

11241

13  
2ej.

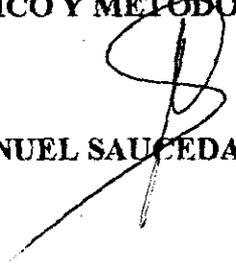
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y  
SALUD MENTAL

INTENTO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES  
¿ IMPULSIVIDAD O DEPRESION ?

TESISTA:

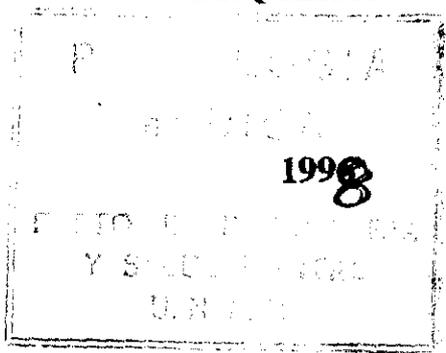
DR. FELIX HILARIO HIGUERA ROMERO

TUTOR TEORICO Y METODOLOGICO:



DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE " ESPECIALIZACION EN  
PSIQUIATRIA "



261369

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **PROTOCOLO DE TESIS:**

### **TITULO DEL PROYECTO:**

**INTENTO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.  
¿ DEPRESION O IMPULSIVIDAD ?**

### **ASESOR IMSS UNAM**

**DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA.**

**PSIQUIATRA INFANTIL. JEFE DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL IMSS Y PROFESOR DE PSIQUIATRIA DE LA UNAM.**

### **TESISTA:**

**DR. FELIX HILARIO HIGUERA ROMERO.**

**RESIDENTE DE TERCER AÑO DE PSIQUIATRIA.**

### **COLABORADORES:**

**DR. ALEJANDRO RAMIREZ BLANCO.**

**PSIQUIATRA INFANTIL ADSCRITO AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI IMSS.**

**DR. ARMANDO ANAYA SEGURA.**

**PSIQUIATRA INFANTIL ADSCRITO AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI IMSS.**

**DR. MIGUEL ANGEL MONTOYA C.**

**JEFE DEL SERVICIO DE ADMISION CONTINUA DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CMN SIGLO XXI IMSS.**

### **LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:**

**SERVICIO DE ADMISION CONTINUA Y DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CMN SIGLO XXI IMSS.**

## I N D I C E

1. Introduccion	1
2. Antecedentes	2
3. Objetivos	4
4. Justificación	5
5. Planteamiento del problema	6
6. Hipótesis	7
7. Sujetos, material y Métodos	8
8. Resultados	10
9. Discusión	13
10. Bibliografía	15
11. Tablas	18
12. Anexos	22

## INTRODUCCION

La conducta suicida en adolescentes se ha convertido en un problema de enorme preocupación para los expertos de la salud en general.

Actualmente se conoce que esta es la segunda causa de muerte en sujetos de 15 a 25 años en los países desarrollados.

Se ha identificado que la impulsividad y la depresión son los factores más comunes que precipitan el intento de suicidio entre estudiantes de secundaria y preparatoria. Los adolescentes suicidas se describen usualmente impulsivos, pues por lo menos una tercera parte de ellos realizan el acto con poca premeditación.

Los sujetos deprimidos generalmente conocen la fatalidad del acto, toman precauciones para que no los descubran y cursan con pensamientos suicidas previos al intento.

El presente estudio tiene el objetivo de conocer los factores que precipitan el intento suicida en una población de 17 pacientes que fueron atendidos en los servicios de Urgencias, hospitalización y en la consulta externa de Salud Mental del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI en un periodo de un año.

## ANTECEDENTES :

El suicidio es una conducta agresiva realizado con el propósito consciente de autodestrucción (2); cuando la persona logra la meta se habla de suicidio, si el paciente sobrevive se considera el acto como intento suicida.

