

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Relación entre conducta suicida y consumo de marihuana en estudiantes de secundaria del Instituto “Alberto Berríos” de la comunidad Chacraseca.

Autores:

Bra. Virginia de los Ángeles Gutiérrez Morales.

Bra. Laleska Tamar Guzmán Siles.

Tutor:

Dr. Andrés Herrera Rodríguez PhD.

Profesor titular.

Facultad de Ciencias Médicas.

“A la libertad, por la Universidad”

ÍNDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	5
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Objetivos específicos:	7
Marco Teórico	8
Diseño Metodológico	19
Resultados	26
Discusión	29
Conclusión	32
Recomendaciones	33
Referencias	34
ANEXOS	38

Agradecimientos

Primeramente, queremos agradecer a nuestros padres y familiares que han sido motor y soporte en este largo camino, a nuestro tutor de tesis Dr. Andrés Herrera, quien, con su amplio conocimiento y experiencia, nos guio permitiéndonos indagar en este interesante y gran problema social en nuestro país. Le agradecemos el tiempo que compartió sus enseñanzas y conocimientos para que pudiéramos culminar nuestra tesis.

Al Lic. Carlos Rojas por compartir sus conocimientos para lograr la culminación de esta tesis investigativa, por brindarnos gran parte de su tiempo enseñando con profesionalismo y gran calidez humana.

A nuestros compañeros, por brindarnos sus consejos y amistad para seguir adelante hasta lograr con éxito la conclusión de nuestro trabajo.

Dedicatoria

Dedicamos esta tesis a nuestros padres, a quienes les estaremos eternamente agradecidos por formarnos como personas de bien, impulsándonos con amor y comprensión a lograr nuestros objetivos.

A nuestros tíos(a) Yadirá Gutiérrez y Felipe Siles que nos apoyaron incondicionalmente para poder culminar nuestro trabajo.

A nuestros compañeros que colaboraron con nuestro trabajo, brindándonos su apoyo y conocimiento de forma incondicional.

Opinión del tutor

El presente estudio realizado en el área rural de León, en el Instituto “Alberto Berríos” de la comunidad Chacraseca que inicia como un trabajo para optar al título de Dr en Medicina y Cirugía cuyo fin es medir la relación entre conducta suicida y consumo de marihuana podría ser el estudio pionero para encontrar la causa de suicidio esporádicos que se han dado en los últimos cinco años en la población estudiada.

Durante el desarrollo del estudio los estudiantes adquirieron el conocimiento, las habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

Los resultados obtenidos aportan información útil acerca de la causa de conducta suicida y crea más incógnitas acerca de otros factores que pueden incidir en tal evento.

En cuanto al desempeño de los autores se destaca la perseverancia, disciplina y cumplimiento de todas las observaciones y correcciones dadas en cada sesión.

Resumen

Objetivo: El presente trabajo evalúa la relación entre conducta suicida y consumo de marihuana, así también la relación entre otros factores como maltrato escolar entre pares, consumo de alcohol y violencia intrafamiliar.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal, elaborado en el área rural de León en el Instituto “Alberto Berrios” ubicado en Chacraseca. La unidad de muestreo fueron 106 estudiantes de secundaria, los cuales fueron seleccionados mediante una técnica de muestreo aleatorio simple. Se aplicó el test de Likert de la OMS y preguntas con respuestas dicotómicas para el cruce de variables. El análisis de los datos se llevó a cabo en el programa IBM SPSS versión 20 donde se calculó frecuencia, análisis univariado (Chi cuadrado, valor de P, OR crudo) y análisis multivariado (regresión logística binaria OR ajustado).

Resultados: Se encontró un riesgo alto de conducta suicida (64.2%), con el OR crudo se obtuvieron valores estadísticamente significativos para factores como consumo de alcohol, maltrato escolar entre pares, y pérdida de algún familiar, sin embargo, al ajustarse el OR no había una asociación con consumo de marihuana ($p=0.50$), no obstante, si se encontró significancia entre el maltrato escolar y conducta suicida ($p=0.04$).

Conclusión: La evidencia demostró un elevado nivel de riesgo alto de suicidio, donde el consumo de marihuana no tenía asociación directa; contrario al maltrato escolar entre pares que es el principal factor influyente y por tanto debe ser vigilado y tomado con la seriedad que la situación amer



Introducción

El suicidio puede definirse como un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones, en las que el individuo muestra una preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal y deseo de muerte, discurre por el intento suicida hasta finalizar con el suicidio consumado.^{1,2,3}

Según la Organización Mundial de la Salud cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 000 habitantes, o una muerte durante cada 40 segundos⁴. La situación se torna alarmante por que en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial.^{4, 5}

El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda en el grupo de 15 a 24 años: dichas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, los cuales pueden ser hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Anualmente cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, de los cuales el 78% ocurre en países con bajos y medianos ingresos.^{4, 5, 6}

Según la Organización Panamericana de la Salud en la región de las Américas cerca de 65 000 personas se suicidan cada año. Esta región tiene una tasa de suicidio de 7.3 por cada 100 000 habitantes, siendo menor que el promedio mundial que es de 11.4, pero que no deja de ser alarmante. En los periodos comprendidos entre 2005 y 2009 la tasa de suicidios disminuyó en Estado Unidos, pero se incrementó en América Latina.^{4, 5, 6}

Los países en la región con las tasas de suicidio más altas entre 2005 y 2009 fueron: Guyana (26,2 por 100 mil habitantes), Surinam (23,3), Uruguay (14,2), Chile (11,2), Trinidad y Tobago (10,7), Estados Unidos (10,1), Cuba (9,9) y Canadá (9,7).⁵

En Nicaragua hay un incremento de las tasas de suicidio de 4.84 por 100 000 habitantes en 1995, a 13.21 suicidios por 100 000 habitantes en 2007. Al final de



este estudio Nicaragua tenía la tasa más alta según los datos antes mencionados. En segundo lugar, el Salvador con 7.9 suicidios por 100 000 habitantes, luego Costa Rica con 7.14 suicidios por cada 100 000 habitantes.^{5, 6}

Tradicionalmente las tasas más altas de suicidio se han registrado en individuos del sexo masculino en edad avanzada, pero en los últimos años las tasas entre individuos jóvenes han ido aumentando a tal grado que en la actualidad estos constituyen el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países en vías de desarrollo como en los de primer mundo.^{5,6}

En Norte América, los trastornos mentales como la depresión constituyen un factor de riesgo del suicidio. En Europa, América del Norte y países asiáticos tiene especial importancia la conducta compulsiva. En países de la región centroamericana se ha mostrado un incremento del uso de sustancias psicógenas, asociado a la conducta suicida.⁵

Es conocido que los adolescentes reaccionan de manera efusiva para tomar decisiones de conducta suicida, aunque el 50% de estos jóvenes solo demandan atención, a nivel clínico los factores que influyen son: el abuso del alcohol, drogas, aparición de depresión o un brote psicótico, cuando en el entorno familiar y el social son desfavorables, ruptura amorosa, orientación sexual no asumida, fracaso escolar reiterado, baja autoestima.³

Los factores arriba mencionados son muy importantes, pero en el presente trabajo nos enfocamos en el efecto que tiene el consumo de marihuana en un grupo de estudiantes del instituto “Alberto Berrios” de la comunidad Chacraseca, León, Nicaragua.



