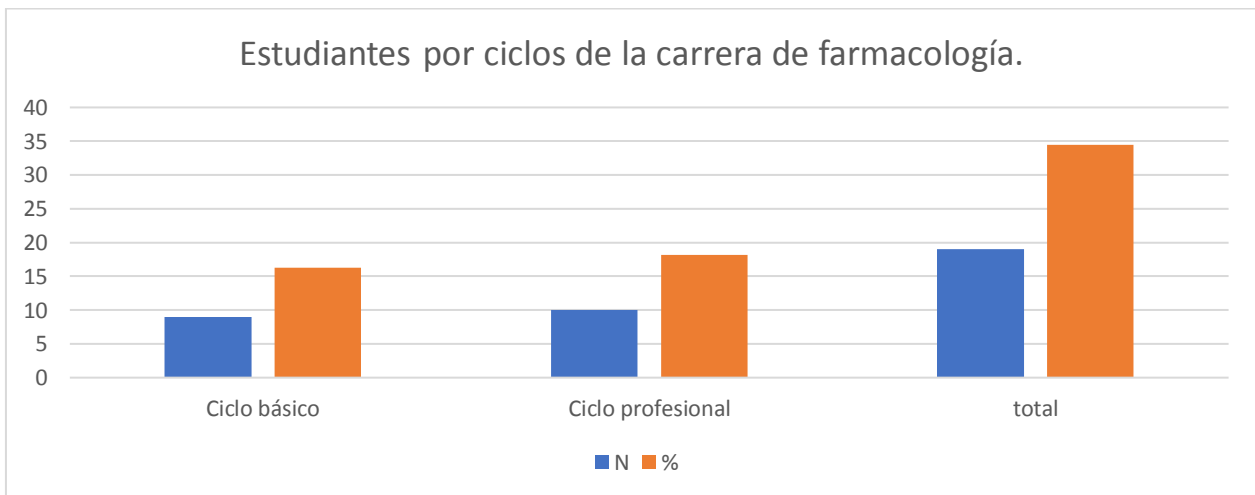
Fuente: cuadro 102.

Cuadro 103. Muestra global de positivos al analizar la ideación suicida en los estudiantes entrevistados de la carrera de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña febrero 2019 – agosto 2020.

Estudiantes por ciclos de la carrera de farmacología.	N	%
Ciclo básico	9	16.3
Ciclo profesional	10	18.1
total	19	34.5

Al analizar el siguiente cuadro se observó que del 100.0 por ciento de los estudiantes de la carrera de farmacología en la muestra global solo un 34.5 por ciento presentaron ideaciones suicidas y el por ciento restante no presentaron ideaciones suicidas.

Gráfico 103. Muestra global de positivos al analizar la ideación suicida en los estudiantes entrevistados de la carrera de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña febrero 2019 – agosto 2020.



Fuente: cuadro 103.

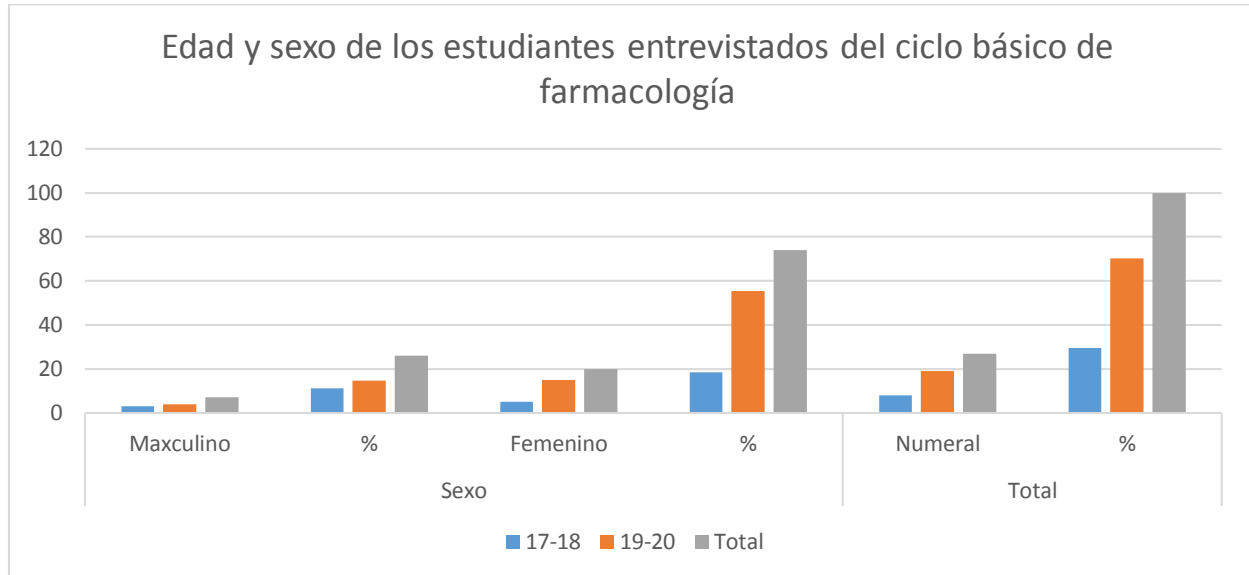
Cuadro 104. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Edad	Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 18	3	11.1	5	18.5	8	29.6
19 >	4	14.8	15	55.6	19	70.4
Total	7	25.9	20	74.1	27	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 104 se observó que el 25.9 por ciento de los estudiantes del ciclo básico encuestada fueron masculina un 11.1 por ciento presentaban edades de 17 y 18 años de edad y un 14.8 por ciento presentaban edades de 19 y 20 años de edad. En cuanto al 74.1 por ciento de la población femenina un 18.5 por ciento presentaban edades de 17 y 18 años de edad y un 55.6 por ciento presentaban edades de 19 y 20 años de edad.

Gráfico 104. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 104.

Cuadro 105. Comorbilidad en estudiantes entevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

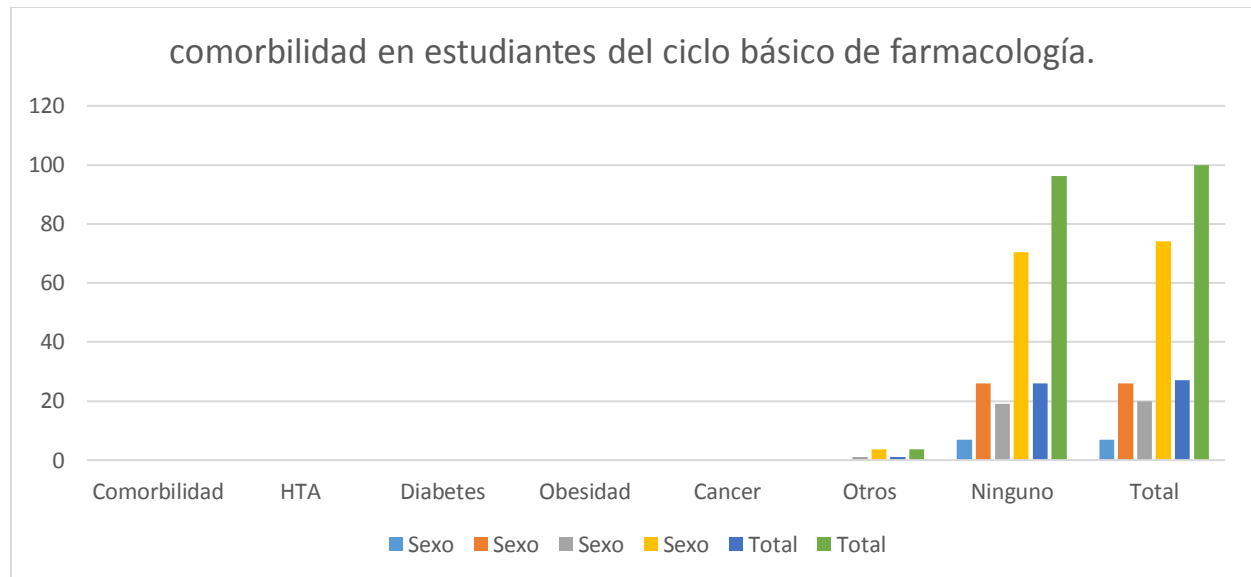
comorbilidad en estudiantes entevistados del ciclo básico de farmacología						
Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Obesidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cancer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	0	0.0	1	3.7	1	3.7
Ninguno	7	25.9	19	70.4	26	96.3
Total	7	25.9	20	74.1	27	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 105 se observó qué del 25.9 por ciento de la población masculina todos no presentaron ninguna comorbilidad. En cuanto al 74.1 por ciento de la

población femenina un 3.7 por ciento presentaron otras comorbilidades y un 70.4 por ciento no presentaron comorbilidad.

Gráfico 105. Comorbilidad en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 105.

Cuadro 106. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

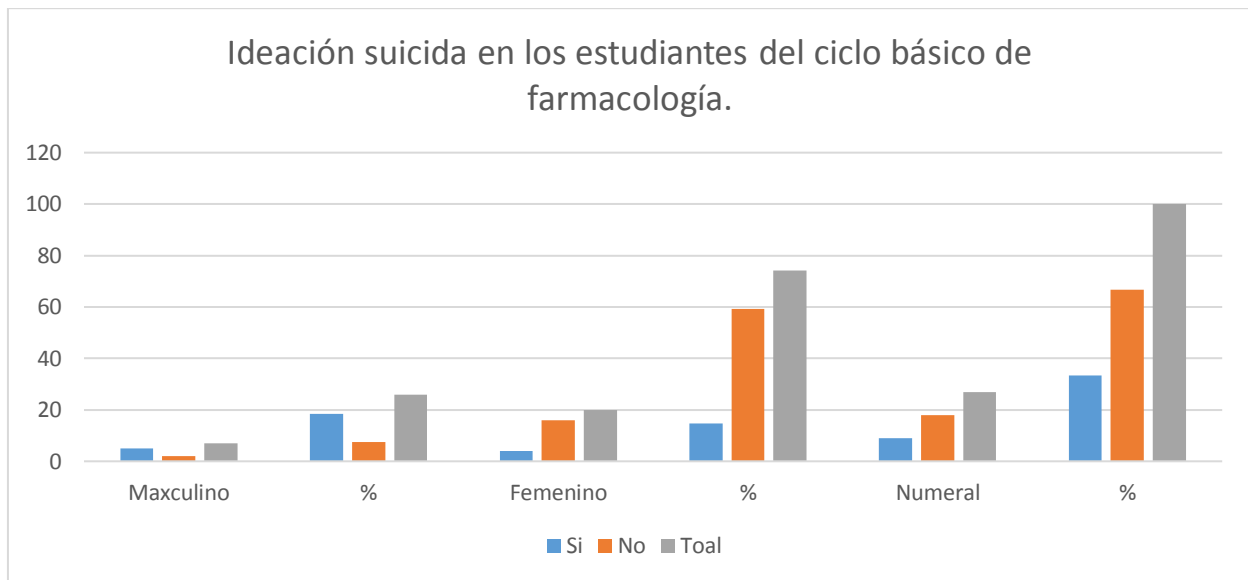
Ideación	Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	5	18.5	4	14.8	9	33.3
No	2	7.4	16	59.3	18	66.7
Toal	7	25.9	20	74.1	27	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 106 se observó que del 25.9 por ciento de la población masculina un 18.5 por ciento sí tenían ideaciones suicidas y un 7.4 por ciento no

presentaban ideaciones suicidas. En cuanto al 74.1 por ciento de la población femenina un 14.8 por ciento sí tenían ideaciones suicidas, el 59.3 por ciento restante no presentaban ideaciones suicidas.

Gráfico 106. Ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 106.

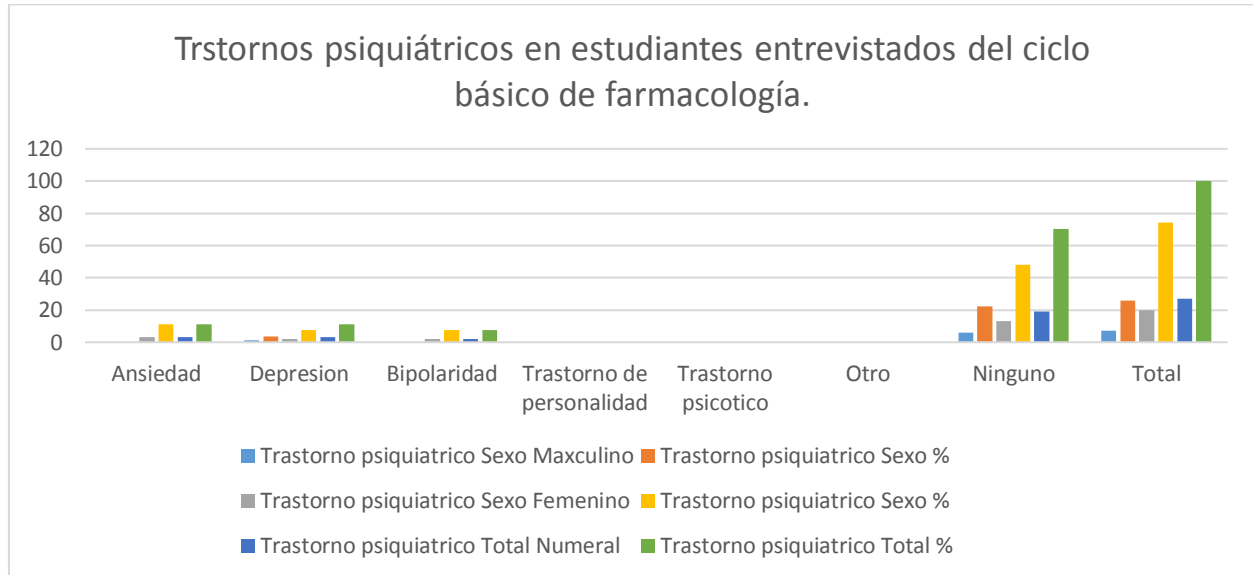
Cuadro 107. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiatrico	Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	0	0.0	3	11.1	3	11.1
Depresion	1	3.7	2	7.4	3	11.1
Bipolaridad	0	0.0	2	7.4	2	7.4
Trastorno de personalidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno psicotico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguno	6	22.2	13	48.2	19	70.4
Total	7	25.9	20	74.1	27	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 107 se observó que del 25.9 por ciento de la población masculina un 3.7 por ciento presentaba depresión, el 22.2 por ciento restante no presentaba ningún tipo de trastorno psiquiátrico. En cuanto al 74.1 por ciento de la población femenina un 11.1 por ciento presentaba ansiedad, 7.4 por ciento presentaba depresión, otros 7.4 por ciento presentaba bipolaridad y el 48.2 por ciento restante no presentaba ningún tipo de trastorno psiquiátrico.