El gesto suicida es una forma dudosa de conducta suicida y difícil de diferenciar del intento de suicidio, es un acto de autolesión pero sin propósito de autodestrucción, frecuentemente realizado para impresionar o llamar la atención (2). Beck en 1971 distinguió tres categorías del suicidio:

- a). Suicidio completo. Acto voluntario autoagresivo que termina en la muerte.
- b). Intento suicida. Es el mismo tipo de acto con lesión física sin llegar a la muerte
- c). Ideación suicida. Incluye ideas o pensamientos que indican la pérdida del deseo de vivir sin ocasionar lesiones físicas.

Múltiples investigaciones exploran las causas, prevención y consecuencias del suicidio. Actualmente en México no existen estudios epidemiológicos sobre éste fenómeno en menores de edad (10,26). En 1986 se estudiaron algunos factores clínicos y sociodemográficos del intento suicida en adolescentes precisando que un 80% de la población estudiada cursó con depresión severa sin determinar los factores precipitantes (2,4). En Estados Unidos, en 1965 la tasa de suicidio por 100 000 habitantes de la población general fue de 1.7. En 1989 se reportó una tasa de 12.9 por lo que se puede afirmar que la incidencia del suicidio se ha incrementado en un 222% en los últimos 30 años (2). Actualmente el suicidio es considerado la segunda causa de muerte en la adolescencia en países desarrollados (2,3,25).

En menores de edad que intentan el suicidio el método más utilizado es la sobredosis medicamentosa en un 70-90%. con menor frecuencia

se utilizan otros métodos como las autolesiones con instrumentos cortantes y armas de fuego (3,5,12).

Diversas causas han sido estudiadas como factores determinantes del intento suicida, entre otras se mencionan la noción o fantasía de muerte, el impulso autodestructivo, los factores familiares o situacionales y la coexistencia de trastornos comórbidos tales como alcoholismo, farmacodependencia, depresión, trastornos de somatización y enfermedades médicas entre otras (14).

No es infrecuente el antecedente de intentos suicidas transgeneracionales, es decir, entre los padres, hermanos y otros parientes del paciente (3,16).

El adolescente en su desarrollo experimenta una serie de cambios biológicos, emocionales, cognitivos y conductuales que lo hacen más vulnerable a diversas situaciones estresantes (23,24). La impulsividad es un estilo propio de respuesta psicológica en esta edad y ha sido identificada como factor de riesgo de suicidio (2,9).

Las reacciones de adaptación ante diversas experiencias como disfunción familiar, nivel socioeconómico bajo, problemas de salud de algún familiar, divorcio de los padres o problemas escolares, constituyen factores de riesgo para la recurrencia o repetición de los intentos suicidas.

Ante un caso de intento de suicidio el médico de Urgencias que proporciona la atención inmediata, debe solicitar el apoyo del psiquiatra o enviar al paciente al servicio de Psiquiatría, con el objeto de evitar la recurrencia y posible consumación del acto.

## OBJETIVO

Determinar en qué medida el intento de suicidio en menores de edad está condicionado por factores depresivos o por impulsividad.

Determinar cuales son los factores precipitantes más comunes.

Determinar el tipo de trastornos psiquiátricos en los menores que intentan el suicidio

## JUSTIFICACION

El intento suicida en niños y adolescentes es un problema frecuentemente observado en los servicios de urgencias de los hospitales. En el servicio de Admisión Continua del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, estos pacientes son primero evaluados y estabilizados médicamente. Basándose en las características clínicas de cada caso, los menores pueden ser internados, enviados al Hospital Psiquiátrico o referidos a la Consulta Externa de Salud Mental del propio Hospital.

Los menores y sus familias empiezan a ser valorados por el psiquiatra desde su llegada al hospital y en su proceso de estudio y tratamiento se requiere del trabajo conjunto de psiquiatras, pediatras, trabajadoras sociales y otros profesionales, en una interacción comprendida dentro del concepto de la Psiquiatría de Enlace. Por estos motivos se hace necesario conocer los factores epidemiológicos fundamentales que conciernen al fenómeno del intento suicida.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han descrito estudios referentes a los factores de riesgo del intento suicida en la población pediátrica, pero en nuestro medio existe información muy escasa al respecto.