Antecedentes

El suicidio es un acto deliberado e intencional que provoca una lesión autoinflingida que termina en la muerte (CIE 9-10). A nivel centroamericano son pocos los estudios que se han realizado sobre el tema. El Informe Sub-Regional de Suicidio; Centroamérica y la República Dominicana, en el periodo 1988 a 2008, muestra la situación preocupante de Nicaragua, país con las tasas más altas de suicidio a nivel centroamericano en un orden creciente.^{2, 6, 26}

El flagelo del suicidio afecta a escalas mundiales. En España las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), dirigido a la población escolar de este país, reportan que las sustancias de mayor consumo son el tabaco, la marihuana y el alcohol debido a su disponibilidad.⁷

El tema de suicidio ha llevado a muchos investigadores a buscar que factores aumentan el riesgo y cuales son protectores. Éstos coinciden en que padecer alguna enfermedad psiquiátrica, sufrir depresión, haber sido víctima de abuso sexual, proceder de familias violentas, abusar de sustancias (alcohol, marihuana, cocaína) son los principales influyentes^{2,3,4}.

Hay estudios individualizados sobre el suicidio y los efectos de la marihuana, pero por separado son pocos los estudios que buscan el efecto de esta droga en la conducta suicida.^{7,8,9} Son muchos los factores de confusión que afectan este tipo de estudios que no dejan claro la relación marihuana-suicidio; entre estos factores podemos mencionar:

1. La existencia de un trastorno psiquiátrico que no sea consecuencia del consumo de marihuana.
2. Tener rasgos en la personalidad donde el individuo siempre está buscando nuevas emociones.
3. Factores sociodemográficos como el sexo y ocupación lo que puede extrapolarse a una familia con problemas económicos.
4. Tener vulnerabilidad genética, tanto para el consumo de marihuana como para conducta suicida.



5. Consumo concomitante de sustancias adictivas como el tabaco.⁷

En el estudio realizado en España concluyen que es prácticamente imposible que la marihuana actúe como agente causal del suicidio consumado. Son necesarios más estudios para esclarecer el efecto de la marihuana sin la presencia de factores de confusión.^{6, 7}

En Colombia, el Ministerio de Protección Social, realizó un estudio sobre prevalencia del consumo de marihuana, en 10 universidades, el consumo de marihuana fue de 26,4 %. ⁷ lo que deja claro como este problema de salud pública afecta mayoritariamente a jóvenes y adolescentes.



Justificación

El suicidio es un problema de impacto social que afecta a personas de todas las edades con prioridad el grupo etario entre 15 y 29 años constituyéndose como una de las principales causas de muerte para este conjunto. Es por esta razón que, como estudiantes de Medicina, con interés no solo en la salud física sino también mental de cada paciente, consideramos investigar sobre conducta suicida, identificación de factores asociados a ésta en un instituto donde anualmente se reportan de 5 a 6 casos de suicidio consumado e intento de suicidio en el último quinquenio.^{1,2,3,7}

Múltiples problemas psicológicos y sociales que afectan al individuo están relacionados con el desarrollo de dependencia a sustancias como el alcohol y la marihuana, resultando la adicción a éstas como consecuencia de situaciones familiares complejas, violencia escolar y otros tipos de violencia que no han sido abordados de manera correcta⁸; factores que pueden incidir de forma negativa y llevar a la toma de decisiones que atenten contra la vida del individuo.^{1,8}

El consumo adictivo de drogas en la población joven trae consecuencias negativas en cualquier área de su desarrollo ya sea personal, laboral y social, por tanto, es importante ejecutar acciones de prevención para el consumo de drogas, asumiendo que ello sea el factor causal del brote de intentos de suicidio.

La relación entre la conducta suicida y el consumo de marihuana en el instituto “Alberto Berrios” es un tema ventajoso; su relevancia radica en la importancia de encontrar la causa de los brotes de suicidio en el instituto antes mencionado para incidir en la mejora de la calidad de vida de los estudiantes que son las víctimas de este fenómeno social y de manera indirecta en las familias de los mismos.

En este estudio, buscamos conocer más a fondo sobre los factores de riesgo que tienen los estudiantes de esta localidad para tomar esta decisión y se impartirá charlas acerca del tema de marihuana y suicidio para brindar apoyo y por tanto afianzar más el conocimiento de estos jóvenes



Planteamiento del problema

El suicidio y consumo de marihuana parecen estar relacionados, pero la presencia de factores de confusión como la presencia de trastornos psiquiátricos, problemas familiares, consumo de otras sustancias psicógenas, la predisposición genética ya sea para consumo de sustancias o para el suicidio en sí, suponen que no se describa la epidemiología exacta del efecto del uso de marihuana en el suicidio.⁷

Es un reto muy grande determinar una cantidad o el porcentaje de personas afectadas por intentos de suicidio, por la falta de instrumentos metodológicos este tema no está tan indagado.^{1, 2} Nos preguntamos, ¿Vale la pena estudiar intentos de suicidio? ¿Existen los casos suficientes para llevar a cabo este tema?, Desde el momento en que en una escuela tenemos un caso, o más de uno, es meritorio saber qué lo causa, para así encontrar las medidas para revertir este fenómeno social.

Los datos de intentos de suicidio a nivel mundial, incluso en los países desarrollados, no son tan específicos, ya sea por influencia cultural, religiosa o política por lo que nos es posible decir que los datos oficiales no coinciden con la realidad social.^{3, 4}

En el presente trabajo se investigó el efecto que tiene el consumo de marihuana en estudiantes del instituto “Alberto Berríos” en la comunidad de Chacraseca León, Nicaragua. El para qué de este estudio, es la búsqueda de factores asociados a conducta suicida. El trabajo contribuirá a brindar información para conocer el origen de este fenómeno y las acciones que pueden realizarse para revertirse.

Una vez resaltada la magnitud del problema, sabemos que este afecta a los miembros de la familia y por ende al desarrollo de una sociedad, por tanto, en nuestra investigación nos realizamos la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre la conducta suicida y consumo de marihuana en los estudiantes del instituto “Alberto Berríos” en la comunidad Chacraseca?



Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre conducta suicida y consumo de marihuana en estudiantes de secundaria del instituto Alberto Berrios en la comunidad Chacraseca.

Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de los estudiantes del Instituto Alberto Berrios de la comunidad Chacraseca.
- Evaluar el riesgo de conducta suicida según la escala de Likert en los estudiantes.
- Identificar los factores influyentes de conducta suicida en los estudiantes del Instituto Alberto Berrios.



Marco Teórico

Se entiende por suicidio como el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos o ideación suicida como el acto suicida en sí.⁹

Según la OMS cerca de 800 000 personas se suicidan cada año y por cada suicidio hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Además, el suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años teniendo en cuenta edades característicamente vulnerables. En si entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.⁵

En una persona suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.¹⁰

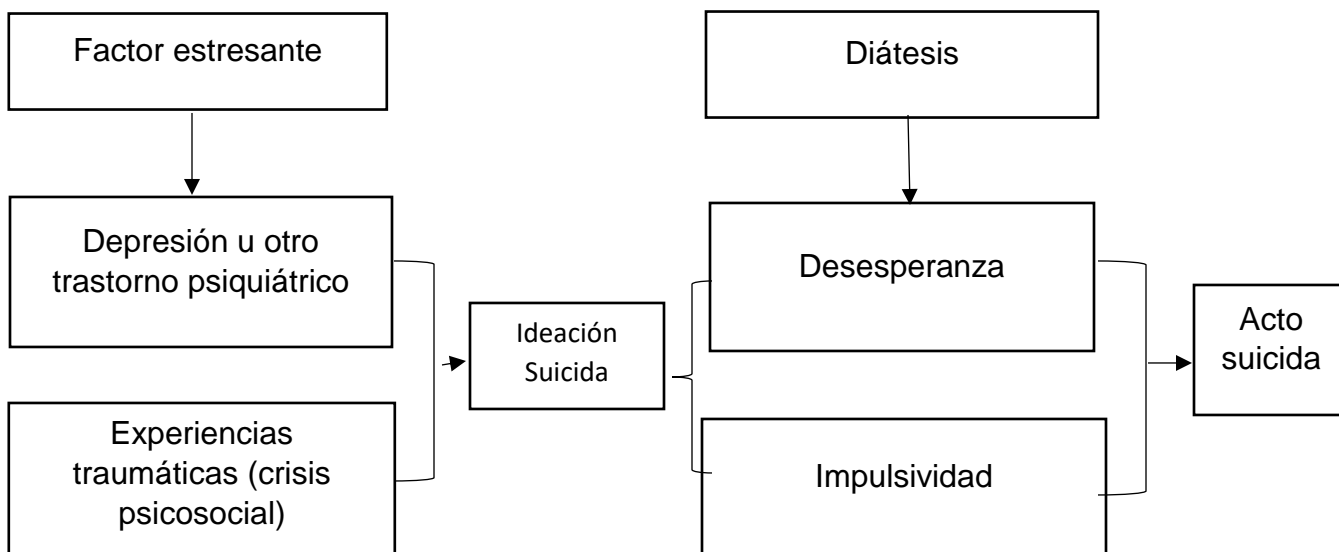
Teóricamente el suicidio se apoya en dos modelos: El primer modelo es el estrés-diátesis y se basa en que las características de algunos individuos les hace reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente. La segunda se funda en la observación de que el suicidio conlleva un proceso.¹⁰