Gráfico 107. Trastornos psiquiátricos en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 107.

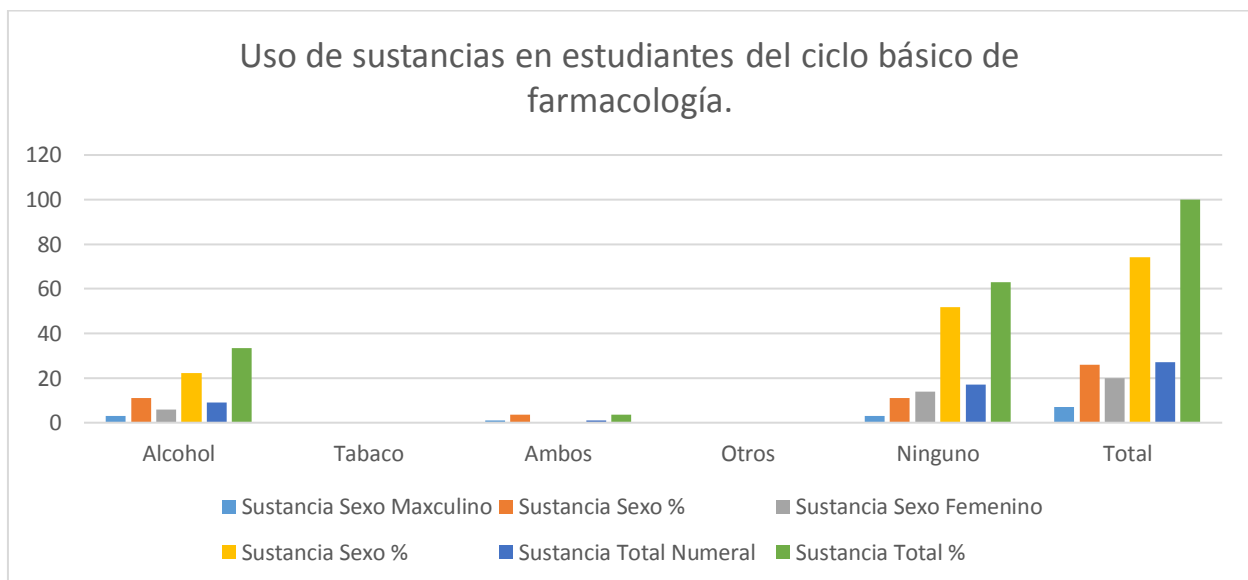
Cuadro 108. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Sustancia	Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	3	11.1	6	22.2	9	33.3
Tabaco	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ambos	1	3.7	0	0.0	1	3.7
Otros	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguno	3	11.1	14	51.9	17	63.0
Total	7	25.9	20	74.1	27	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 108 se observó que del 25.9 por ciento de la población femenina un 11.1 por ciento utilizó alcohol como sustancia, 3.7 por ciento utilizaron ambos (alcohol y tabaco) como sustancias, el 11.1 por ciento restante no utilizaron ningún tipo de sustancia. En cuanto al 74.1 por ciento de la población femenina un 22.2 por ciento utilizó alcohol como sustancia, el 51.9 por ciento restante no utilizó ningún tipo de sustancia.

Gráfico 108. Uso de sustancias en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 108.

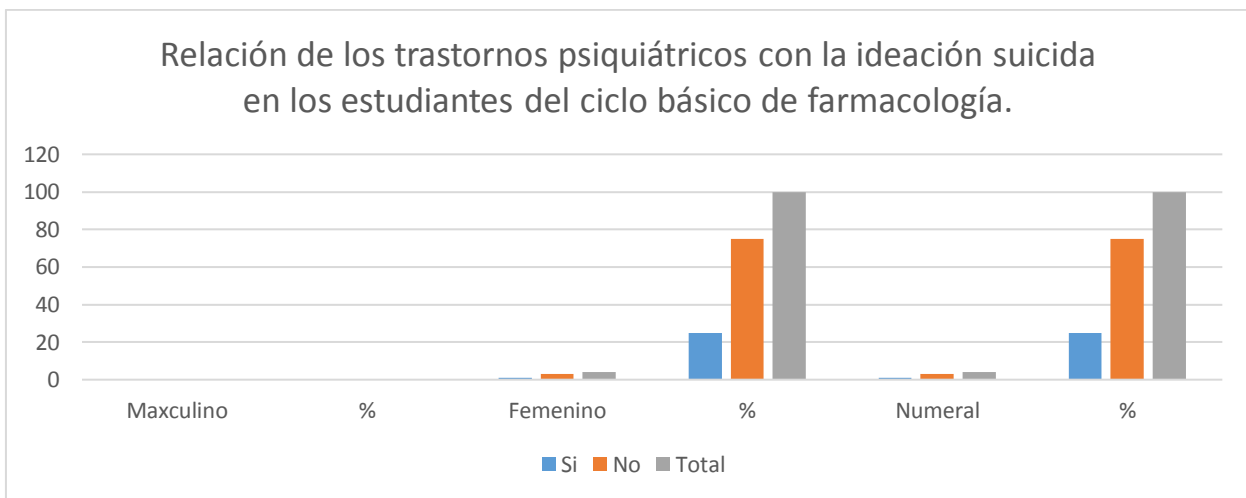
Cuadro 109. Relación del trastorno psiquiátrico con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastorno psiquiátrico con la ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	1	25.0	1	25.0
No	0	0.0	3	75.0	3	75.0
Total	0	0.0	4	100.0	4	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 109 se observó que del 100 por ciento de la población femenina el cuál es la población total un 25 por ciento sí relacionó este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida y el 75 por ciento restante no relacionó este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 109. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 109.

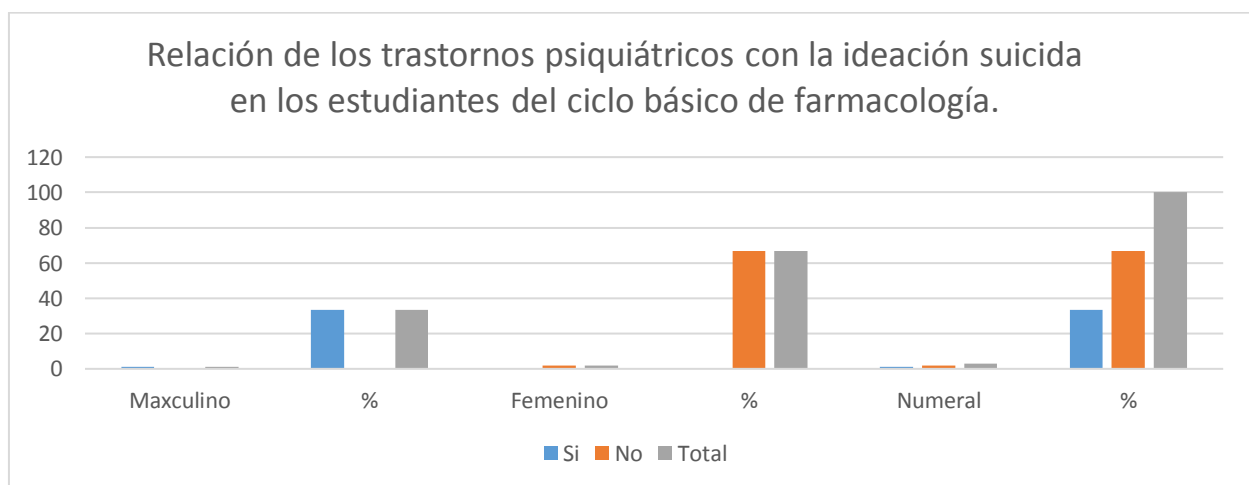
Cuadro 110. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastorno psiquiátrico con la ideación suicida					
	Depresion				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	33.3	0	0.0	1	33.3
No	0	0.0	2	66.7	2	66.7
Total	1	33.3	2	66.7	3	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 110 se observó que del 33.3 por ciento de la población masculina todos sí relacionaron este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida. En cuanto al 66.7 por ciento de la población femenina todos no relacionaron este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 110. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 110.

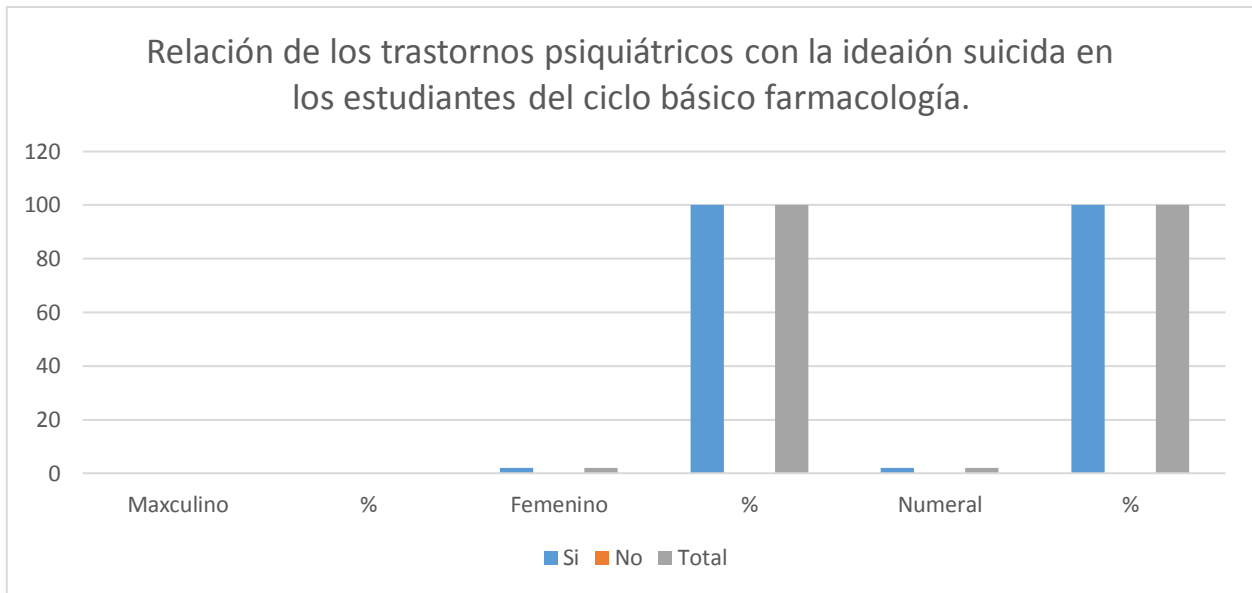
Cuadro 111. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastorno psiquiátrico con la ideación suicida					
	Otros (bipolaridad)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	100.0	2	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 111 se observó que del 100 por ciento de la población femenina el cuál es la población total todos sí relacionaron este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 111. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 111.

Cuadro 112. Relación de las sustancias con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

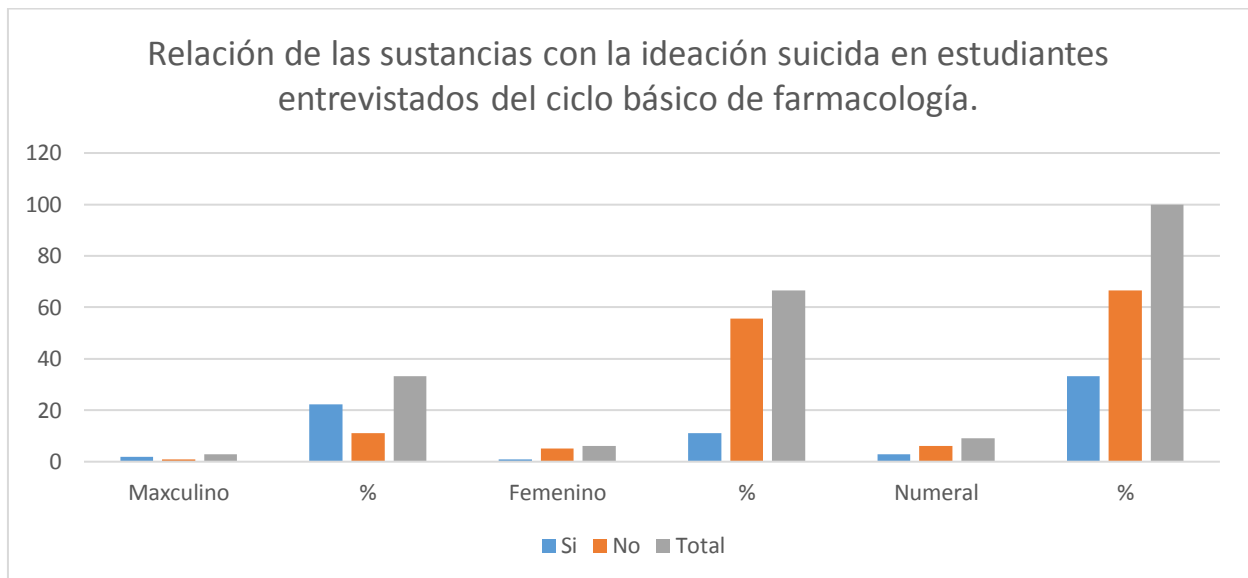
Ideación suicida	Relación de las sustancia con la ideación suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	2	22.2	1	11.1	3	33.3
No	1	11.1	5	55.6	6	66.8
Total	3	33.3	6	66.7	9	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 112 se observó que del 33.3 por ciento de la población masculina un 22.2 por ciento si relacionó esta sustancia con la ideación suicida, un 11.1

por ciento no relacionó esta sustancia con la ideación suicida. En cuanto al 66.7 por ciento de la población femenina un 11.1 por ciento sí relacionó esta sustancia con la ideación suicida y el 55.6 por ciento restante no relacionó esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 112. Relación de las sustancias con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 112.