Las preguntas que se pretenden contestar con este estudio son:

En qué medida la realización del intento suicida en menores de edad está determinada por una condición depresiva, por impulsividad o por una mezcla de ambas?

Cuáles son los diagnósticos psiquiátricos más comunes en estos pacientes, tanto primarios como comórbidos?

Cuáles son los factores que con mayor frecuencia precipitan el intento de suicidio?

Cuál es la frecuencia relativa del intento suicida por género?

Cuáles son los métodos más utilizados?

## HIPOTESIS

En la producción de intentos suicidas en menores de edad, son más relevantes los factores de impulsividad que los factores depresivos

## SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

La muestra constó de 17 casos evaluados en un periodo comprendido de diciembre de 1994 a enero de 1996 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Se incluyó a 17 pacientes de 7 a 15 años de edad, de ambos sexos, que saben leer y escribir y que el paciente y sus familiares que estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, al igual que sus familiares. se excluyó a los sujetos en los que el intento suicida haya perturbado sus funciones mentales superiores.

A todos los pacientes se les realizó una evaluación médica integral indicando o no la hospitalización. De igual forma se efectuó una entrevista psiquiátrica de acuerdo a los criterios del Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana 1994.

Los factores sociodemográficos se obtuvieron a través del cuestionario de datos personales que incluyeron: edad, sexo, escolaridad, factores predisponentes del intento suicida (psicológicos, familiares, escolares, sociales y conflictos con el novio o la novia), historia personal y familiar de trastornos psiquiátricos, disfunción familiar, historia de abuso, tratamientos empleados, complicaciones médicas y psiquiátricas.

El intento suicida se evaluó mediante un interrogatorio en que se investigó: circunstancias, método utilizado, intento previo, pensamientos suicidas recientes, conocimiento de la fatalidad del acto y premeditación.

La depresión se midió a través de la escala CDI (Children Depression Inventory, Kovacs 1980-1981). Se trata de un autorreporte que consta de 27 items para evaluar el humor negativo, problemas interpersonales, inafectividad, anhedonia y autoestima negativa. El grado de depresión se mide de acuerdo al score total. Un score total 56 a 60 se considera levemente por arriba del promedio, de 61 a 65

moderado, de 66 a 70 alto y por arriba de 70 muy alto (Children Depression Inventory CDI Manual, Kovacs 1992)

La impulsividad fue calculada con la escala ordinal, la gravedad fue clasificada en leve, moderada y severa, método que permite el cálculo de la mediana.

El funcionamiento global de la familia se evaluó mediante la escala General Functioning Subscale of The McMaster Family Assessment Device (10). El cuestionario consta de doce items en escala Likert. El score normal es de 2.17 . Por arriba de esta puntuación se considera que la familia es disfuncional.

El análisis de datos fue realizado por medio de la escala nominal, procedimiento que consistió en clasificar las variables dependientes (impulsividad y depresión). La estadística descriptiva se realizó mediante frecuencia, proporciones y porcentajes.

## RESULTADOS

Se evaluaron 17 casos de intento suicida en niños y adolescentes. Los datos demográficos correspondieron a una muestra de menores de 7 a 15 años de edad, de los cuales las mujeres ocuparon la frecuencia más alta de intentos que fue de 88.2% (N=15) en relación a los hombres que fue de 11.7% (N=2).

El 82.3% cursaban la educación secundaria, un 11.7% la primaria y 5.8% la preparatoria.

Los conflictos familiares fueron los factores desencadenantes más frecuentes, y en menor proporción lo estuvieron los problemas psicológicos, sociales y conflictos con la novia/novio (ver tabla III).

Un 41.1% (N=7) tuvieron antecedentes psiquiátricos personales (trastorno por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad, trastorno del aprendizaje y trastorno de conducta).

Un 47% (N=8) revelaron antecedentes psiquiátricos familiares (retraso mental, esquizofrenia, alcoholismo, ansiedad, depresión y epilepsia).