El modelo de estrés-diátesis intenta explicar el por qué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes típicos asociados con el comportamiento suicida incluyen tanto las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, entre éstas se destaca principalmente la depresión. Aunque se considere que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial significativa puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento o al acto suicida como tal.¹⁰

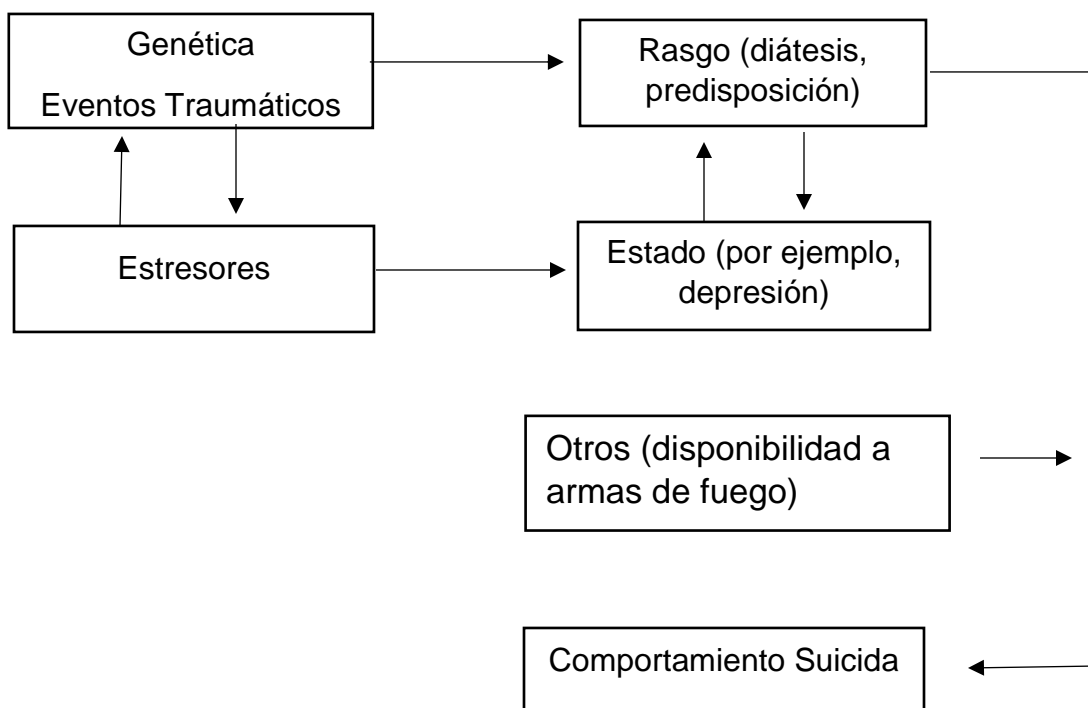


Dos aproximaciones al entendimiento del fenómeno suicido.¹⁰

a) Modelo estrés Diátesis¹⁰



b) Modelo acto suicidio –un proceso-.





Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida. b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. persistente
Comunicación suicida*	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida: <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida tipo II) b. Con grado indeterminado de intencionalidad: <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (plan suicida tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan suicida, Tipo III). 	
Conducta suicida*	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (muerte autoinflingida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinflingida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (intento de suicidio, tipo I) 2. Con lesiones (intento de suicidio, tipo II) 3. Con resultado fatal (suicidio consumado) 	
<p>*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación) -foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control). -foco mixto 		



Cuadro de conceptualización práctica de la conducta suicida.¹³

Según la OMS el suicidio es un fenómeno multicausal y complejo; en contraste con la depresión la cual es tratable y es el principal predictor de suicidio además involucra muchos otros factores. Se entiende como factor de riesgo las características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que señalan una mayor probabilidad de tener o sufrir un daño.¹²

Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables.¹³

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none">- Trastorno afectivo- Trastorno de ansiedad- Abuso de sustancias- Trastorno de personalidad- Otros trastornos mentales- Salud física- Dimensiones psicológicas	<ul style="list-style-type: none">- Herencia- Sexo- Edad:<ul style="list-style-type: none">• Adolescentes y adultos jóvenes• Edad geriátrica- Estado civil- Situación laboral y económica- Creencias religiosas- Apoyo social- Conducta suicida previa

Entre estos mencionaremos algunos tales como:

Abuso sexual

Es poco probable que las personas en su niñez aprendan estrategias para afrontar las diversas formas que adopta el prejuicio contra la homosexualidad». En consecuencia, los jóvenes LGB son vulnerables a sufrir abuso físico y sexual de sus cuidadores durante su infancia, más que los heterosexuales jóvenes. Por lo tanto, los jóvenes con experiencia previa de abuso físico o sexual durante su niñez pueden sufrir baja autoestima y problemas emocionales, que pueden contribuirá comportamiento suicida.^{12,13}



Infección por VIH-SIDA

El estado de seropositivo es otro de los factores de riesgo a una edad focalizada y en una etapa después del diagnóstico que aumenta el riesgo de conducta suicida. Aunque se ha dicho que el diagnóstico per se no es un riesgo de suicidio ni de intento necesariamente, revisiones sistemáticas corroboran que el conjunto de episodios depresivos y otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias psicoactivas y previos intentos de suicidio pueden ser mejores predictores de comportamiento suicida consumado en individuos con positividad para el VIH.¹⁴

Discriminación

Se ha evidenciado que las personas LGB frecuentemente sufren mayor rechazo, hostilidad, violencia física e intimidación que se asocia con mayor riesgo de intento suicida^{26,72,80}. En particular, la intimidación por orientación sexual es más alta para el caso de los varones gay que para las lesbianas.^{12,13-15}

Abuso del Alcohol

De manera coincidente en jóvenes heterosexuales y homosexuales, con proporciones más altas en este último grupo, se reporta el uso de alcohol y el abuso de sustancias psicoactivas horas previas al intento de suicidio. La principal explicación que hasta ahora se conoce es que el alcohol y las diversas sustancias psicoactivas generan desinhibición en las personas, lo que las acerca al intento de suicidio.^{12,13-15}

Entre las sustancias psicoactivas, el consumo de marihuana se hace de vital importancia, hay ciertos estudios elaborados en naciones unidas acerca del consumo de esta sustancia sus datos hacen referencia a que la marihuana es la sustancia ilícita más utilizada en el mundo.¹⁴

En su informe oficial afirma que más del 4% de la población adulta mundial (hablando cerca de 162 millones de personas) la consume más de alguna vez durante el año, mientras que el 0.6% la consume a diario. Por esta parte se estima que en la actualidad unos 20 millones de personas en el mundo son adictas a ella.¹⁴