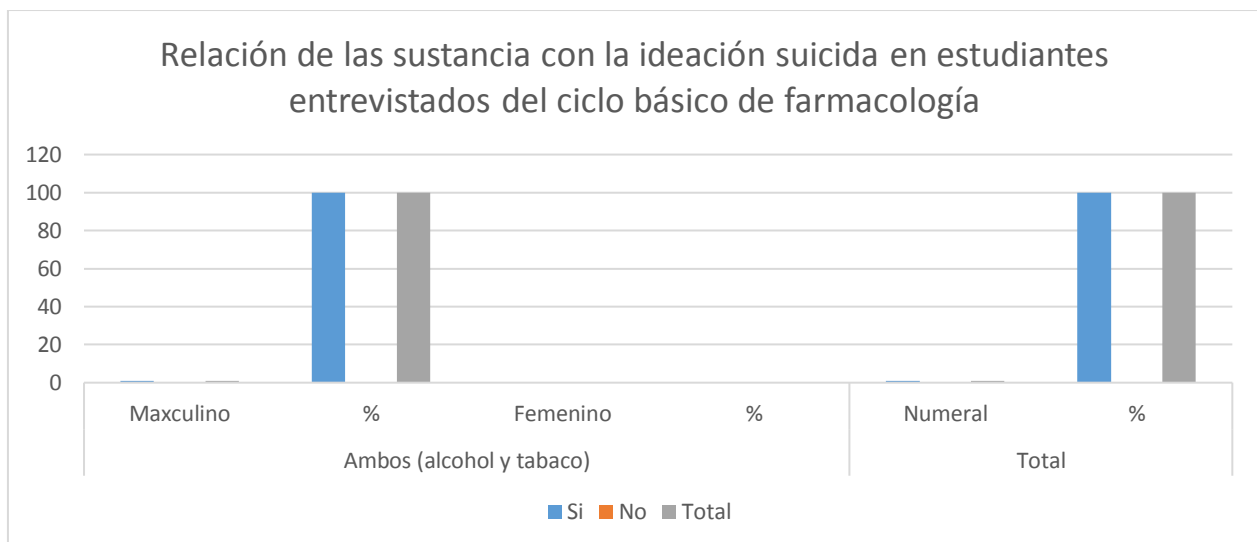
Cuadro 113. Relación de las sustancias con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastorno psiquiátrico con la ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	1	100.0	0	0.0	1	100.0
No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1	100.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 113 se observó que del 100 por ciento de la población masculina el cuál es la población total todos sí relacionaron esta sustancia con los trastornos siquiátricos.

Gráfico 113. Relación de las sustancias con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 113.

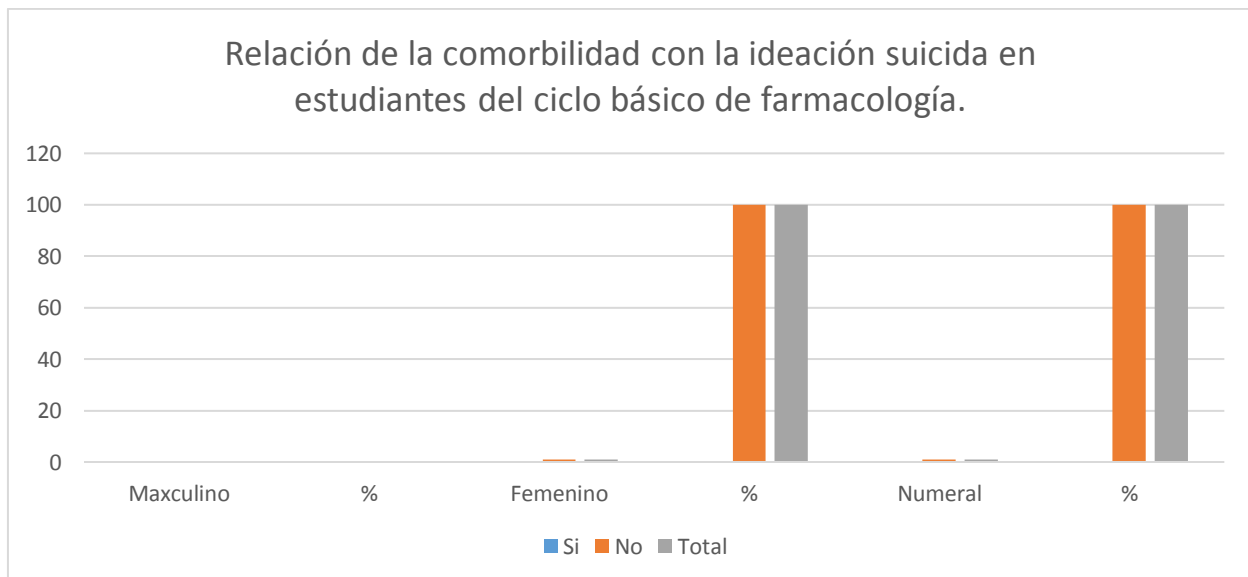
Cuadro 114. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de la comorbilidad con la ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 114 se observó que del 100 por ciento de la población femenina el cuál es la población total todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 114. Relación de la comorbilidad con la ideación suicida en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 114.

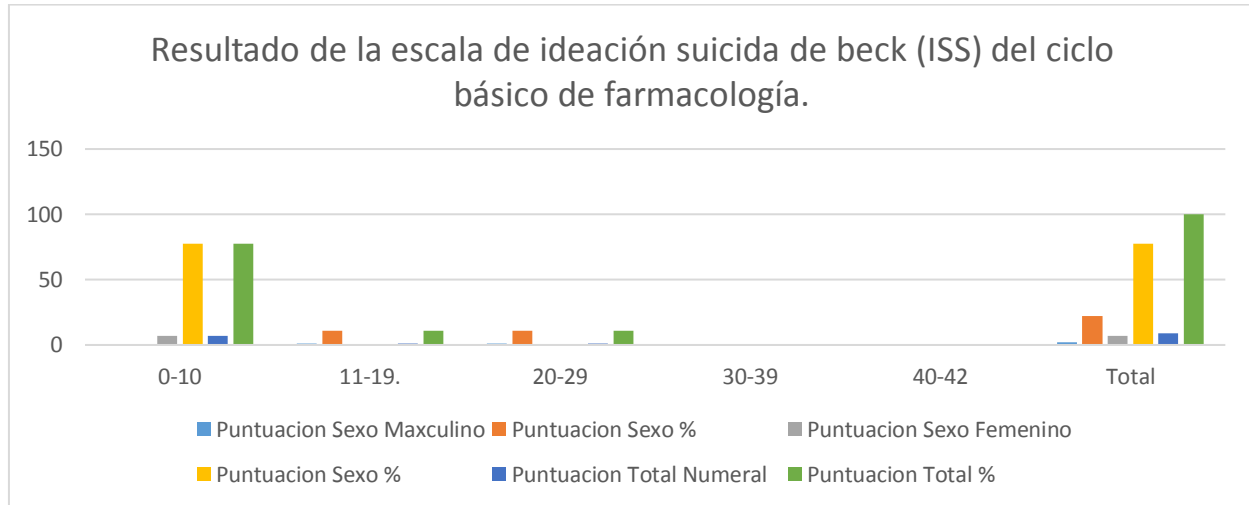
Cuadro 115. Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuacion	Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo básico de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	0	0.0	7	77.8	7	77.8
11-19.	1	11.1	0	0.0	1	11.1
20-29	1	11.1	0	0.0	1	11.1
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	22.2	7	77.8	9	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 115 se observó que del 22.2 por ciento de la población masculina un 11.1 por ciento obtuvo una puntuación entre 11 a 19 puntos y el otro 11.1 por ciento obtuvo una puntuación de 20 a 29 puntos. En cuanto al 77.8 por ciento de la población femenina todos obtuvieron una puntuación entre 0 a 10 puntos.

Gráfico 115. Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 115.

Cuadro 116. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

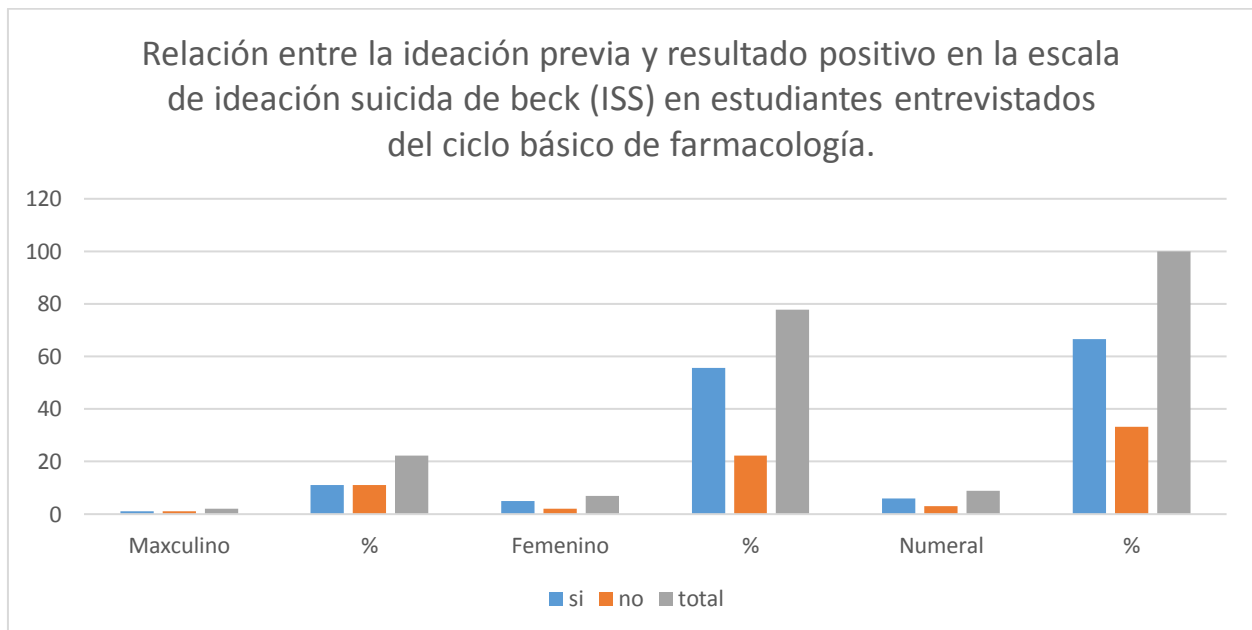
Ideación suicida Puntuación	Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo básico de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	1	11.1	5	55.6	6	66.7
no	1	11.1	2	22.2	3	33.3
total	2	22.2	7	77.8	9	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 116 se observó que del 22.2 por ciento de la población masculina un 11.1 por ciento sí tuvo una relación entre la ideación previa y resultado positivo de la escala de ideación suicida de Beck y el 11.1 restante no tuvo relación entre

la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck. En cuanto al 77.8 por ciento de la población femenina un 55.6 por ciento sí tuvo relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck, el 22.2 por ciento restante no tuvo relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck.

Gráfico 116. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en estudiantes entrevistados del ciclo básico de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 116.