Cuatro pacientes habían estado recibiendo tratamiento psiquiátrico (psicofármacos y psicoterapia).

La escala de funcionamiento global de la familia indicó una frecuencia de disfunción familiar de 64.8% (N=11).

El 47% de los pacientes presentaron historia de abuso físico, ningún caso reveló historia de abuso sexual. Después del intento suicida 8 pacientes recibieron psicoterapia individual, 4 requirieron de psicofármacos antidepresivos y 9 acudieron a terapia grupal.

Un caso se envió al hospital psiquiátrico y dos pacientes fallecieron a consecuencia de las complicaciones médicas ocasionadas por agentes químicos de uso doméstico utilizados en el intento suicida.

En la evaluación del intento suicida la premeditación se encontró en un 52.9% (N=9), el 64% cursó con pensamientos suicidas una semana previa, predominó el horario nocturno (18-24 hrs.) para la realización del acto en un 64.7%. Diez y seis sujetos intentaron quitarse la vida en su casa y el espacio más comunmente utilizado fue la recámara. La estación del año que más predominó fue el invierno en una proporción de 76.4% (N=13) (ver tabla I).

Los diagnósticos psiquiátricos de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico para Trastornos Mentales DSM IV encontrados en orden de frecuencia fueron distimia, depresión mayor, trastorno por déficit de atención con hiperactividad e impulsividad y trastorno de conducta.

A los diagnósticos anteriores se agregaron en algunos casos: trastorno de conducta, reacción adaptativa con síntomas mixtos, farmacodependencia, oposicionismo desafiante y trastorno del aprendizaje (ver tabla II)

El método utilizado en el intento suicida que más predominó fue la intoxicación medicamentosa en un 70.5% (N=12); el lanzamiento al vacío y la ingesta de productos químicos de uso doméstico ocuparon una menor proporción (ver tabla IV).

De los 17 pacientes, 76% (N=13) tuvieron algún trastorno depresivo según los criterios del DSM IV.

Del total de pacientes, el 48% (N=8) tuvieron un diagnóstico clínico en el que es relevante la impulsividad.

De los 17 pacientes de la muestra, sólo 14 respondieron a la escala CDI para la depresión. Todos ellos tuvieron puntuaciones positivas para considerar un cuadro depresivo en diferentes grados. Según los criterios de dicha escala, 4 pacientes mostraban depresión leve, 2 en grado moderado, 2 en grado alto y 6 en grado muy alto.

Según la apreciación de los padres, 12 de los 17 pacientes (70%) eran impulsivos, 8 de ellos (48%) en grado importante. De los 12 pacientes

considerados impulsivos por sus padres, la mitad reunieron los requisitos para algún diagnóstico en el que la impulsividad es relevante (trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno orgánico cerebral y trastorno por oposicionismo).

En 13 de los 17 pacientes (76%) se observó comorbilidad del cuadro depresivo con un trastorno que incluye factores de impulsividad.

Se considera que si bien la depresión en diversos grados es un síntoma muy frecuente en los menores con intento suicida, hay un subgrupo de ellos donde también se detecta impulsividad en un grado importante.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

El intento suicida se define como un acto de autoagresión que ocasiona lesiones físicas sin llegar a la muerte. La conducta suicida es rara en la infancia y se hace más frecuente en la adolescencia. La conducta suicida no letal es prevalente en aproximadamente el 9% de la población infantil, de éstos un número significativo han terminado en el suicidio consumado.(5,9,27)

En nuestro país no existen estudios epidemiológicos sobre éste fenómeno en menores de edad. Se afirma que en los últimos años el intento suicida en pacientes pediátricos ha ido en aumento. Diversos factores se han atribuido al fenómeno, entre otros se mencionan los factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares.

El profesional de la salud se ha visto en la necesidad de enfocar su atención en el intento suicida ya que debe proporcionar un manejo inmediato y solicitar apoyo al psiquiatra para abordar al paciente de manera integral con el objeto de evitar recurrencias y posible consumación del acto.