La marihuana (*Cannabis sativa*) es una planta herbácea anual, de la familia Cannabaceae, que crece libremente en regiones tropicales y subtropicales. Su tallo proporciona una fibra textil, sus semillas oleaginosas producen un aceite y las glándulas de las inflorescencias femeninas (cogollos) una resina.¹⁶

Hablando propiamente de la composición del cannabis sativa esta es muy compleja, contiene más de 400 productos químicos (mono y sesquiterpenos, azúcares, hidrocarburos, esteroides, flavonoides, compuestos nitrogenados y aminoácidos) y un total de 66 cannabinoides siendo el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) el psicoestimulante más abundante y poderoso.¹⁶

Por lo general, las personas fuman la marihuana en cigarrillos hechos a mano; en estos casos se usan directamente las hojas y cogollos, secos y desmenuzados, mezclados o no con tabaco. Otros métodos incluyen el uso de pipas comunes o pipas de agua (cachimbas). También lo hacen en caños los cuales son cigarrillos vacíos que se rellenan en parte o totalmente con marihuana.¹⁶

En la actualidad hay personas que usan vaporizadores como alternativa para evitar la inhalación del humo. Estos aparatos extraen los ingredientes activos de la marihuana (incluyendo THC). De esta manera la persona inhala el vapor y no el humo. Los consumidores también mezclan la marihuana en alimentos, como bizcochos, galletas o también la preparan en infusiones como el té. Uno de los métodos más populares de consumir marihuana es fumar o ingerir diferentes formas de resinas ricas en THC.¹⁶⁻¹⁷

La práctica de fumar las resinas ricas en THC, extraídas de la planta de marihuana, está incrementando. Los consumidores le llaman a esta práctica dabbing. Algunas formas de consumir son:

- Aceite de hachís o aceite de miel- un líquido viscoso
- Cera o budder – una sustancia suave y sólida con una textura como la de un bálsamo de labios.
- Shatter – una sustancia dura y sólida, de color ambar.¹⁶



Es importante saber qué efectos tiene el consumo de esta sustancia psicoactiva debido a que es un compuesto muy usado sobre todo en la población joven asumiendo el hecho de que es consumida con gran frecuencia.¹⁷

Al inhalar el humo de marihuana se producen alteraciones de la conducta y el pensamiento, mismas que son muy complejas y guardan relación con la dosis (dosis-dependiente), con la forma de administración, con la experiencia previa del usuario, con el ambiente que lo rodea y con sus expectativas.^{16,17}

Entre los efectos más deseados por los consumidores están la acción relajante, el alivio de la tensión y la euforia. Por su efecto euforizante no debe sorprender que los usuarios señalen que consumen marihuana para sentirse “bien”, por “placer”. Además, esta sensación de bienestar y placer suele acompañarse de distorsiones en las percepciones, de tal manera que los colores parecen más brillantes, la música más vívida y las emociones más intensas y con mayor sentido.¹⁶

También la mayoría de los usuarios refieren que aumenta el placer por las experiencias ordinarias como comer (aumenta el apetito), escuchar música, disfrutar una película, conversar y hacer el amor; igualmente se distorsiona la percepción espacial y temporal. Como es de saber, bajo los efectos de la marihuana se presenta déficit cognitivo y psicomotor; estos efectos son similares a los observados con alcohol y ansiolíticos (benzodiazepinas).¹⁸

Entre los principales efectos negativos se afectan el juicio, el aprendizaje, la memoria, la capacidad de abstracción, de concentración y de resolver problemas además aumenta la latencia de respuesta a estímulos y se reduce la coordinación muscular. Por ello los intoxicados con marihuana tienen un riesgo aumentado de accidentes cuando conducen un vehículo o manejan maquinaria peligrosa¹⁸.

Debido a la muy amplia distribución de receptores cannabinoides puede afectar a cualquier parte del organismo entre estos afecta los siguientes sistemas:



Principales sistemas afectados

1) Cardiovascular: aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el gasto cardíaco; también se presenta vasodilatación en ciertos territorios, como en la conjuntiva que se muestra enrojecida, y, en algunos casos, produce hipotensión ortostática.

2) Respiratorio: relajación del músculo liso bronquial.

3) Ocular: reducción en la formación del humor acuoso.

4) Neuromuscular: disminución del tono muscular que parece derivarse de una acción central y de una acción específica sobre la placa neuromuscular.^{16,19}

Con respecto a sus efectos crónicos cabe destacar que un gran número de individuos prueba drogas con el fin de saber de qué se trata, simplemente por curiosidad, sobre todo durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta, y se sabe que para la mayoría de ellos la experiencia es única o esporádica y por un tiempo limitado. Sin embargo, en otros casos el consumo ocasional de drogas se convierte en frecuente y se hacen dependientes a sus efectos psicoestimulantes.¹⁹

Una vez que una persona se hace dependiente es difícil que recupere el control y abandone el consumo de drogas; además, no debe olvidarse que el consumo de alguna droga particular, como la marihuana, casi siempre marcha de manera simultánea con el uso de otras como cocaína, anfetaminas, alcohol, tabaco.^{16,19}

El consumo repetido de marihuana está asociado al desarrollo de dos fenómenos farmacológicos bien conocidos: a) la tolerancia y b) la dependencia (psíquica y física). Con el uso crónico se desarrolla cierto grado de tolerancia a todos sus efectos sistémicos, en especial a los que dependen del Sistema Nervioso Central, incluido el “viaje”. La tolerancia a los efectos de la marihuana se atribuye a cambios



farmacodinámicos, en especial de regulación a la baja o desensibilización de sus receptores específicos, y cabe subrayar que con el desarrollo de tolerancia los usuarios tienen que escalar la dosis de manera periódica.^{16,19-20}

La dependencia física, que se desarrolla paulatinamente, está en función de la dosis y el tiempo de administración. Se manifiesta principalmente cuando el usuario suspende abruptamente la administración crónica de marihuana, en cuyo caso se presenta un síndrome de abstinencia semejante al que se presenta en alcohólicos y en dependientes a ansiolíticos como las benzodiazepinas. Los pacientes con síndrome de abstinencia se quejan de malestar general, intranquilidad, insomnio, ansiedad, irritabilidad y anorexia; presentan temblor, cambios en la presión arterial, en la frecuencia cardíaca, sudoración y diarrea.¹⁸

Es muy importante hacer notar que el consumo de marihuana aumenta el riesgo de padecer enfermedades mentales. Por lo general en algunos estudios, el abuso temprano e intenso de marihuana se asocia con brotes de cuadros psicóticos o depresivos, mientras que el consumo cotidiano en adolescentes y adultos jóvenes aumenta de dos a cuatro veces el riesgo de padecer esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos en la edad adulta.¹⁹

A la fecha es válida la asociación entre el consumo de marihuana y el desarrollo de psicosis, y es evidente que los niños y adolescentes, dada su situación de desarrollo cerebral, son más vulnerables que los adultos a sus efectos indeseables. Desde luego, las variaciones genéticas también parecen intervenir en la asociación entre marihuana y psicosis. Algunos autores señalan que el riesgo aumentado de psicosis entre los adultos quienes consumieron marihuana en su juventud parece depender, en parte, de una variación específica en los genes para la catecol-ometiltransferasa (COMT), enzima que degrada varios neurotransmisores como la dopamina y la norepinefrina.¹⁶

Finalmente, otros estudios revelan que el consumo crónico de marihuana en individuos con problemas mentales aumenta claramente el riesgo de un desenlace menos favorable que el observado en aquellos que no la consumen.¹



En otros estudios controlados sobre marihuana medicinal, esta se muestra como un producto relativamente eficaz y seguro; sin embargo, los autores de esas investigaciones señalan que se requieren estudios de más larga duración y una población más homogénea para obtener información más contundente sobre su verdadero valor terapéutico.¹⁹⁻²⁰