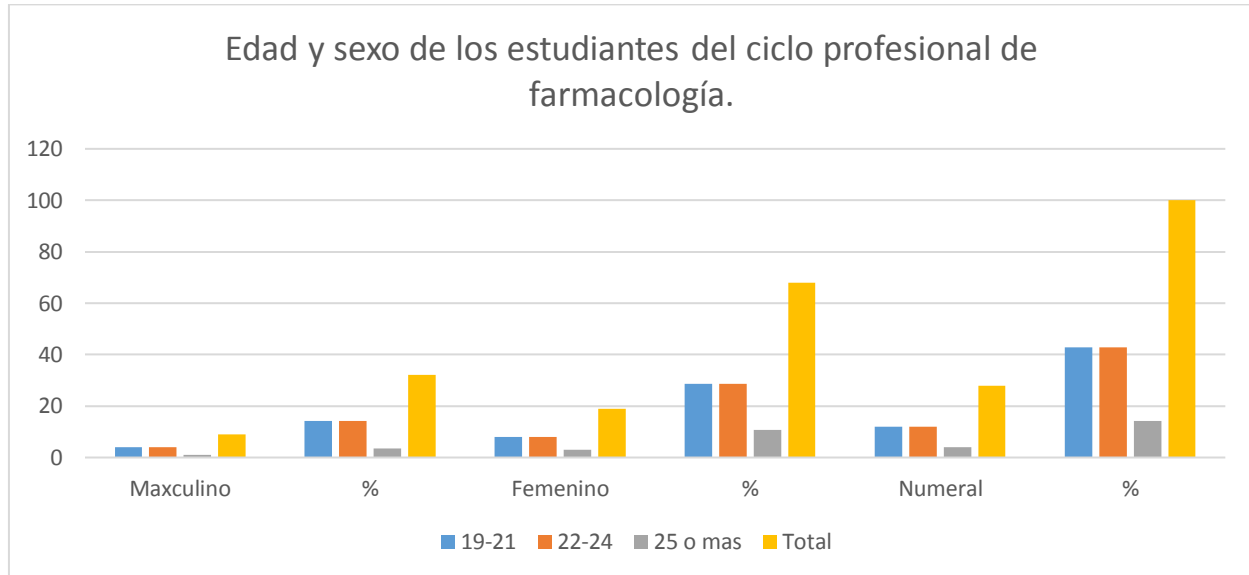
Cuadro 117. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Edad	Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
< 21	4	14.3	8	28.6	12	42.9
22-24	4	14.3	8	28.6	12	42.9
25 >	1	3.6	3	10.7	4	14.3
Total	9	32.1	19	68.9	28	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 117 se observó que el 32.1 por ciento de los estudiantes del ciclo preclinico encuestada fueron masculina un 14.3 por ciento tenían edades entre 19 a 21 años, otro 14.3 por ciento tenían edades entre 22 a 24 años, el 3.6 por ciento restante tenían edades de 25 años o más. En cuanto al 67.9 por ciento de la población femenina un 28.6 por ciento tenían edades entre 19 a 21 años, otro 28.6 por ciento tenían edades entre 22 a 24 años y el 10.7 por ciento restante tenían edades de 25 años o más.

Gráfico 117. Edad y sexo de los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 117.

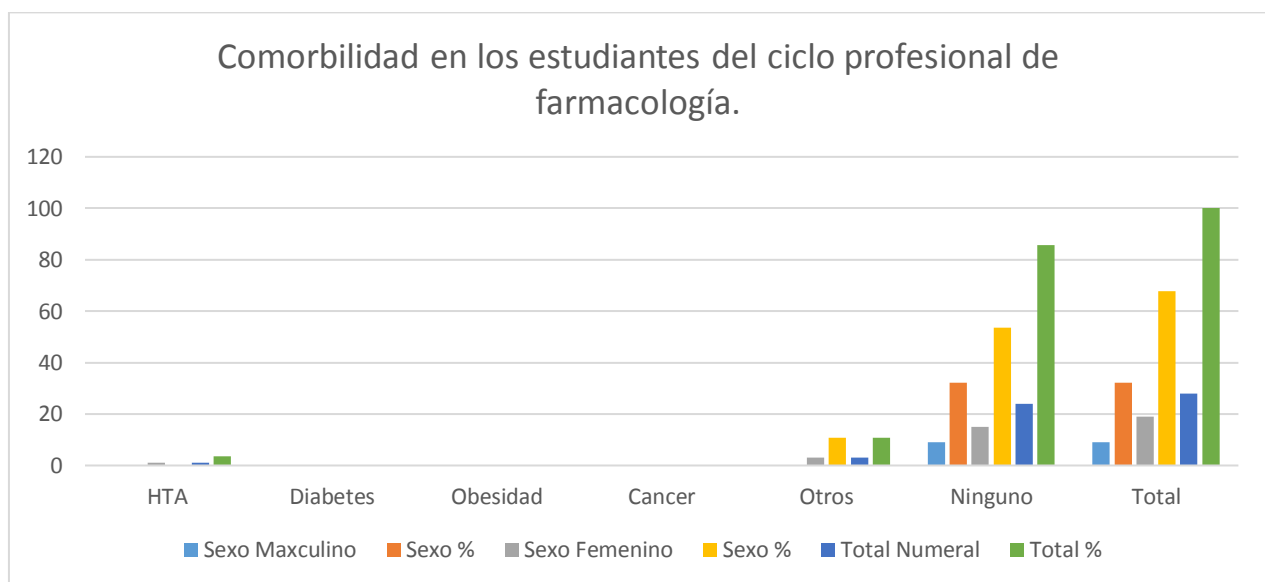
Cuadro 118. Comorbilidad en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

comorbilidad en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología						
Comorbilidad	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
HTA	0	0.0	1	0.0	1	3.6
Diabetes	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Obesidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Cancer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros	0	0.0	3	10.7	3	10.7
Ninguno	9	32.1	15	53.6	24	85.7
Total	9	32.1	19	67.9	28	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 118 se observó que del 32.1 por ciento de la población masculina ninguno presentaba alguna comorbilidad. En cuanto al 67.9 por ciento de la población femenina un 10.7 por ciento presentaron otros tipos de comorbilidades, el 53.6 por ciento restante no presentaron ningún tipo de comorbilidad.

Gráfico 118. Comorbilidad en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 118.

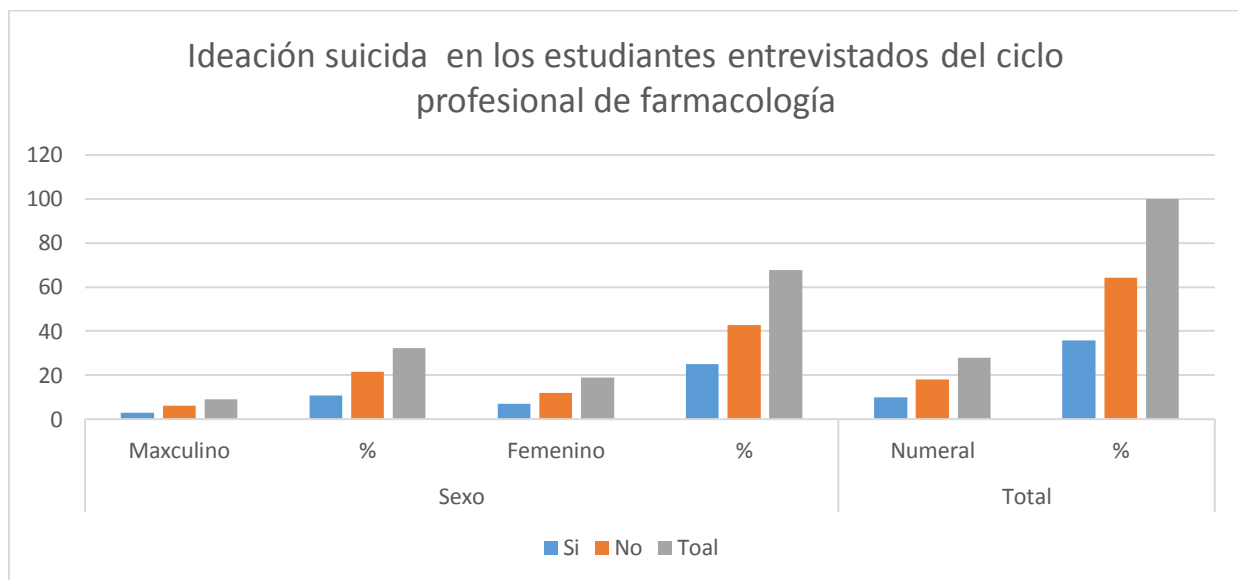
Cuadro 119. Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación	Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	3	10.7	7	25.0	10	35.7
No	6	21.4	12	42.9	18	64.3
Total	9	32.1	19	67.9	28	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 119 se observó que del 32.4 por ciento de la población masculina un 10.7 por ciento sí tuvieron ideaciones suicidas, el 21.4 por ciento restante no tuvieron ideaciones suicidas. En cuanto al 67.9 por ciento de la población femenina un 25 por ciento sí tuvo ideaciones suicidas, el 42.9 por ciento restante no tuvo ideaciones suicidas.

Gráfico 119. Ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 119.

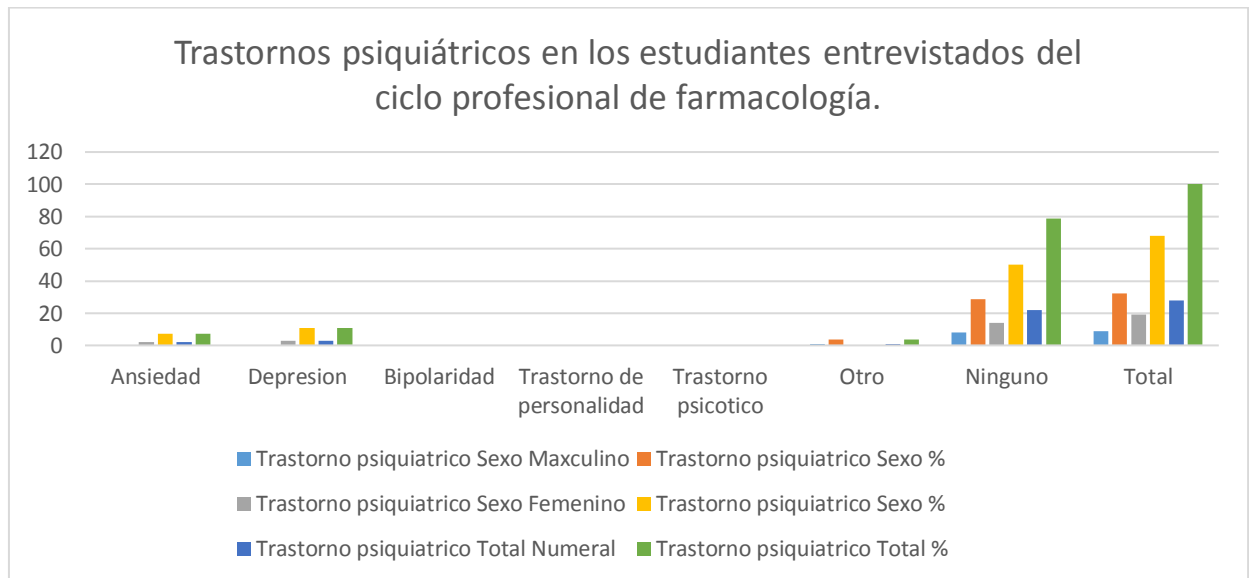
Cuadro 120. Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Trastorno psiquiatrico	Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Ansiedad	0	0.0	2	7.1	2	7.1
Depresion	0	0.0	3	10.7	3	10.7
Bipolaridad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno de personalidad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Trastorno psicotico	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otro	1	3.6	0	0.0	1	3.6
Ninguno	8	28.6	14	50.0	22	78.6
Total	9	32.1	19	67.9	28	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 120 se observó que del 32.1 por ciento de la población masculina un 3.6 por ciento presentaron otro tipo de trastorno psiquiátrico, el 28.6 por ciento restante no presentaron ningún tipo de trastorno psiquiátrico. En cuanto al 67.9 por ciento de la población femenina un 7.1 por ciento presentaron ansiedad, 10.7 por ciento presentaron depresión y el 50 por ciento restante no presentaron ningún tipo de trastorno psiquiátrico.

Gráfico 120. Trastornos psiquiátricos en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 120.

Cuadro 121. Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

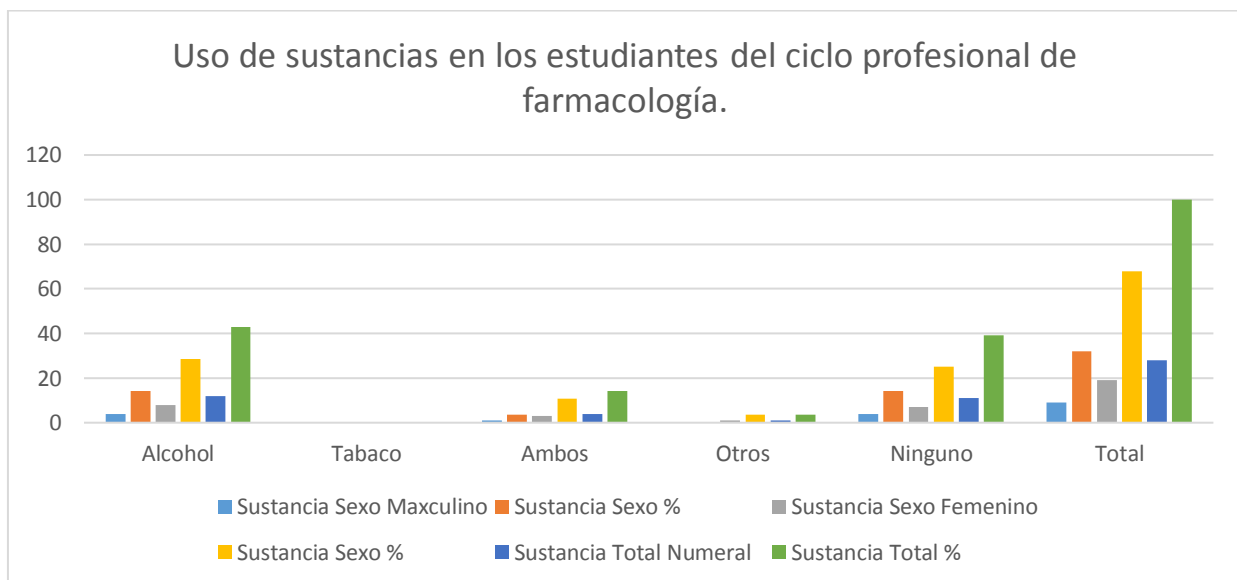
Sustancia	Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Alcohol	4	14.3	8	28.6	12	42.9
Tabaco	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ambos	1	3.6	3	10.7	4	14.3
Otros	0	0.0	1	3.6	1	3.6
Ninguno	4	14.3	7	25.0	11	39.3
Total	9	32.1	19	67.9	28	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 121 se observó que del 32.1 por ciento de la población masculina un 14.3 por ciento uso alcohol como sustancia, 3.6 por ciento utilizó ambos

(alcohol y tabaco) como sustancia, el 14.3 por ciento restante no utilizaron ningún tipo de sustancia. En cuanto al 67.9 por ciento de la población femenina un 28.6 por ciento utilizaron alcohol como sustancia, 10.7 por ciento utilizaron ambos (alcohol y tabaco) como sustancia, 3.6 por ciento utilizaron otro tipo de sustancia, el 25 por ciento restante no utilizó ningún tipo de sustancia.