Si bien se ha mencionado que la depresión es muy frecuente entre los suicidas la impulsividad es un estilo general que ha sido también identificado como un factor de riesgo para el suicidio; los menores, en especial los adolescentes se describen impulsivos. La literatura reporta que una tercera parte de los intentos ocurren con poca premeditación (5), es así que los sujetos pierden fácilmente el control, comparados con pacientes agudamente enfermos.

Según los resultados de este estudio la hipótesis de que la impulsividad es más frecuentemente observada que la depresión en los suicidas menores de edad queda descartada, ya que todos los casos presentaron algún grado

de depresión, pero no todos manifestaron impulsividad. Sin embargo, sí quedo en evidencia que los menores que intentan el suicidio pueden ser divididos en dos grupos con características diferentes: los que presentan un cuadro depresivo "puro" y los que muestran rasgos de impulsividad. Cada uno de estos grupos requieren de un enfoque terapéutico específico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Achenbach, M Manual for The Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile. Burligton VT.
2. Alan Apter. Correlation of Suicidal and Violent Behavior in Different Diagnostic C Categories in Hospitalized Adolescent Patients. Am. J. Acad. of Child and Adolescent Psychiatry. 34:7 Jul 1995.
3. Bonger B. Suicide Guidelines for Assessment, Manegement and Treatment. Ed. Oxford 1992.
4. Brenet DA Psychiatric Secuelae to The Los of The Adolescent Peer to Suicide. J. Am .Acad. Child Adolesc Psychiatry 32:3 May 1993.
5. Brenet DA.Psychiatry Risk Factores for Adolescent Suicide: A case control Study. J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry 32:3 May 1993.
6. Brenet DA. Personality Disorders, Tendency to Impulsive, violence and Suicidal Behavior in Adolescents. J.Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry. 32:1 1993.
7. Brenet DA Suicide in Adolescents with no Apparent Psychopatology. J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry 32:2 May 1993.
8. Borst SR Developmental Psychopatology in Suicidal and non SuicidalAdoleswcent girls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32:3 1993.
9. Brown LK. The Correlates of Planning in Adolescent Suicide Attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 31:1 Jan 1991.
10. Byles J. Onterio Child Health Study: Reliability and Validity of General Functioning Subscaleof The McMaster Family Assessment Device. Family Process27:97-104 1988.
11. Corlay IS Intentos de Suicidio en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Rev. Med. IMSS. 28 269-73 1993.
12. Covacs, M. Suicidal Behavior and Chilhood-onset Depressive Disorders: A longitudinal Investigation. J Am Acad of Child and Adol Psychiatry 32:1 Jan 1993.
13. Cox, B. Suicidal Ideation and Suicide aTtempts in Panic Disorder and Social Phobia. Am J Psychiatry. 151 882-87 1994.
14. Golberg, RT The Assessment of Suicide Risks in The General Hospital. Gen Hosp Psych. 9:6. 446-52 Nov 1987.
15. Hazell, Ph. Friend of Adolescent Suicide Attempter and Completers. J.A.Acad, Child Adolescence Psychiatry, 32:1. Jan. 1993.