Aspectos legales

La marihuana fue criminalizada en casi todos los países del mundo, incluido México, en el primer tercio del siglo XX. En la mayoría de los países las leyes contemplan penas por tráfico, cultivo o posesión para consumo propio y la policía ejerce su autoridad interceptando o confiscando cargamentos ilegales que se transportan como contrabando, incluso pequeñas cantidades que pueden ser consideradas para consumo propio.¹⁴

En todo el mundo los debates sobre la situación legal y uso de la marihuana son frecuentes. Algunos grupos proponen que se permita el consumo y posesión de pequeñas cantidades para uso personal; argumentan que se trata de una droga segura, relativamente benigna, mal clasificada y perseguida por su venta y posesión; mientras que sí se permite el uso y venta de drogas como el alcohol y el tabaco y que las sanciones contra quienes tienen y consumen marihuana representa una medida excesivamente dura que da lugar a castigos innecesarios, e injustos.¹⁹

La posición según registros encontrados en Holanda con relación a la situación legal de la marihuana es ampliamente conocida. Es el único país de la Unión Europea donde se permite legalmente la venta de marihuana en locales con licencia denominados “coffee shops”. Su consumo no es sancionado y la posesión para uso personal (hasta 5g) tiene la más baja prioridad judicial.¹⁴⁻¹⁹

En el mismo estado, desde 1996 es legítimo el uso medicinal de marihuana y se considera que puede ser un apoyo útil en el tratamiento de una amplia variedad de



enfermedades. En el mismo país, la marihuana no cuenta con la aprobación de la FDA (Food and Drug Administration) para uso medicinal.¹⁴⁻¹⁹

Legalización y riesgo para niños y adolescentes

Hasta ahora las propuestas para legalizar su uso provienen de adultos y, afortunadamente, nadie ha propuesto que se legalice para el consumo por niños y adolescentes, los cuales, ante cualquier cambio en su situación legal, serían los más afectados. Es difícil predecir cómo apreciarían los adolescentes el cambio en la situación legal de la marihuana.¹⁴

Su potencial terapéutico en estas circunstancias es muy atractivo. Algunos autores argumentan en contra por los riesgos de la marihuana inhalada; sin embargo, estos riesgos no deben evitar su uso en situaciones especiales en las cuales hay una necesidad médica incuestionable.^{14-19,20}

Según datos, en México, lo más importante desde el punto de vista académico, médico, social, económico y humanitario, es que se autoricen protocolos de investigación y que se lleven a cabo ensayos clínicos formales, controlados, para determinar si la marihuana por vía oral (o rectal) es un recurso terapéutico útil en pacientes gravemente enfermos, con padecimientos terminales.²⁰

La marihuana, como producto de *Cannabis sativa*, es la droga ilegal que más se consume en el mundo. El descubrimiento de un sistema endocannabinoide disparó el interés médico-biológico en este sistema y dio lugar a numerosas investigaciones con el fin de conocer su papel fisiológico y su participación en procesos patológicos. El consumo de marihuana durante la adolescencia afecta negativamente la maduración de diversos circuitos neuronales y aumenta el riesgo de enfermedades mentales. Por los riesgos para la salud, especialmente de niños, adolescentes y adultos jóvenes, no se justifica su legalización.¹⁴⁻²⁰



Diseño Metodológico

Tipo de estudio:

Corte Transversal analítico

Área de estudio:

Se realizó en la zona rural de León, en el Instituto Alberto Berrios ubicado en la comunidad de Chacraseca.

Periodo de estudio:

Comprendido entre julio - agosto del año 2018.

Población:

117 estudiantes de la modalidad regular de la escuela secundaria del Instituto

Criterios de inclusión

Estudiantes de secundaria matriculados en el Instituto Alberto Berrios.

Muestra:

La muestra fue de 106 estudiantes asistentes activamente y que cumplan con nuestros criterios de inclusión

Se aplicó la fórmula de muestreo aleatorio simple, con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 3%.²⁷

Datos:

N= 117

1-(alfa)

e =0.03

p =0.5

q = 0.5

$$No = \frac{Z^2 \times p q}{e^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.03)^2} \quad n = \frac{3.8416 \times 0.25}{0.0009}$$



$$n = 1067.11$$

Ya que se conoce la población

$$n = 1067 \quad n = \frac{1 + (n - 1)}{N}$$
$$\frac{1067}{1 + (1067 - 1) / 117} = 106$$

Muestreo:

Para seleccionar nuestra muestra utilizaremos el método de muestreo aleatorio simple, donde la probabilidad de selección en cada unidad está dada por la expresión:

$$f = \frac{n}{N} \quad f = \frac{106}{117} = 0.90$$

Denominada fracción de muestreo, donde: “n” representa el tamaño de la muestra y “N”, el tamaño del universo.

En donde, la probabilidad de seleccionar cada sujeto es de 0.90

Fuente de Información

Primaria: Se obtuvieron los datos básicos de los estudiantes, con registros en el Instituto “Alberto Berrios” de Chacraseca. También datos proporcionados por los estudiantes por medio de las encuestas realizadas.

Método e instrumento para la recolección de datos

Se preparó una encuesta, la cual consta de 22 items sobre ideación suicida y 3 items acerca de intento suicida. Se realizó un segundo test diseñado por autores canadienses para evaluar el consumo de marihuana, el cual fue modificado por los



autores de esta investigación, consta de 8 preguntas sobre la frecuencia del consumo de cannabis.

Procedimiento para la recolección de datos.

Una vez seleccionada la muestra a participar, acudimos al Instituto “Alberto Berríos” ubicado en la comunidad Chacraseca, León y aplicamos la encuesta en una semana a cada uno de los estudiantes, posteriormente introducimos todos los datos en el programa SPSS para ser estudiados conforme a los análisis a realizar en nuestro tipo de estudio.

Plan de Análisis:

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS versión 20, y se realizó el cálculo de cada variable.

Entre los análisis sugeridos están:

- Cálculo de la frecuencia.
- Prevalencia
- Intervalo de confianza.
- Tablas de contingencia
- Chi cuadrado
- Valor P
- Regresión logística binaria

Todos los resultados obtenidos se procesaron mediante tablas y gráficos.

Consideraciones éticas

A cada estudiante seleccionado se le entregó un consentimiento informado explicándole el objetivo de este estudio y los procedimientos a realizar. También se le explicó que la participación es voluntaria y tiene derecho a negarse o discontinuar su participación en cualquier momento del estudio. La información dada por cada estudiante es confidencial y los resultados podrán ser discutidos frente a un jurado científico. Durante la recolección de la información no se realizó ningún procedimiento invasivo. Los cuestionarios, los datos en el presente informe serán presentados siempre de forma grupal.



Operacionalización de variables.

Variable	N° de variable	Significado	Valor
Edad	1	Tiempo en años desde el momento que nace hasta el momento de la entrevista.	12-14 años 15-17 años 18-20 años.
Estado civil	2	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	1. Soltero. 2. Casado. 3. Divorciado.
Sexo	3	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	1. Femenino. 2. Masculino.
Religión	4	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias en relación a una divinidad	1. Católico. 2. Evangélico. 3. Testigo de Jehová. 4. Mormón. 5. Ninguno.
Conflictos familiares	5	Son problemas dentro de la familia que afectan el modo de vida y las interrelaciones entre sus miembros.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Conflictos con compañeros escolares	6	Acoso físico o psicológico al que someten, de forma continuada a un estudiante, en este caso al entrevistado.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Violencia	7	Uso de la fuerza para conseguir un fin, ya sea que lo haga en casa o en el instituto.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Hábitos	8	Práctica habitual en cuanto a hábitos de higiene personal.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Suicidios en la familia	9	Miembro dentro del seno familiar se provoca la muerte.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Drogas	10	Consumo de alguna sustancia con efecto narcótico y alucinógeno.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.