Gráfico 121. Uso de sustancias en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 121.

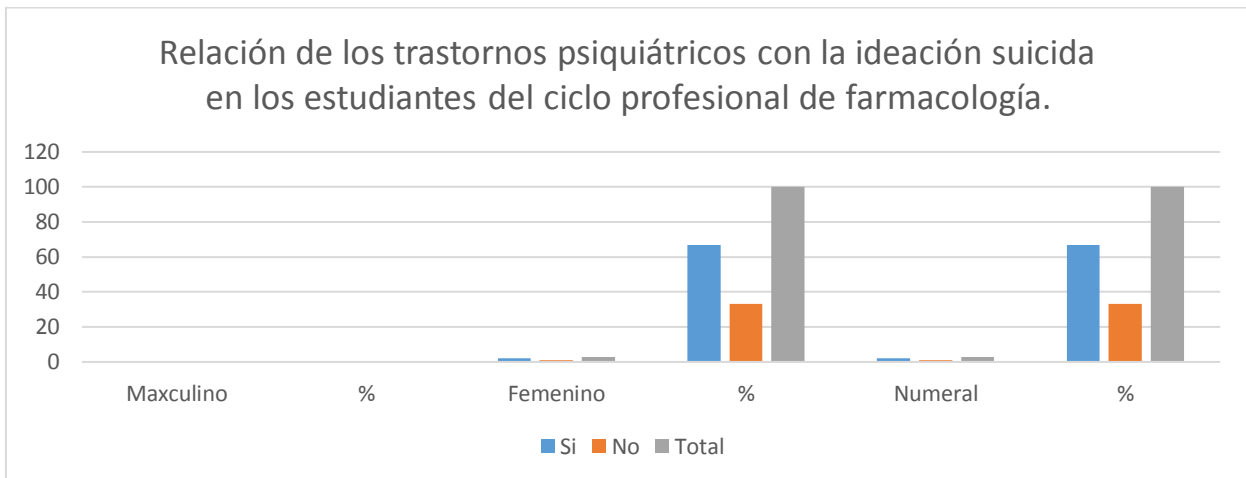
Cuadro 122. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida					
	Ansiedad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	66.7	2	66.7
No	0	0.0	1	33.3	1	33.3
Total	0	0.0	3	100.0	3	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 122 se observó que del 100 por ciento de la población femenina un 66.7 por ciento sí relación a este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida y un 33.3 por ciento no relaciona este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 122. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 122.

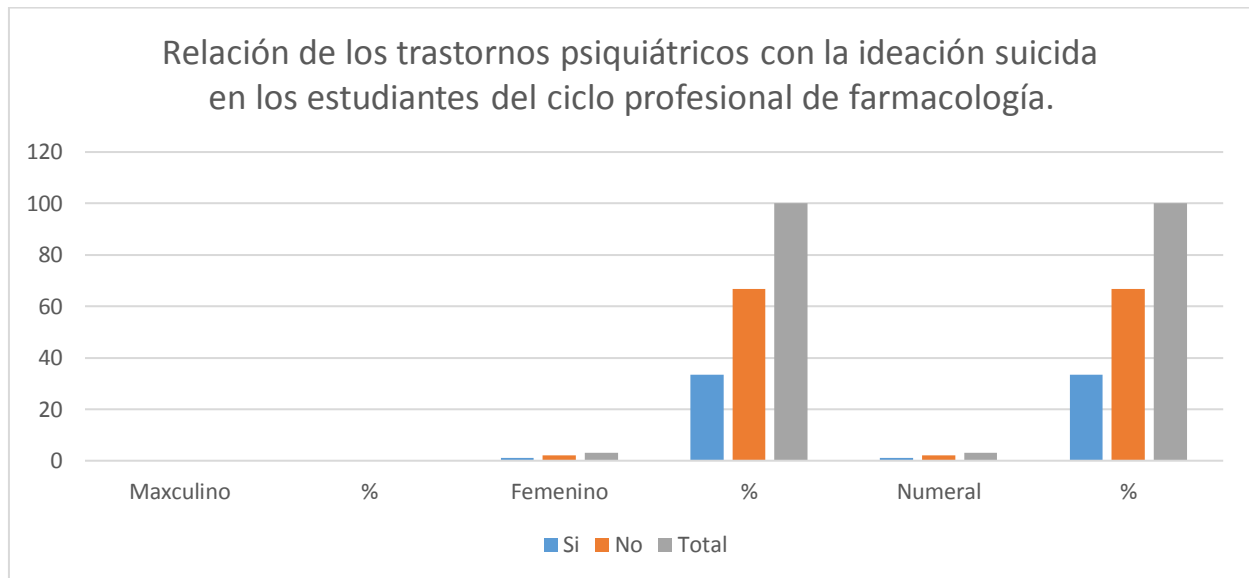
Cuadro 123. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida					
	Depresión				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	1	33.3	1	33.3
No	0	0.0	2	66.7	2	66.7
Total	0	0.0	3	100.0	3	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 123 se observó que del 100 por ciento de la población masculina el cuál es la población total un 33.3 por ciento sí relaciono trastorno psiquiátrico con la ideación suicida, el 66.7 por ciento restaurante no relacionó este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 123. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 123

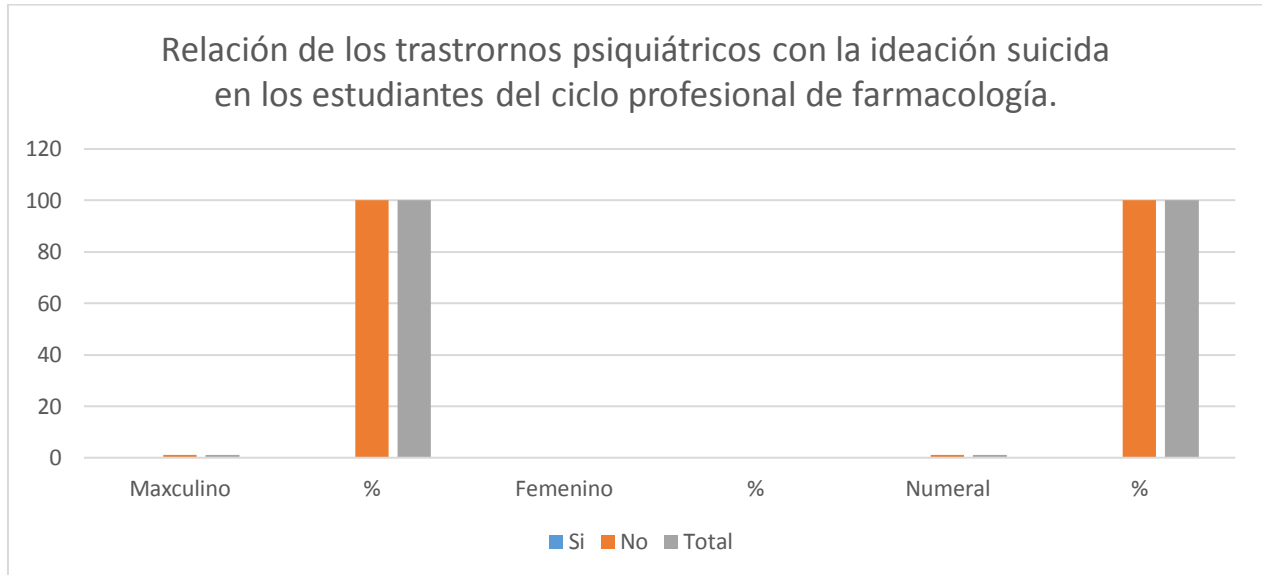
Cuadro 124. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida					
	Otros (no especificado)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Total	1	100.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 124 se observó que el 100 por ciento de la población masculina el cuál es el total de la población todos no relacionaron este trastorno psiquiátrico con la ideación suicida.

Gráfico 124. Relación de los trastornos psiquiátricos con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 124.

Cuadro 125. Relación de las sustancias con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

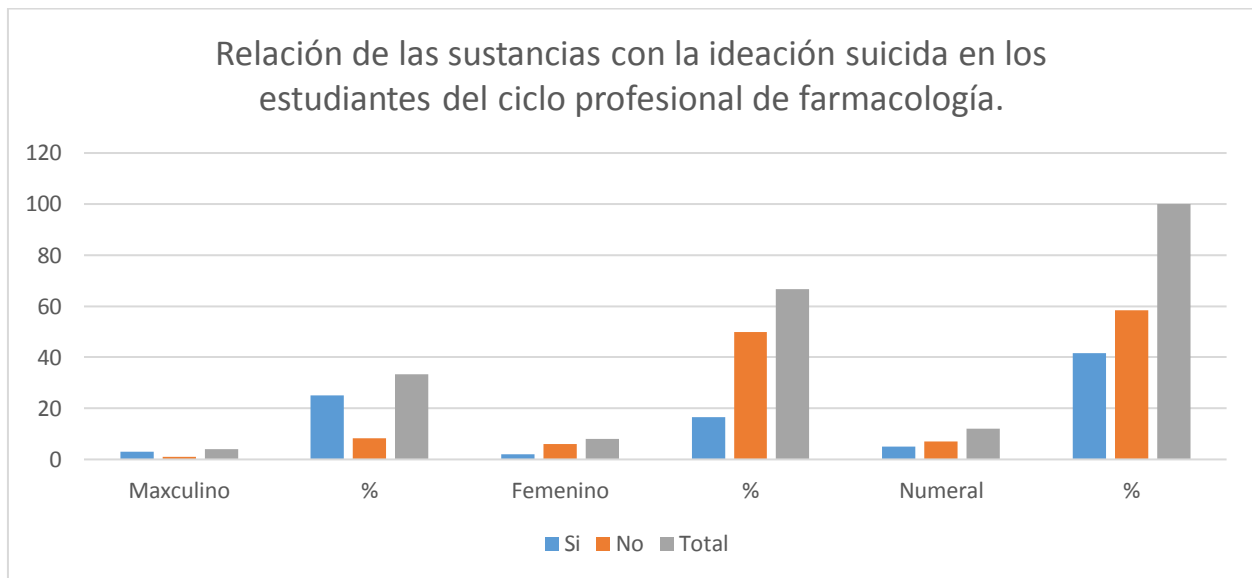
Ideación suicida	Relación de las sustancias con la ideación suicida					
	alcohol				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	3	25.0	2	16.7	5	41.7
No	1	8.3	6	50.0	7	58.3
Total	4	33.3	8	66.7	12	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 125 se observó que del 33.3 por ciento de la población masculina un 25 por ciento sí relacionó esta sustancia con la ideación suicida, el 8.3 por

ciento restante no relacionó esta sustancia con la ideación suicida. En cuanto al 66.7 por ciento de la población femenina un 16.7 por ciento sí relacionó esta sustancia con la ideación suicida, el 50 por ciento restante no relacionó esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfico 125. Relación de las sustancias con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 125.

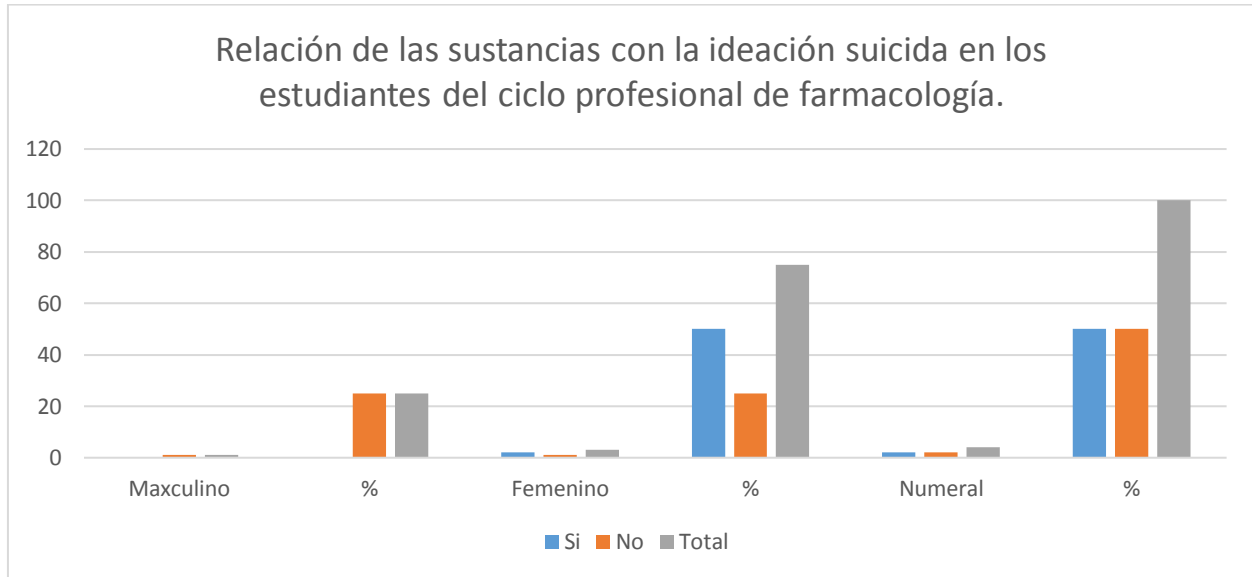
Cuadro 126. Relación de las sustancias con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de las sustancias con la ideación suicida					
	Ambos (alcohol y tabaco)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	50.0	2	50.0
No	1	25.0	1	25.0	2	50.0
Total	1	25.0	3	75.0	4	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 126 se observó que del 25 por ciento de la población masculina todos no relacionaron esta sustancia con la ideación suicida. En cuanto al 75 por ciento de la población femenina un 50 por ciento si relacionó esta sustancia con la ideación suicida y el otro 25 por ciento restante no relacionó esta sustancia con la ideación suicida.