16. Jacobson, LK. Interviewing Prepuberal Children About Suicidal Ideation and Behavior. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 33:4 May. 1994.
17. Kienhorst, CW. Difference between Adolescents Suicide Attempters and Depressed Adolescents. *Acta Psiquiatrica Escandinava*, 85(3) 222-28. May. 1992.
18. Kovacs M. Children's Depression Inventory CDI Manual. Published by Multi-Health Systems, Inc. Copyright 1992.
19. Pfeifer, CR. Suicidal Children Ground-Up: Suicidal Episodes and Effects of treatment during Follow-Up. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33:2. Feb. 1994.
20. Rao U. Childhood Depression and Risk of Suicide: A Preliminary Report of Longitudinal Study. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 32:1 Jan 1993.
21. Roy A. Hypothalamic-pituitary-adrenal Axis Function and Suicidal Behavior in Depression. *Biol Psychiatry* 32:9 812-16 Nov 1992.
22. Saucedá JM. Psicología de la vida en Familia: Una visión estructural. *Rev. Med. IMSS* 1991 29:60-67.
23. Saucedá JM. Normalidad y Psicopatología en la Adolescencia. *Rev. Mex. de Pediatría*. 61:3, 153-157 Mayo Junio 1994
24. Saucedá JM. El Niño que Intenta el Suicidio. *Rev. Med. IMSS* 21. 203-05 1983
25. Slap GB. Adolescent Suicide Attempters: Do Physicians Recognize Them?. *Journal of Adolescent Health* 13:286-92. 1992.
26. Spirito A. Emergency Department Assessment of Adolescent Suicide Attempters: Factors related to short-term Follow-up Outcome. *Pediatric Emergency Care* 10:1 6-12 1994.
27. Terranova G. El intento de suicidio en Adolescentes Mexicanos: Algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública de México*. 28:28-55. 1986.
28. Yehuda R. Neuroendocrine Aspects of Suicidal Behavior. *Endocrinology and metabolism Clinics of North America*. 17:1 83-102. March 1988.
29. Wilde EJ. The Specificity of Psychological Characteristics of adolescents Suicide Attempters. *J Am Acad Child Adol Psychiatry*. 32:1 Jan 1993.

30. Wen-Shin Tsen. Triaxial Family Classification. *Journal of Child Psychiatry*. 18:1 22-43 1979.

**TABLA I**

**EVALUACION DEL INTENTO  
SUICIDA.**

	No	%
INTENTO SUICIDA PREVIO	4	41.1 %
PENSAMIENTO SUICIDA UNA SEMANA PREVIA	11	64.7 %
NOTA SUICIDA	2	11.7 %
USO DE ALCOHOL O DROGAS EN EL MOMENTO DEL INTENTO	1	5.8 %
TOMO PRECAUCIONES PARA QUE NO LO DESCUBRIERAN	9	52.9 %
CONOCIMIENTO DE LA FATALIDAD DEL ACTO	4	23.8 %
LUGAR DONDE SE REALIZO EL ACTO:		
RECAMARA	8	47.0 %
VENTANA	2	11.7 %
AZOTEA	1	5.8 %
BAÑO	4	23.5 %
DESCONOCIDO	1	5.8 %
HORA EN LA QUE SE REALIZO EL ACTO:		
6 A 11 AM	2	11.7 %
13 A 18 AM	3	17.6 %
19 A 24 PM	11	64.7 %
1 A 6 AM	0	0 %
DESCONOCIDO	1	5.8 %
ESTACION DEL AÑO:		
PRIMAVERA	0	0 %
VERANO	3	17.6 %
OTOÑO	1	5.8 %
INVIERNO	13	76.4 %

TABLA II  
DIAGNOSTICOS DSM IV

DISTIMIA	7	41 %
DEPRESION MAYOR	6	35.2 %
TDA C/H E IMPULSIVIDAD	2	11.7 %
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	2	11.7 %
COMORBILIDAD:		
TRASTORNO DE LA CONDUCTA	4	23.5 %
REACCION ADAPTATIVA CON SINTOMAS CONDUCTUALES	1	5.8 %
FARMACODEPENDENCIA	1	5.8 %
OPOSICIONISMO DESAFIANTE	1	5.8 %
TRASTORNO DEL APRENDIZAJE	1	5.8 %
CONDICION MEDICA GENERAL:		
INTOXICACION MEDICAMENTOSA	13	76 %
PERITONITIS POR QUEMADURAS	1	5.8 %
POLICONTUSIONES	1	5.8 %
MIGRAÑA	1	5.8 %
SIN DIAGNOSTICO	1	5.8 %
ESTRES PSICOSOCIAL:		
LEVE	0	0 %
MODERADO	9	52.9 %
SEVERO	8	47 %
FUNCIONAMIENTO GLOBAL:		
	ACTUAL	ULTIMO AÑO
91 - 100	3	5
81 - 91	7	7
71 - 80	3	4
61 - 70	3	1
51 - 60	0	0
41 - 50	1	0
MENOS	0	0