Rendimiento académico	11	Desempeño escolar valorado cuantitativa y cualitativamente.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Problemas sentimentales	12	Conflictos emocionales.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Abuso sexual	13	Cualquier actividad sexual sin que uno de los miembros de su consentimiento.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Maltrato físico	14	Cualquier acción u omisión, hacia el trato a una persona, en incluye violencia física y psicológica.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Aburrimiento	15	Sensación de fastidio provocada por la falta de interés o diversión por algo.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Padres alcohólicos	16	Si uno o ambos padres del entrevistado tienen dependencia al alcohol u otras drogas.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Estrés	17	Percibir un estado de cansancio mental provocado por una exigencia superior a la normal.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Alucinaciones	18	Consisten en percibir cosas como visiones, sonidos u olores que parecen reales, pero no lo son.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Acoso	19	Cuando una persona instiga o molesta a una persona, este puede ser escolar, familiar o social.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Hábitos de sueño	20	Son los patrones que se tienen para conciliar el sueño.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Hábitos alimenticios.	21	Es el régimen alimentario, formado por los hábitos y	1. Nunca. 2. Algunas veces.



		comportamientos nutricionales.	3. Muchas veces.
Cefalea	22	Dolor de cabeza intenso y persistente acompañado de sensación de pesadez.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Mala persona	23	Poseer antivalores y no tener virtudes	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Tolerancia	24	Actitud de respetar las opiniones de los demás aunque sean diferentes a las nuestras.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Preocupación	25	Estado de desasosiego, inquietud o temor, producido ante una situación difícil, un problema.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Indirectas	26	Exponer ideas hirientes de forma altanera.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
deseo de morir	27	Ideas suicida.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Plan suicida	28	Trazar movimientos y planear una situación suicida.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Intento de suicidio	29	Llevar a cabo el suicidio, pero se obtiene un resultado fallido.	1. Nunca. 2. Algunas veces. 3. Muchas veces.
Marihuana alguna vez en la vida	30	Consumo de marihuana alguna vez en la vida.	1. Nunca usado. 2. Alguna vez usado.
Consumidor de marihuana	31	Percepción del entrevistado sobre si es consumidor o no de marihuana.	1. Nunca usado o usado una vez. 2. Utilizado en la vida más de una vez.



Consumo de marihuana en 12 meses.	32	Consumo de marihuana en los últimos 12 meses.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca he usado/ no he usado en los últimos 12 meses. 2. Consumí hace 12 meses.
Consumo de marihuana en 3 meses.	33	Haber consumido en los últimos tres meses.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca he consumido/no he consumido en los últimos 3 meses. 2. Consumí hace 3 meses.
Frecuencia de consumo	34	Número de veces que ha consumido.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Nunca he consumido en los últimos 3 meses. 1. Consumo menos que mensualmente, en los últimos 3 meses. 2. Consumo mensualmente, últimos 3 meses. 3. Consumo semanalmente, últimos 3 meses. 4. Consumo diario o casi a diario, últimos 3 meses.
Consumo de marihuana en 30 días	35	Frecuencia de uso de marihuana en los últimos 30 días.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca usado. 2. Usado en los últimos 30 días.
Tipo de usuario	36	El tipo de usuario define quien ha usado y quien no ha usado marihuana, incluye a los ex consumidores.	<ol style="list-style-type: none"> 0. Nunca use cannabis. 1. Ex usuario de cannabis. 2. Usuario actual de cannabis.
Fuma marihuana	37	Fuma sustancias psicoactivas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No.
Alcohol	38	Consumo de alcohol por parte del entrevistado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No.
Familiares que consumen alcohol	39	Familiares con los que convive consumen alcohol de manera dependiente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No.
Bullyng	40	El entrevistado sufre maltrato escolar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No.
Violencia intrafamiliar	41	Que el entrevistado sufra violencia intrafamiliar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No.
Perdida familiar	42	Por parte del entrevistado.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si. 2. No.



Resultados

Características sociodemográficas de la población de estudio.

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la población en estudio. Predomina el sexo masculino (52.8%) entre las edades de 12 a 14 años (44.3%), la mayoría se encuentran solteros 94.3% y de religión católica (63.2%).

Tabla1. Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los participantes del estudio.

Características	Frecuencia (N)	Porcentaje
<u>Sexo</u>		
Masculino	56	52.8
Femenino	50	47.2
<u>Edad (años)</u>		
12-14	47	44.3
15-17	46	43.4
18-20	13	12.3
<u>Religión</u>		
Católico	67	63.2
Evangélico	14	13.2
Testigo de Jehová	1	0.9
Ninguno	24	22.6
<u>Estado civil</u>		
Soltero	100	94.3
Casado	5	4.7
Divorciado	1	0.9



II. Riesgo de conducta suicida según escala de Likert y sexo.

Según los datos encontrados el 64.2% tiene riesgo alto de conducta suicida este predomina en el sexo femenino.

Tabla2. Distribución porcentual de riesgo suicida según sexo de la población de estudio y según escala de Likert.

Riesgo	Femenino f(%)	Masculino f(%)
Alto	36(72)	32(57.1)
Bajo	14(28)	24(42.9)
Total	50(100)	56(100)

Relación entre el consumo de sustancias, ideas e intento de suicidio

La siguiente tabla muestra que de 20 personas que fuman marihuana 15, es decir el 75% han pensado en terminar con su vida y que de esas mismas 20 personas que si fuman 8 han intentado suicidarse (40%).

Tabla3. Relación entre el consumo de marihuana, ideas e intento suicidio.

	Pensar en terminar con la vida		Intento suicidio	
	si n(%)	No(%)	Si(%)	No(%)
Fumar				
Si	15(75)	5(25)	8(40)	12(60)
No	27(31.4)	59(68.6)	10(11.6)	76(88.4)
Total	42(39.6)	64(60.4)	18(17)	88(83)

Modelo explicativo de factores asociados a conducta suicida en los estudiantes del Instituto “Alberto Berrios”.

Tabla4. Las personas que consumen alcohol tienen 7.9 más probabilidades de riesgo de suicida($p=0.024$) en comparación con los que no consumen alcohol; mientras lo que sufren maltrato escolar tienen 12.33 más probabilidad de riesgo suicida ($p=0.003$) en comparación con los estudiantes que no sufren bullying y las personas que han tenido alguna pérdida familiar tienen 2.6 más probabilidad de riesgo suicida ($p=0.026$) en comparación con los que no han tenido dichas pérdidas.



Los consumidores de marihuana tienen 14 veces más probabilidad de riesgo suicida ($p=0.001$) en relación a los que no consumen.

Sin embargo, al realizar un análisis multivariado el consumo de marihuana no es un factor asociado a conducta suicida, encontrándose como factor predisponente a conducta suicida el maltrato escolar ($p=0.04$) y este tiene (OR ajustado=9.16) más probabilidad de riesgo suicida.

Tabla4. Modelo explicativo de factores asociados a conducta suicida.

Factores de riesgo	Riesgo alto n (%)	Riesgo bajo n (%)	OR	Valor P	OR ajustado	Valor P
Consumo de alcohol						
Sí	12 (92.3)	1 (7.7)	7.9	0.024*	3.078	0.32
No	56 (60.2)	37 (39.8)				
Miembros de familia que consumen alcohol						
Sí	50(69.4)	22(30.6)	2.02	0.098	1.37	0.50
No	18(52.9)	16(47.1)				
Maltrato escolar (entre pares)						
Sí	17(94.4)	1(5.6)	12.33	0.003	9.16	0.04*
No	51(58)	37(42)				
Violencia intrafamiliar						
Sí	13(86.7)	2(13.3)	4.25	0.050	0.81	0.084
No	55(60.4)	36(39.6)				
Pérdida de algún familiar						
Sí	33(76.7)	10(23.3)	2.64	0.026*	2.40	0.071
No	35(55.6)	28(44.4)				
Fumar						
Si	19(95)	1(5)	14.33	0.001*	0.113	0.50
No	49(57)	37(43)				

Valor de P con asterisco indican que es <0.05



Discusión

Este estudio evalúa la relación entre la conducta suicida y consumo de marihuana en estudiantes del instituto “Alberto Berríos”, Chacraseca, factor que no mostró asociación directa. Los resultados evidencian que existe un alto riesgo de suicidio en la población estudiada, asociado a maltrato escolar, seguido por consumo de alcohol, marihuana y la pérdida de algún familiar.