Gráfica 126. Relación de las sustancias con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 126.

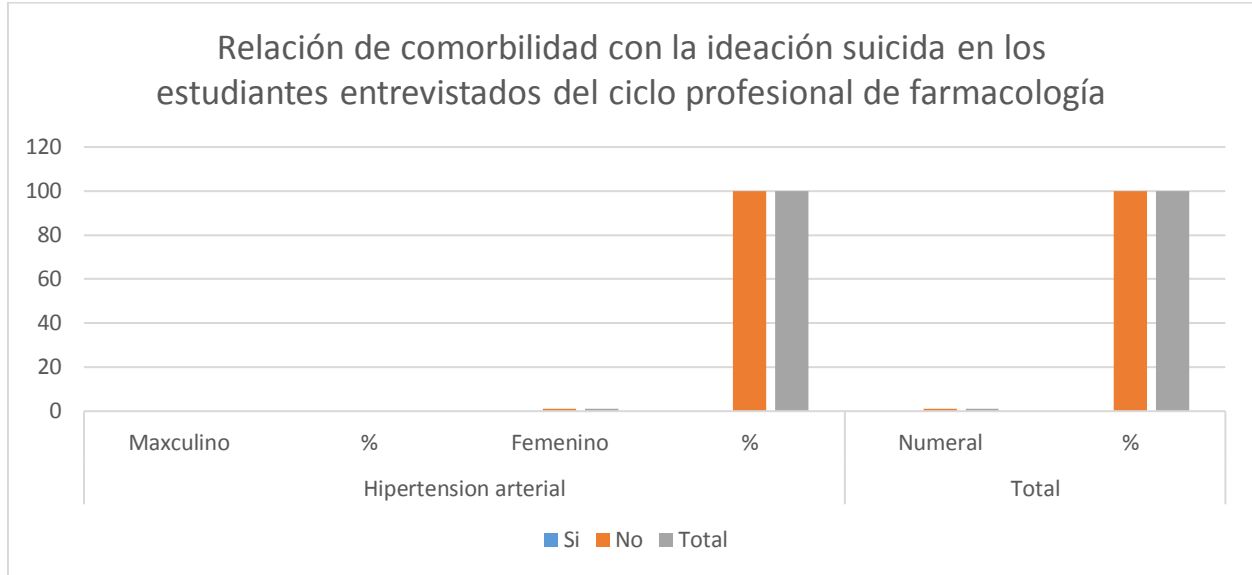
Cuadro 127. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	Hipertension arterial				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 127 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de población todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 127. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 127.

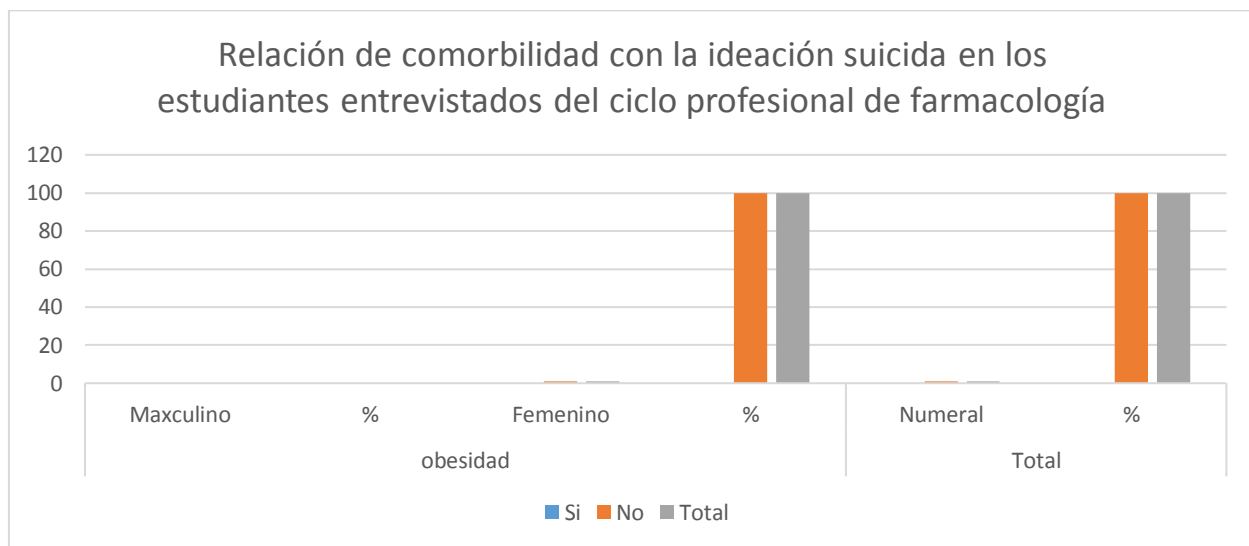
Cuadro 128. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	obesidad				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 128 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de población todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 128. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 128.

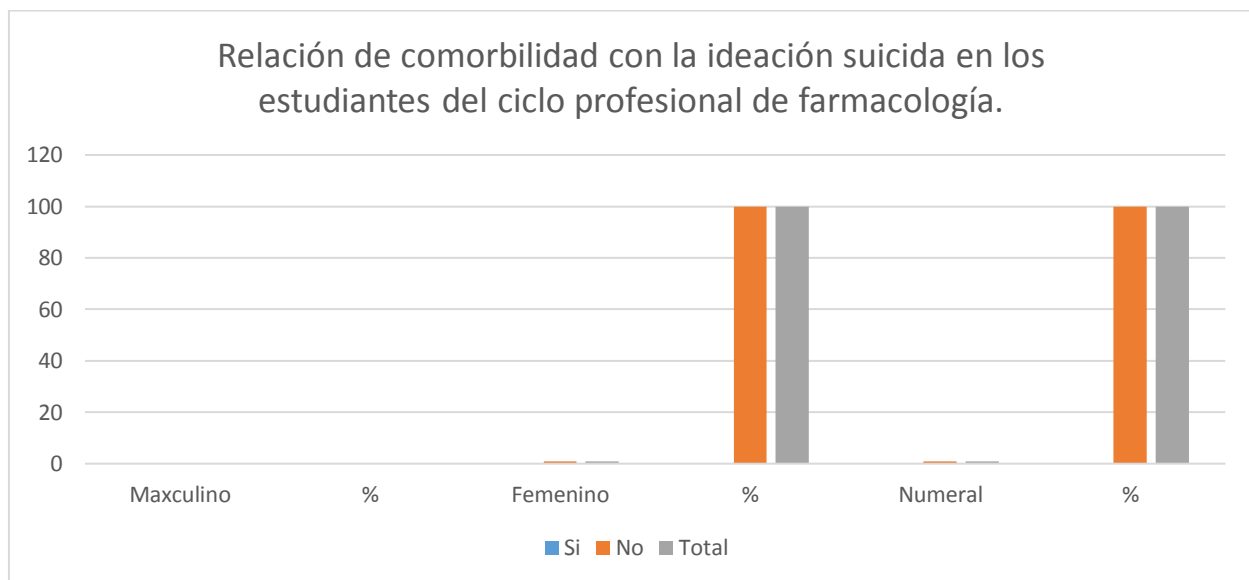
Cuadro 129. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideacion suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	diabetes m.				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.00	0	0.0
No	0	0.0	1	100.00	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.00	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 129 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de población todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 130. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 130.

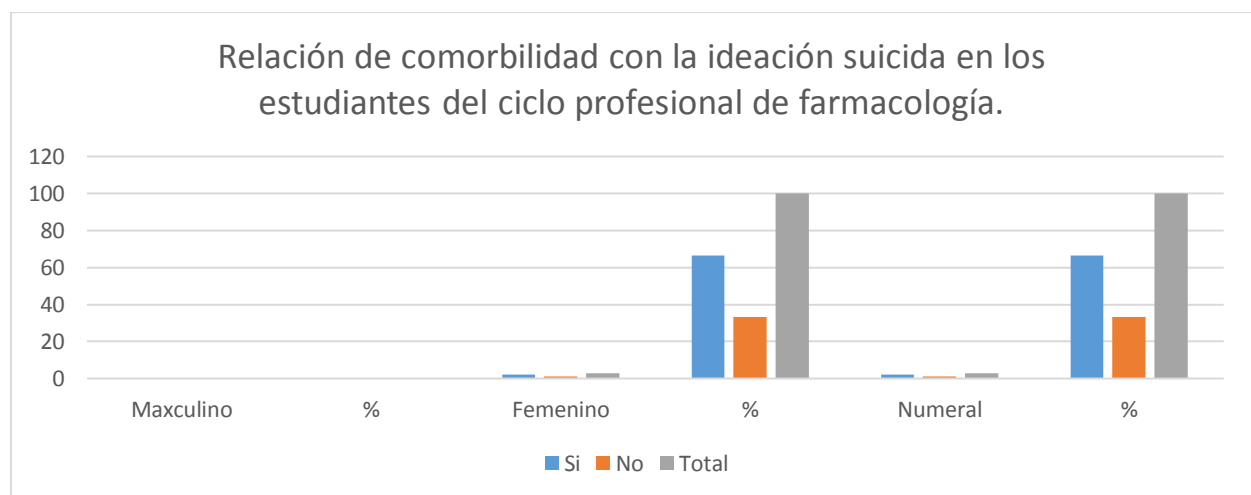
Cuadro 131. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	Otros				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	2	66.7	2	66.7
No	0	0.0	1	33.3	1	33.3
Total	0	0.0	3	100.0	3	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 131 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de población un 66.7 por ciento sí relacionó esta comorbilidad con la ideación suicida, el 33.3 por ciento restante no relacionó esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 131. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 131.

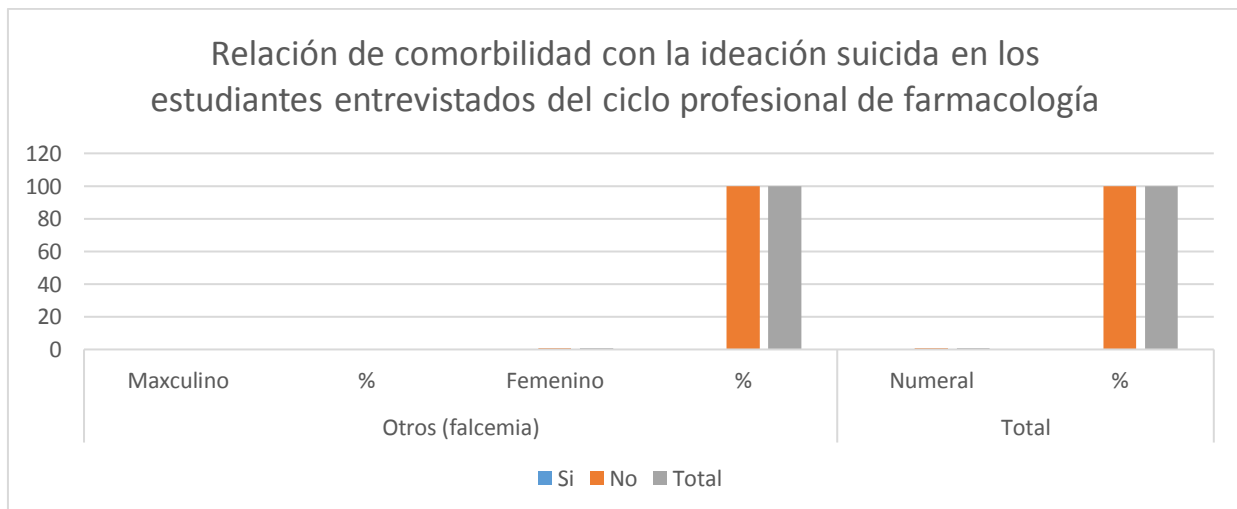
Cuadro 132. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Ideación suicida	Relación de comorbilidad con la ideación suicida					
	Otros (falcemia)				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No	0	0.0	1	100.0	1	100.0
Total	0	0.0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 132 se observó que el 100 por ciento de la población femenina el cuál es el total de población todos no relacionaron esta comorbilidad con la ideación suicida.

Gráfico 132. Relación de comorbilidad con la ideación suicida en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 132.