### TABLA III

#### FACTORES DESENCADENANTES

	No	%
CONFLICTOS FAMILIARES	17	100 %
PROBLEMAS ESCOLARES	9	52.9 %
PROBLEMAS PSICOLOGICOS	13	76.4 %
PROBLEMAS SOCIALES	6	35.2 %
CONFLICTOS CON EL NOVIO O NOVIA	4	23.5 %
MIXTOS	16	94.1 %

**TABLA IV****METODOS  
UTILIZADOS.**

	<b>No</b>	<b>%</b>
BENZODIACEPINAS	6	35.2 %
ANTICOMICIALES	4	23.5 %
ANTIDEPRESIVOS	2	11.7 %
PRODUCTOS QUIMICOS DE USO DOMESTICO	3	17.6 %
LANZAMIENTO AL VACIO	2	11.7 %
FARMACOS:		
DIACEPAM	3	17.6 %
CLONACEPAM	2	11.7 %
CARBAMACEPINA	4	23.8 %
AMITRIPTILINA	2	11.7 %
COMBINACION DE 2 AGENTES	2	11.7 %
NO DETERMINADO	1	5.8 %
PRODUCTOS QUIMICOS DOMESTICOS:		
TALIO	1	5.8 %
ACIDO MURIATICO	1	5.8 %
ORGANOFOSFORADOS	1	5.8 %

A N E X O S

EVALUACION PSIQUIATRICA DEL INTENTO  
SUICIDA EN ADOLESCENTES

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ Afiliación: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Informante \_\_\_\_\_

Tipo de paciente: Hospitalizado  
Externo

Servicio que lo refiere: \_\_\_\_\_

Historia de los Problemas Actuales

Inicio

Evolución

Tratamiento previos y actuales

Actividades Escolares

Clases regulares

Educación Especial

Estres Psicosocial

Leve

Moderado

Severo

Funcionamiento Global

GAF durante el último año: \_\_\_\_\_

GAF actual: \_\_\_\_\_

### Composición Familiar

- Familiograma
- Estado civil
- Jerarquía:
- Roles:
- Límites:
- Flexibilidad:
- Disfunción conyugal
- Disfunción ante alguna área del desarrollo familiar
- Ambiente emocional en la familia
- Diagnóstico de la clasificación triaxial de la familia

### Evaluación del Intento Suicida.

- Previo intento de suicidio
- Pensamientos suicidas una semana previa
- Nota suicida
- Uso de alcohol al momento del intento
- Uso de drogas al momento del intento
- Aislado
- Ante la presencia de alguien
- Grado de planeación del intento de suicidio
  - mal planeado
  - bien planeado
- Conocimiento respecto a la fatalidad del acto
  - Desconocido
  - Bien conocido
- Ambivalencia respecto a la vida o muerte
- Precauciones para que no lo descubran
- Tomó precauciones
- No tomó precauciones
- Intento de obtener ayuda durante o después del intento
- Lugar donde realizó el acto:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar            | <input type="checkbox"/> Campo            |
| <input type="checkbox"/> Escuela          | <input type="checkbox"/> Edificio Público |
| <input type="checkbox"/> Vía Pública      |   |
| <input type="checkbox"/> Automóvil        |   |
| <input type="checkbox"/> Hospital general |   |

- Espacio físico donde realizó el acto:

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Recamara        | <input type="checkbox"/> Calle    |
| <input type="checkbox"/> Sala            | <input type="checkbox"/> Escuela  |
| <input type="checkbox"/> Baño            | <input type="checkbox"/> Trabajo  |
| <input type="checkbox"/> Cocina          | <input type="checkbox"/> Azotea   |
| <input type="checkbox"/> Patio           | <input type="checkbox"/> Ventana  |
| <input type="checkbox"/> Comedor         | <input type="checkbox"/> Escalera |
| <input type="checkbox"/> Estacionamiento | <input type="checkbox"/> Pasillo  |
| <input type="checkbox"/> Jardín          | <input type="checkbox"/> Parque   |
| <input type="checkbox"/> Bodega          | <input type="checkbox"/> Metro    |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____    |                                   |