No existe asociación entre consumo de marihuana y conducta suicida al ajustarse el OR, dicha relación solo es positiva con OR crudo, datos que coinciden con un estudio realizado en España, donde describe marihuana como un elemento que favorece condiciones indirectas de suicidio (consumo de otras sustancias adictivas o la aparición de una morbilidad psiquiátrica y física), pero no como componente causal directo.⁷ Probablemente esto se deba a la presencia de factores de confusión como estrés, consumo de fármacos o quizás porque la mayoría de participantes de la investigación se encuentran entre los 12 y 14 años de edad, por lo tanto no son grandes consumidores de cannabis.

En Chile, diversos estudios realizados en estudiantes de secundaria muestran que la marihuana es un factor positivo para conducta suicida³; la razón de esta variación probablemente sea por que Chile tiene las tasas de suicidio más elevadas por cambios bruscos en la estructura socioeconómica, mientras que las elevadas tasas de suicidio en nuestro estudio probablemente se deban a causas locales que no pueden extrapolarse a todo el país; entre las que tenemos los elevados índices de violencia y bajo nivel educativo por parte de la población adulta.⁶

El alto riesgo de suicida en esta población fue de 64.2%, posiblemente porque los participantes pertenecen a un estrato sociocultural y económico bajo, coincidiendo con las tasas internacionales de suicidio que muestra la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para Nicaragua.⁶ Anualmente el colegio en estudio reporta brotes de suicidio de los que se desconoce la causa del fenómeno.

La relevancia del maltrato escolar como factor asociado a riesgo suicidio alto es estadísticamente significativo, coincidiendo con estudios realizados en el ámbito



internacional, Aguirre et al demostraron la relevancia de esta asociación.

Los estudiantes que presentaban acoso de intensidad muy alta tienen mayor riesgo suicida (30.1%) en comparación con los que no sufren acoso²³, siendo más alta en nuestro estudio con un 94.4% del total de los que sufren maltrato escolar.

En el análisis crudo este estudio constató que el consumo de alcohol por parte de los encuestados juega un papel muy importante en el riesgo suicida (P:0.024). Otra investigación realizada en nuestro país describe el consumo de alcohol como principal factor de riesgo suicida en el grupo etario de 10 a 19 años coincidiendo también con el estudio de Aguirre et al (P:0.001).^{23,24}

El consumo de marihuana en este estudio (P:0.001) y en el realizado por Aguirre et al dan el mismo valor de P, las coincidencias de algunas variables podrían explicarse por qué ambos son estudios de corte transversal con una población que comparte similitudes en sus características sociodemográficas; tales como la ocupación, edad y sexo.²³

No se encontró relación entre la presencia de familiares que consumen alcohol, violencia intrafamiliar con el riesgo de suicidio, mientras que, en el estudio, realizado en jóvenes franceses de 17 años muestran asociación a la disfunción familiar para riesgo alto de suicidio, de igual manera un estudio colombiano encontró una significancia para familias con algún grado de disfuncionalidad.²⁵

Fortalezas del estudio

La principal fortaleza del estudio fue la forma de recolección de datos pues los individuos estaban concentrados en un solo lugar y no era necesario la búsqueda individual, además presentaban características similares (edad, procedencia, raza) lo que facilitó la intervención para solicitar su participación en el estudio, así también el uso de un test ya validado -Likert de la OMS-⁴ implementado directamente sobre los participantes.

Limitantes del estudio

La principal limitante del estudio es su realización en área rural, por las tendencias de deserción escolar durante la temporada de siembra, periodo en el cual fue



realizado este estudio por lo tanto, la muestra era pequeña y al hacer asociaciones no hay diferencias significativas para algunas variables; otra limitante fue la timidez de los estudiantes al responder preguntas sobre un tema personal, también el sesgo de memoria pudo interferir al hacer preguntas sobre situaciones pasadas.



Conclusión

La evidencia demostró un nivel de riesgo alto de suicidio según escala de Likert en comparación con otras poblaciones que comparten las mismas características sociodemográficas. La marihuana no mostró asociación con conducta suicida; contrario al maltrato escolar que es el principal factor influyente y por tanto debe ser vigilado y tomado con la seriedad que la situación amerita. No se encontró relación entre disfunción familiar, consumo de alcohol y riesgo suicida.



Recomendaciones

Dada la asociación encontrada entre maltrato escolar y conducta suicida en la institución se recomienda preparar a maestros y demás personal educativo para hacer frente a situaciones de maltrato escolar entre pares, de manera que puedan intervenir en un momento de crisis y tratar las causas.

Al CIDS, que realice una intervención mediante estrategias dirigidas y personalizadas a estudiantes afectados por la problemática y que estos se lleven a cabo por personal calificado.

Al MINED, que diseñe estrategias de seguimiento para la funcionalidad de la oficina para prevención y manejo de maltrato escolar entre pares, y mantener en constante capacitación al personal de consejería escolar del instituto.

A los Padres de familia, que estén anuentes a colaborar con la seguridad emocional de sus hijos en un trabajo conjunto con el personal docente, consejeros escolares y directores empleando estrategias de seguimiento, vigilancia y prevención del maltrato escolar.

A los estudiantes, instarlos a comunicarse con sus padres o responsables de familia; participar en actividades deportivas o artísticas que fomenten autoestima personal y de grupo.



Referencias

1. Sánchez JC, Villarreal ME, Martínez FB. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Psi Inter [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 mayo 19]; 19(3): 279-287. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008&lng=es
2. Pérez SA. El suicidio, comportamiento y prevención. RevCubMed GenIntegr [Internet]. 1999 Abr [citado 2017 mayo 19]; 15(2): 196-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es.
3. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Soc Chile de psico clin (Revista en Internet). Junio 2015. (Acceso 05 de mayo 2017). <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
4. Organización Mundial de la Salud. Prevención de suicidio (SUPRE). 2012. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
5. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Nota descriptiva. Marzo 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
6. Herrera A, Solórzano L, Caldera T. Informe Sub-regional de Suicidio. Centroamérica y República Dominicana 1988- 2008. (Org Pan Sal) (Revista en Internet) 2011. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/OPS%20Suicidio%20en%20CA%20y%20RD.pdf>
7. Martínez JM. Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio. [Internet] 2011 [citado 2017 mayo 02] 13(3): 119-122. Disponible en: <https://medes.com/publication/72300>
8. Díaz Q, Fernández O. Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. Revista de Salud Pública. [Internet] 2013 [citado 2017 mayo 05] 15(1): 32-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n1/v15n1a04.pdf>



9. Gómez C, Rodríguez N, Bohórquez A, Diazgranados F. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Rev Colomb Psiquiatr. [Internet]. 2002 Dic [cited 2017 May 05] ; 31(4): 283-298. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002&lng=en.
10. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. [Internet] 2006 [citado 2006 septiembre-octubre] 29(5):66-74. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>.
11. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2010 Ago [citado 2017 mayo 05]; 52(4): 292-304. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342010000400005&lng=es.
- 12.- Arenas A, Gómez C. Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev. Colomb psiquiatr. [Internet] 2016 [citado 2017 mayo 05] 45(1): 68-75. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300063>
13. Guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida. [Internet] 57-80 Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/documentos/apartado04/factores_asociados.pdf
14. Monckeberg F. Los pros y contra de la legalización de la marihuana. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Mayo 05] ; 85(2):229-237. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03704106201404&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062014000200014>.
15. Silva D, Saldivia S, Kohn R. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Oct