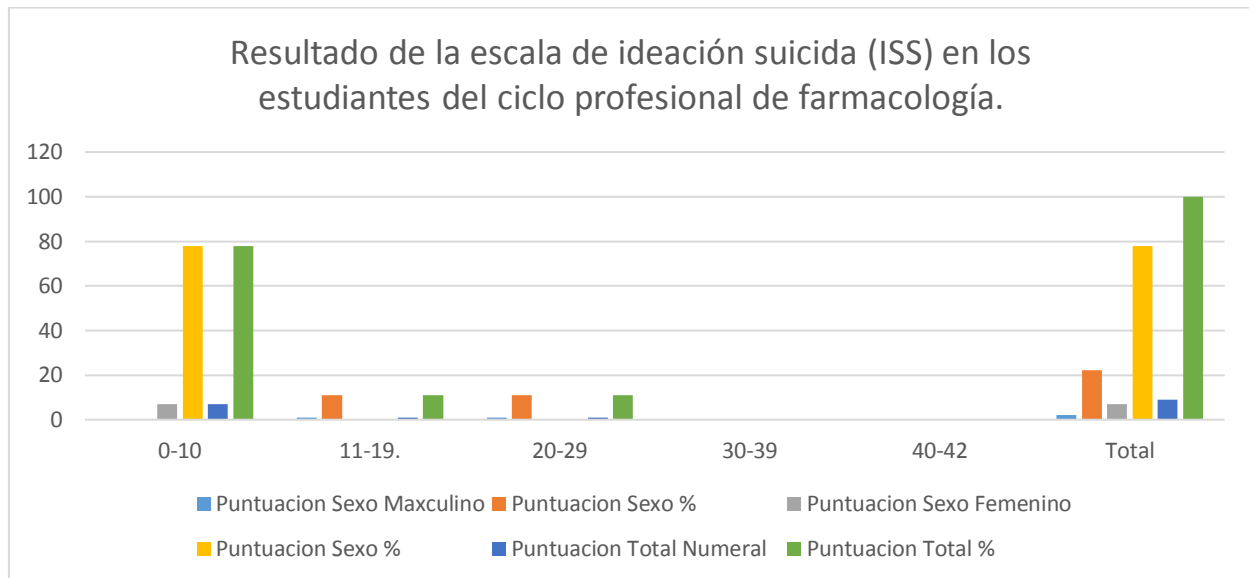
Cuadro 133. Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

Puntuacion	Resultado de la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo profesional de farmacologia					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
0-10	0	0.0	7	77.8	7	77.8
11-19.	1	11.1	0	0.0	1	11.1
20-29	1	11.1	0	0.0	1	11.1
30-39	0	0.0	0	0.0	0	0.0
40-42	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	2	22.2	7	77.8	9	100.

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 133 se observó que del 22.2 por ciento de la población masculina un 11.1 por ciento obtuvo una puntuación de 11 a 19 puntos, el 11.1 por ciento restante obtuvo una puntuación de 20 a 29 puntos. En cuanto al 77.8 por ciento de la población femenina todos obtuvieron una puntuación de 0 a 10 puntos.

Gráfico 133. Resultado de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 133.

Cuadro 134. Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.

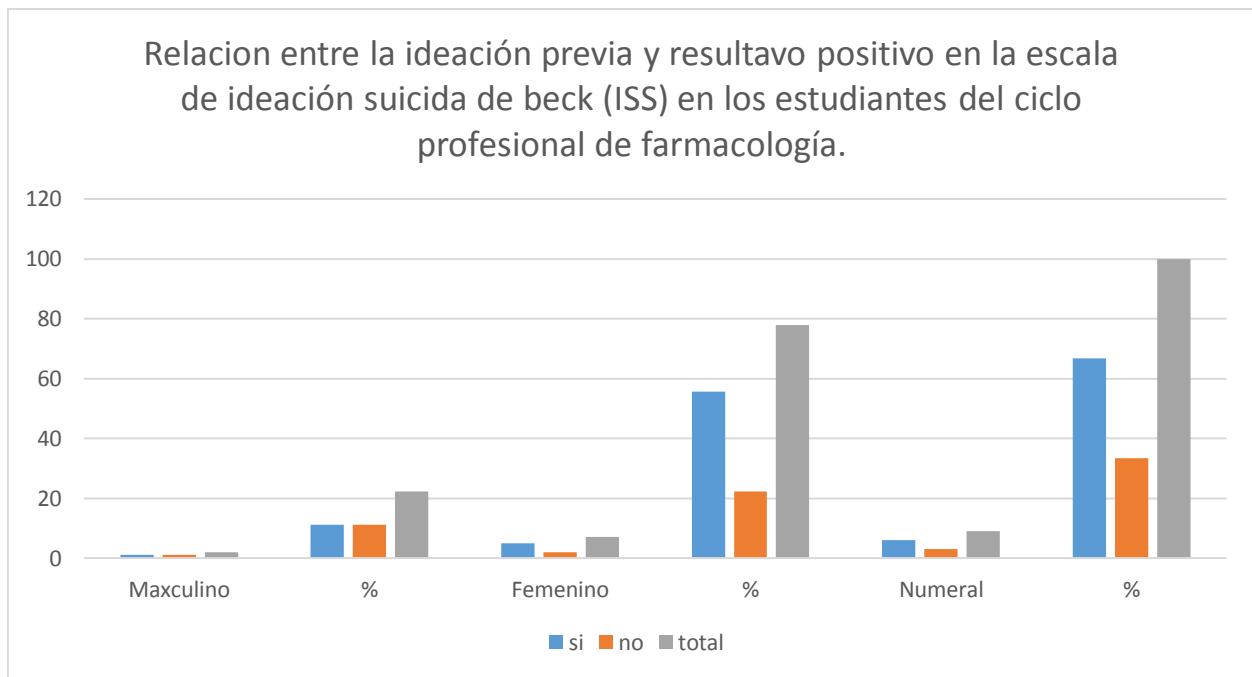
Ideación suicida Puntuación	Relación entre ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de beck (ISS) ciclo profesional					
	Sexo				Total	
	Masculino	%	Femenino	%	N	%
si	1	11.1	5	55.6	6	66.7
no	1	11.1	2	22.2	3	33.3
total	2	22.2	7	77.8	9	100.0

Fuente: Escala de la ideación suicida de Beck (ISS).

Al presentar el cuadro 134 se observó que del 22.2 por ciento de la población masculina un 11.1 por ciento sí tiene relación entre la ideación previa y resultado positivo

en la escala de ideación suicida de Beck, el 11.1 por ciento restante no tiene relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck. En cuanto al 77.8 por ciento de la población femenina un 55.6 por ciento si tiene relación entre la y de ideación previa y resultado positivo en escala de ideación suicida de Beck, el 22.2 por ciento restante no tiene relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck.

Gráfico 134. Relación entre la ideación previa y resultado positivo en la escala de ideación suicida de Beck (ISS) en los estudiantes entrevistados del ciclo profesional de farmacología para la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la universidad nacional Pedro Henríquez Ureña enero - junio 2020.



Fuente: cuadro 134.

VIII.DISCUSIÓN

Esta investigación esta enfocada en determinar la valoración de riesgo suicida en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Enero - junio 2020.

De manera global se observó que, de la carrera de medicina, 11.1 por ciento de los estudiantes que presentaron ideación suicida pertenecían al ciclo básico, 7.8 por ciento pertenecían al ciclo pre-clínico y 9.1 por ciento pertenecían al ciclo clínico. Para la escuela de odontología, 6.7 por ciento de los estudiantes que presentaron ideación suicida pertenecían al ciclo básico, 9.9 por ciento pertenecían al ciclo pre-clínico y 6.7 por ciento pertenecían al ciclo clínico. Para la escuela de farmacia, 16.3 de los estudiantes que presentaron ideación suicida pertenecían al ciclo básico y 18.8 por ciento pertenecían al ciclo profesional.

Se evidenció, que en promedio, la población en la Facultad de Ciencias de la Salud en su mayoría eran mujeres en relación con los hombres, cabe destacar que esto se dio en las tres carreras de la facultad de ciencias de la salud y en todos los ciclos correspondientes de dichas carreras, en el caso de la carrera de medicina se pudo observar que la mayor cantidad de mujeres se encontraba en el ciclo básico con un 77.8 por ciento con edades que rondaban entre los 16 y 18 años, en odontología encontramos la mayor cantidad de mujeres en el ciclo clínico con un 79.7 por ciento y con edades que rondaban entre 20 y 22 años, en farmacología encontramos la mayor cantidad de feminas en el ciclo básico con un 74.1 por ciento y con edades que rondaban entre 19 y 20 años, sin embargo en el estudio realizado en República Dominicana por Rodríguez DEC, en el Hospital Juan Pablo Pina se evidenció que su población fue mayormente de mujeres, lo unico que cambió en cuanto a nuestro estudio fueron las diferencias de edades.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos se constató que el más frecuente en los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la UNPHU fue ansiedad presentando los datos más elevados en los ciclos básico de medicina con un 19.6 por ciento, pre-clínico de odontología con un 16.2 por ciento, básico de farmacología con un 11.1 por ciento, estos datos elevados de ansiedad en los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud, también se pudieron observar en un estudio realizado en Perú por César

Sánchez Marín, Jorge Chichón Peralta, Franco Leon Jimenez y Pedro Alipazaga Pérez, en el 2016, en el cual se tomaron estudiantes de medicina en 3 universidades diferentes, para así saber el trastorno psiquiátrico que predomina entre estos estudiantes, llegando al resultado de que un 7.4 por ciento presentaba ansiedad, este dato fue significativo aunque en su estudio el mayor trastorno psiquiátrico que presentaban eran trastornos depresivos con un 17.3 por ciento, donde pudimos concluir que los trastornos depresivos no fueron los más frecuentes entre los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la UNPHU, pero cabe destacar que en nuestro estudio los trastornos depresivos fueron los más frecuentes relacionados a la ideación suicida, donde se pudo observar que un 66.67 por ciento del ciclo básico de medicina si relacionan sus ideaciones suicidas con su trastorno depresivo, al igual que el ciclo pre-clínico con un 100 por ciento y el ciclo clínico con un 66.7 por ciento de dicha carrera, en cuanto a a carrera de odontología se pudo observar que tanto el ciclo básico como el pre-clínico y clínico si relacionaron su trastorno depresivo con la ideación suicida en un 100 por ciento, la única excepción se observó en el ciclo profesional de farmacología donde un 66.7 por ciento relacionó más su ideación suicida con la ansiedad.

En el estudio realizado en la República Dominicana por Sena ECGyCJ en Junio 2017 - Mayo 2018, que trata sobre la valoración de riesgo suicidio en adolescentes del colegio adventista metropolitano, pudimos observar un cambio principalmente en la diferencia de edades de los estudiantes siendo en su mayoría menores de 18 años, por lo tanto otra diferencia con nuestro estudio, es que se analizó la relación de el uso de sustancias con la ideación suicida, donde la sustancias más utilizada por los estudiantes fue el alcohol principalmente en los ciclos pre-clínico de medicina donde un 54.9 por ciento la escogió como predilecta y un 73.2 por ciento no la relacionaba con su ideación suicida, en el ciclo pre-clínico de odontología también fue la predilecta con un 47.3 por ciento donde un 65.7 por ciento del mismo no la relacionaba con la ideación suicida y por último el ciclo profesional de farmacología donde un 42.9 por ciento eligió alcohol y un 58.3 por ciento del mismo no la relacionó con la ideación suicida.

En cuanto a los test realizados con la escala de ideación suicida de Beck en otros estudios a estudiantes, sus resultados fueron muy acorde a los nuestros, se pudo

observar que en el ciclo básico de medicina se obtuvo un 17.6 por ciento con una puntuación entre 11 a 19 puntos, un 5.9 por ciento con una puntuación entre 20 a 29 puntos y el restante con una puntuación de 0 a 10 puntos, en el ciclo pre-clínico se obtuvo un 30 por ciento con una puntuación de 11 a 19 puntos, un 20 por ciento con una puntuación entre 20 a 29 puntos y el 50 por ciento restante con una puntuación de 0 a 10 puntos y en cuanto al ciclo clínico se observó un 17.7 por ciento entre 11 a 19 puntos, un 5.9 por ciento entre 20 a 29 puntos y el resto con una puntuación de 0 a 10 puntos, en cuanto a la carrera de odontología se observó que en el ciclo básico que un 28.6 por ciento obtuvieron una puntuación muy llamativa la cual fue entre 20 a 29 puntos, si pasamos al ciclo pre-clínico un 29.2 por ciento obtuvo una puntuación entre 11 a 19 puntos y un 12.5 por ciento entre 20 a 29 puntos, ya en el ciclo clínico con un porcentaje de 21.0 por ciento obtuvieron una puntuación entre 11 a 19 puntos, el resto obtuvieron una puntuación entre 0 a 10 puntos, en el ámbito de la carrera de farmacología encontramos algo muy inusual, en ambos ciclos tanto básico como profesional encontramos que un 11.1 por ciento obtuvieron una puntuación entre 20 a 29, otro 11.1 por ciento obtuvieron una puntuación entre 11 a 19 y el resto una puntuación de 0 a 10 puntos.

En nuestro estudio relacionamos los resultados de la escala de ideación suicida de Beck (ISS) con la ideación suicida de los estudiantes, lo cual no habíamos visto analizar en ningún estudio anteriormente, aquí obtuvimos la oportunidad de observar que en la carrera de medicina el ciclo que más relacionó esto fue el ciclo pre-clínico con un 90 por ciento, en la carrera de odontología fue el ciclo clínico con un 68.4 por ciento y por último en farmacología fueron ambos ciclos con un 66.7 por ciento.