- [citado 2017 mayo 19]; 141(10): 1275-1282. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000006>.
16. Grupo Nida. La marihuana. [revista de la internet] 2016, marzo 1. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>
17. Grupo Nida. El abuso de drogas y otras sustancias entre el personal militar. [revista en la internet] 2013, marzo 1. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-abuso-de-drogas-y-otras-sustancias-entre-el-personal-militar>.
18. NIH. Agitación: MedlinePlus enciclopedia médica. Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003212.htm>.
19. Rodríguez R. Los productos de Cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. Salud Ment [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2017 mayo 05]; 35(3): 247-256. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300009&lng=es.
20. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte Ignacio. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. [revista en la internet]. 2013; 25(2):118-127. Disponible en: <http://www.patologiadual.es/docs/2EEM-ARIAS-Dual%20trastorno12-2-131.pdf>.
21. Rodríguez J, Fernández A, Hernández E. Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. Redalyc. 2006; 7 (8).
22. Valdivia M, Silva D, Sanhueza F. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. 2015; 1; 320- 328. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/785/78524107.pdf>
23. Aguirre DC, Cataño JJ, Cañón SC, Marín DF. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad Manizales



- (Colombia), 2013. Rev. Fac. Med. [Revista en Internet]* 2015. [12 sept 2018] Vol. 63 (No. 3): 419-29 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a09.pdf>
24. López DM, Rodríguez RG. Vigilancia de conducta suicida observacional en cinco hospitales de Nicaragua, 2005 [Tesis Doctoral]. Unan León. Universitas;2005. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3741/1/206131.pdf>
25. Consoli A, Peyre H, Speranza M, Hassler C, Falissard B, Touchette E, et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013;7 (1): 8. Disponible en: <http://doi.org/43w>.
26. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10^{ma} Revisión. Vol. II. Washington; Organización Panamericana de la Salud; 2008, Suicidio; p.97
27. Sampieri R, Collado C, Baptista M. Quinta edición. Mexico: Mc Graw-Hill; 2010



ANEXOS



Ficha de recolección de información

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-LEÓN

Tema: Relación entre la conducta suicida y el consumo de marihuana compactada en estudiantes de secundaria del Instituto Alberto Berríos de la comunidad Chacraseca.

Consentimiento informado

La siguiente investigación se llevará a cabo por estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León). Este trabajo tiene como finalidad dar una respuesta a una problemática estudiantil que afecta a la familia y a la comunidad. Si usted accede a participar en este estudio se hará de manera voluntaria y se le pedirá llenar una encuesta en la que se tomará 20 minutos de su tiempo para la resolución de esta.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Puede retirarse del proyecto en cualquier momento, si alguna de las preguntas le parece incomoda o confusa puede hacérselo saber al investigador.

Acepto participar en el estudio:

Sexo: F _____

M _____

Edad:

Estado Civil: a) Soltero

Religión: a) Evangélico

b) Casado

b) católico

c) Divorciado

c) Testigo de Jehová

d) mormón

e) Ninguna

Encierre en un círculo el factor de la siguiente lista que usted considere que lo afecta

1. Consume usted alcohol Si___ No___
2. Miembros en la familia que consumen alcohol Si___ No___
3. Sufre usted de maltrato escolar Si___ No___
4. Sufre usted violencia intrafamiliar Si___ No___
5. Ha tenido usted alguna perdida familiar recientemente Si___ No___



Marque con una X según considere

CUESTIONARIO PARA DETECCION DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES	NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
1 ¿Tienes conflictos frecuentes con tu familia ?			
2 ¿Tienes conflictos con tus compañeros/as			
3 ¿Actúas de forma violenta en casa o en el instituto?			
4 ¿ Mantiene unos hábitos adecuados de higiene y aseo personal?			
¿En tu familia ha habido algún suicidio?			
6 ¿ Tomas drogas o alcohol?			
7 ¿ Tu rendimiento académico es bajo?			
8 ¿ Tienes problemas sentimentales?			
9. ¿Has tenido abuso sexual?			
10 ¿Has recibido maltrato físico?			
11 ¿ Te aburres continuamente?			
12 ¿ Tus padres toman drogas o alcohol?			
13 ¿Te sientes estresado/a?			
14 ¿Tienes alucinaciones o pensamientos extraños?			
15 ¿Has vivido algún suceso de acoso?			
16 ¿ Duermes con normalidad?			
17 ¿ Comes bien de forma habitual?			



18 ¿ Tienes dolores de cabeza ,estomago, ansiedad?			
19 ¿Piensas que eres una mala persona?			
20 ¿Te muestras poco tolerante a los elogios o a los premios?			
21 ¿Tienes alguna situación familiar que te preocupe?			
22 Lanzas indirectas a familiares o amigos/as del tipo no me veréis más, nada me importa...			
23 ¿Has deseado alguna vez estar muerto/a?			
24 ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?			
25 ¿Has intentado suicidarte? Ningún intento Un intento Dos intentos Tres o más			
OBSERVACIONES			

Englobe su respuesta:

Fuma: a) Si
b) No

a) ¿Alguna vez en la vida has consumido marihuana?

0-Nunca he usado
1-Alguna vez he utilizado en la vida

b) Uso demarihuana de por vida, excluyendo el uso de una vez

0-Nunca he usado o he usado solo una vez
1-He utilizado en la vida más de una vez

c) ¿Ha consumido marihuana en los últimos 12 meses?

1-Nunca he usado / no he usado en los ultimos 12 meses
2-Consumi hace 12 meses



d) ¿Ha consumido marihuana en los últimos 3 meses?

- 1-Nunca he consumido / no he consumido en los últimos 3 meses
- 2-Consumi hace 3 meses

e) ¿Con qué frecuencia consumemarihuana en los últimos 3 meses?

- 0-Nunca he consumido en los últimos 3 meses
- 1-Consumo menos que mensualmente, en los últimos 3 meses
- 2-Consumo mensualmente, últimos 3 meses
- 3-Consumo semanalmente, últimos 3 meses
- 4-Consumo a diario o casi a diario, ultimo 3 meses

f) ¿Haz consumido marihuana en los últimos 30 días?

- 0-Nunca consumí
- 1-Consumi en los últimos 30 días

g) Tipo de usuario de marihuana - 3 categorías

- 0-Nunca usé cannabis
- 1-Ex usuario de cannabis; no ha usado en los últimos 12 meses
- 2-Usuario actual de cannabis; ha utilizado en últimos 12 meses



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
UNAN-León.
Facultad de Ciencias Médicas.
Carrera de Medicina.**

Lic. Blandón.
Directora del Instituto Alberto Berríos.
Sus Manos.

Estimada Lic. Blandón:

Somos estudiantes de V año de Medicina, de la Facultad de Ciencias Médicas UNAN-León.

El motivo de la presente es para solicitarle el permiso para realizar un estudio descriptivo de corte transversal en los estudiantes matriculados en dicho instituto, con el tema “Relación entre la conducta suicida y el consumo de marihuana compactada en estudiantes de secundaria del Instituto Alberto Berríos”, bajo la tutoría del Dr. Andrés Herrera Rodríguez (Dpto. Salud Pública UNAN-León), ya que consideramos que este problema de salud es de suma importancia, tanto para los estudiantes, en Instituto y la comunidad en general .

Cabe mencionar que esta investigación es un requisito para la aprobación del componente de investigación de nuestro año y para realización de futuras investigaciones. Comprometiéndonos a que todos los datos recaudados serán recolectados con profesionalismo y ética, tomando medidas necesarias para no dañar la confidencialidad, salud y estado psicológico de las estudiantes.

Sin más que referirnos nos despedimos de usted, deseándole que tenga un buen día.

Atentamente,

Autores:

Tutor:

Br. Virginia de los Ángeles Gutiérrez Morales

Dr. Andrés Herrera. _____

Br. Laleska Tamar Guzmán Siles

León, 7 de julio de 2017