IX.CONCLUSIONES

Luego de finalizada la investigación sobre la Valoración de riesgo suicida en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Enero - junio 2020 y analizado los resultados, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. El 73.2 por ciento de los entrevistados eran del sexo femenino.
2. El 52.5 por ciento de los entrevistados eran de la escuela de medicina.
3. El 28.1 por ciento de los estudiantes de la escuela de medicina presentaron ideación suicida.
4. El 38.0 por ciento de los entrevistados eran de la escuela de odontología.
5. El 23.5 por ciento de los estudiantes de la escuela de odontología presentaron ideación suicida.
6. El 9.4 por ciento de los entrevistados eran de la escuela de farmacia.
7. El 34.5 por ciento de los estudiantes de la escuela de farmacia presentaron ideación suicida.
8. El 26.9 por ciento de los entrevistados habían tenido alguna ideación suicida correspondiendo un 21.1 por ciento para el sexo femenino y un 5.8 por ciento para el masculino.
9. El 15.1 por ciento de los entrevistados padecían de alguna comorbilidad siendo la más común la obesidad con 4.30 un por ciento.
- 10.El 19.5 por ciento de los entrevistados habían sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico siendo las más común la ansiedad con 12.5 un por ciento.
- 11.El 50 por ciento de los entrevistados consumían alguna sustancia siendo las más común el alcohol con un 42.6 por ciento.
- 12.El 21.9 por ciento de los entrevistados dio positivo a la escala de ideación suicida de Beck correspondiendo un 16.4 por ciento para el sexo femenino y un 5.5 por ciento para el masculino.
13. El 63.2 por ciento de los entrevistados positivos para la escala de ideación suicida de Beck habían tenido ideación suicida previa.

X.RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones similares en otras universidades y así comparar resultados.
2. Incluir otras facultades para que en estudios próximos se puedan identificar la ideación suicida de los estudiantes de las mismas y así compararlas con las demás facultades.
3. Incluir otros tipos de enfermedades para que en estudios proximos se puedan relacionar con la ideación suicida de los estudiantes.
4. Incluir otros tipos de sustancias para que en estudios proximos se puedan relacionar con la ideación suicida de los estudiantes.
5. Una vez ya concluida la investigación, orientar a los estudiantes sobre la importante relación que tienen estos trastornos con la ideación suicida.

XI. REFERENCIAS

1. Buendía J, Ruíz J, Riquelme A. El suicidio en adolescentes. 1st ed. Murcia Ud, editor. Murcia: Nausicaã edición electrónica; 2004.
2. Imbernón Pardo E, Riquelme J, Gonzáles Navarro M, Ruíz M. Intentos de suicidio: Perfil sociodemográfico en una muestra clínica. 1st ed.: Area de innovación y desarrollo, S.L; 2016.
3. Organización mundial de la salud. Organización mundial de la salud. [Online].; 2014 [cited 2014 julio. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
4. Siabato Macías , Camargo. Factores asociados a ideación suicida en Universitarios. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 2015 Enero-Junio; 9(1): 71-81.
5. F. Gerstner , Soriano , Sanhueza , Caffè S, Kestel. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2018;(42): 100.
6. Siabato Macías EF FMICSY. Adociación entre depresión e ideación suicida en ungrupo de adolescentes colombianos. *Scielo*. 2016 agosto; 15(1).
7. Sena ECGyCJ. Valoración de riesgo suicidio en adolescentes del colegio adventista metropolitano. Junio 2017 - Mayo 2018. tesis de grado. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de ciencias de la salud; 2017 - 2018.
8. Rodríguez DEC. Prevalencia de intento suicida en pacientes ingresados en el hospital Regional Docente Juan Pablo Pína, en el período 2008-20012. tesis de postgrado. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de ciencias de la salud; 2013.
9. Genao GAV. Prevalencia de indicadores de depresión en los estudiantes de la escuela nacional de arte dramático (ENAD) y de la escuela nacional de artes visuales (ENAV) período 2017- 2018. trabajo de grado. Santo Domingo:

- Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de ciencias de la salud; 2018.
10. Morey DCJD. Depresión en pacientes que acudió a la consulta de atención primaria del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, período Abril - Julio 2018. tesis de postgrado. Santo Domingo: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de ciencias de la salud; 2018.
 11. (CDC) NCfIPaC. MMWR. [Online].; 2001 [cited 1998 Abril 22. Available from: HYPERLINK "<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031525>."
 12. Alonso Z. Depresión generalidades y particularidades. In. La Habana: Ciencias Medicas; 2010. p. 3.
 13. Vallejo RJ. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. In. Barcelona: El sevier mas son ; 2015. p. 55-66.
 14. Benjamin SJ, Sadock VA, Pedro R. Sinópsis De Psiquiatría. In. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 763-783.
 15. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Guías de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad. In. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2013. p. 3-5.
 16. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-IV. In. Arlington : Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. p. 103-126.
 17. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. Guía Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. In. Murcia: Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud; 2015. p. 15-17.
 18. Rey JM, Andrés M. Child and Adolescent Mental Health. In. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019.

19. Vargas N, Gaitán ÁP. La depresión: una realidad masculina. Enfoques. 2014 Julio-Diciembre; 1(1): 45-57.
20. Arce M, Reyes D, Luis G, Torres N, García K, López A. Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena. Tesis. Cartagena: Universidad de Catagena, Psiquiatría; 2016
21. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Depresión en Personas de 15 Años y Más. Guía Clínica AUGE. 2013; 2(1): 68.
22. Partera J. Curso y Pronóstico de la Depresión. Elsevier. 2006;; 26-30.
23. Salud OMdl. Prevención de los Trastornos Mentales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Psiquiatría; 2004.
24. Rivera GHA. Suicidio: consideraciones historicas. Revista Medica La Paz. 2015 octubre ; 21(2): 1726-8958.
25. Benjamin SJ, Sadock VA, Pedro R. Sinópsis De Psiquiatría. In. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 1685
26. Vallejo RJ. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. In. Barcelona: El sevier mas son ; 2015. p. 2028-2045
27. Durkheim É. Le Suicide. Segunda ed. Madrid: Akal, S. A.
28. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
29. Miller , J. Prinstein. Adolescent Suicide as a Failure. Annual Review of Clinical Psychology. 2019 Febrero.
30. Vallejo RJ. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. In. Barcelona: El sevier mas son ; 2015. p. 2021-2022.
31. Mortalidad por suicidios en adolescentes en la República Dominicana. Boletín Bimestral. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadísticas, Departamento de Investigacion; 2018. Report No.: ISSN 2309-0170.

32. Mayo Clinic. [Online].; 2018. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/diagnosis-treatment/drc-20378054>.
33. Clayton P. Manual MSD. [Online].; 2018 Available from <https://www.msmanuals.com/es-do/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida>
34. Legalitas. [Online].; 2018. Available from: <https://www.legalitas.com/actualidad/Cuales-son-las-diferencias-entre-homicidio-y-asesinato>.HYPERLINK "https://www.legalitas.com/actualidad/Cuales-son-las-diferencias-entre-homicidio-y-asesinato"
<https://www.legalitas.com/actualidad/Cuales-son-las-diferencias-entre-homicidio-y-asesinato>.
35. Benjamin SJ, Sadock VA, Pedro R. Sinópsis De Psiquiatría. In. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015. p. 1296-1702.
36. T. Liu. The psychological scars of suicide: Accounting for how risk for suicidal behavior is heightened by its past occurrence. Elsevier. 2019 Abril; 99: 42-48.
37. Lopez Castroman J, Moulahi , Azé , Bringay , Deninotti , Guillaume , et al. Mining social networks to improve suicide prevention: A scoping review. journal of neuroscience reviews. 2019 Febrero.
38. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2015; VI (2): 321.
39. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2019	
Selección del tema	2019	Marzo
Búsqueda de referencias		Octubre-Noviembre
Elaboración del anteproyecto		Noviembre-Diciembre
Sometimiento y aprobación	2020	Enero-abril
Ejecución de las encuestas		abril
Tabulación y análisis de la información		abril
Redacción del informe		abril
Revisión del informe		Mayo-junio
Encuadernación		junio
Presentación		julio

XII.2. Instrumento de recolección de datos

Consentimiento Informado

Un cordial saludo, somos Simón Báez y Gustavo Martínez, estamos en un proceso de elaboración de nuestra tesis de grado y quisiéramos contar con la colaboración de ustedes para obtener datos relacionados con nuestro propósito de investigación el cual es identificar las ideaciones o riesgos suicidas en estudiantes de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Les recordamos que es una información voluntaria, confidencial y anónima, por lo que le pedimos que trate de ser lo más honesto al momento de llenar el formulario.

ID: _____

Fecha: _____

Escuela: _____

Cuatrimestre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

1. ¿Ha tenido alguna ideación suicida?:

- Si
- No

2. ¿Padece usted de alguna comorbilidad?:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Obesidad.
- Cáncer
- otros, Especifique _____
- No

3. ¿Ha sido usted diagnosticado con algunos de los siguientes trastornos psiquiátricos?:

- Ansiedad
- Depresión
- Bipolaridad
- Trastorno de la personalidad, Especifique _____

- Trastorno psicótico, Especifique _____
 - Otro, Especifique _____
 - Ninguno.
4. ¿Actualmente consume alguna de las siguientes sustancias?:
- Alcohol
 - Tabaco
 - Otro, Especifique _____
 - Ninguno.

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (A. Beck)

I. Características de la actitud ante la vida o la muerte

1. Deseo de vivir:
 - Moderado a fuerte (0)
 - Débil (1)
 - Ninguno (2)
2. Deseo de morir:
 - Ninguno (0)
 - Débil (1)
 - Moderado a fuerte (2)
3. Razones para vivir/morir
 - Más razones para vivir que para morir (0)
 - Igual unas que otras (1)
 - Más razones para morir que para vivir (2)
4. Deseo de intentar activamente el suicidio
 - Ninguno (0)
 - Débil (1)
 - Moderado a fuerte (2)
5. Intento de suicidio de forma pasiva
 - Tomaría precauciones para salvar la vida (0)
 - Dejaría al azar el vivir/morir (p.a. cruzar sin cuidado una calle muy transitada) (1)
 - Evitaría los medios necesarios para salvar o conservar la vida (p.a. un diabético que deja de ponerse la insulina) (2)

Nota: Si en los 4 códigos de los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, sáltese las secciones II, III, IV.

II. Características de la Ideación/Deseo suicida

6. Duración de la ideación/deseo suicida
 - Breve, períodos pasajeros
 - Amplios períodos
 - Continuo (crónico), casi continuo
7. Frecuencia de la ideación/deseo suicida
 - Raro, ocasional
 - Intermitente
 - Persistente o continuo
8. Actitud hacia la ideación/deseo suicida
 - Rechazo
 - Ambivalente, indiferente
 - Aceptación
9. Control sobre el acto suicida:
 - Tiene sentido del control
 - Control incierto
 - No tiene sensación de control
10. Disuasores ("frenos") para hacer un intento activo (familia, secuelas si no se consuma)
 - No quería el suicidio por el "freno" que tiene
 - Alguna preocupación por los "frenos"
 - Mínima o ninguna preocupación sobre los frenos.
11. Razones para el Intento planeado
 - Manipular el ambiente, atraer la atención, venganza
 - Combinación de ambas
 - Escapar, resolver problemas

III. Características del Intento de suicidio planeado

12. Método: especificidad/planificación
 - No considerado
 - Considerado, pero sin resolver los detalles
 - Detalles resueltos, bien formulados
13. Método: disponibilidad/oportunidad
 - Método no disponible, no oportuno
 - Método que requeriría tiempo, esfuerzo/no oportuno
 - Método y oportunidad disponibles

- Oportunidad futura o disponibilidad del método anticipada

14. Sensación de "capacidad para realizar el Intento"

- No coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- Inseguro de tener coraje, competencia
- Seguro de su competencia, coraje

15. Expectativa/Anticipación del Intento actual

- No
- Incierta
- Si

IV. Realización del intento de suicidio

18. Preparación real

- Ninguna
- Parcial (p.e.: empezar a recoger comprimidos)
- Completa (p.e.: tener comprimidos, navaja afeitar, arma cargada)

19. Nota suicida

- Ninguna
- Iniciada pero no terminada, solo ideas sobre ella
- Completada, depositada

20. "Últimos arreglos" para preparar la muerte (seguros, testamento, donaciones, etc.)

- Ninguno
- Ideas sobre o hacer algunos arreglos
- Ha realizado o completado los arreglos

21. Engaño/Ocultación de la tentativa planeada

- Revela las ideas abiertamente
- Contiene su revelación (reticente)
- Intenta ocultar, engañar, mentir

V. Antecedentes

22. Intentos de suicidio previos

- Ninguno
- Uno
- Más de uno

23. Intención de morir relacionada con el último intento

- Baja

- Moderada, ambivalente, insegura
- Alta

XII.3. Costos y recursos

XII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 2 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personas que participaron en el estudio 			
XII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	80.00	160.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Calculadoras	2 unidades	75.00	150.00
XII.3.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.3.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias	00.35	420.00
Encuadernación	12 informes	80.00	960.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			5,000.00
Inscripción al curso			2,000.00
Inscripción del anteproyecto			
Inscripción de la tesis			
Subtotal			
Imprevistos 10%			
Total			\$11,824.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XII.4. evaluación.

Sustentantes:

Simón Báez Paulino

Gustavo Martínez Sánchez

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dra. Nathalia Montero
(Clínico)

Jurado:

Autoridades:

Dra. Claudia Scharf
Directora de la Escuela de Medicina
la Salud

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____