- Hora en que se realizó el acto: \_\_\_\_\_

- Método utilizado:

Sobredosis de medicamentos

Heridas cortantes

Salto al vacío

Otros: \_\_\_\_\_

- Estación del año: \_\_\_\_\_

Factores precipitantes:

- Pleitos con la novia/novio
- Conflictos familiares
- Problemas escolares
- Problemas psicológicos

- Problemas sociales
- Fecha de última menstruación
- Grado de impulsividad:
  - Leve
  - Moderada
  - Severa
- Agresividad:
  - Leve
  - Moderada
  - Severa
- Historia de abuso físico
- Discordia conyugal
- Medidas disciplinarias empleadas por los padres:

### Historia Médica y del Desarrollo

#### Historia familiar

#### Historia Familiar de tratamientos psiquiátricos.

#### Examen mental.

#### Datos Adicionales

Exámenes de laboratorio y gabinete:

Interconsultas a otra especialidad

Información adicional de otras fuentes

Diagnóstico del DSM IV

### Tratamiento

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo
- Intervención psicosocial
- Intervención del Ministerio Público
- Psicofarmacos:
- Envío al Hospital Psiquiátrico

### Complicaciones

- Médicas
- Psiquiátricas
- Defunciones

## ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL DE LA FAMILIA

RESPONDA EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE CON UNA CRUZ QUE TANTO LO SIGUIENTE SE APLICA A SU FAMILIA.

EN MI FAMILIA:

	MUY DE ACUERDO	UN POCO DE ACUERDO	UN POCO EN DESACUERDO	COMPLETO DESACUERDO
1.- Planear las actividades familiares es difícil porque no nos damos a entender claramente.				
2.- Cuando tenemos una crisis nos apoyamos unos a otros.				
3.- Cuando sentimos tristeza no nos lo decimos.				
4.- Cada quien es aceptado como es, se respeta la individualidad				
5.- Evitamos discutir nuestros miedos y preocupaciones.				
6.- Sí nos decimos lo que sentimos -- unos a otros.				
7.- Hay muchos resentimientos				
8.- Nos sentimos aceptados como somos				
9.- Llegar a una decisión es un verdadero problema.				
10.- Somos capaces de tomar decisiones para resolver problemas				
11.- No nos llevamos bien cuando estamos juntos.				
12.- Nos tenemos confianza unos a -- otros				

# CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS (EADAES 4-18 AÑOS)

NOMBRE _____		ID# _____	
SEXO ___ Masculino ___ Femenino	EDAD _____	Ocupación de los Padres. (Por favor sea específico, por ejemplo: Mecánico de autos, maestro de escuela superior, ama de casa, etc.)  Ocupación de padre: _____  Ocupación de madre: _____	
FECHA DE HOY Mes _____ Día _____ Año _____			
FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A) Mes _____ Día _____ Año _____			

Por favor llene esta forma con su opinión sobre la conducta del niño (a), aunque otras personas no concuerden con Ud. Si desea hacer comentarios adicionales o alguna pregunta, hágalo junto a ésta o en el espacio indicado en la página 3.

ESTA FORMA FUE COMPLETADA POR:  
 \_\_\_ Madre  
 \_\_\_ Padre  
 \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Grado escolar: \_\_\_\_\_ No va a la escuela: \_\_\_\_\_

I. ¿En qué deportes le gusta más a su niño(a) participar? Por ejemplo: natación, béisbol, patinar, montar bicicleta, baloncesto, pescar, etc.

En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?

En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuán bueno(a) es en cada uno de estos deportes?

No lo sé    ¿Menos que los demás?    ¿Igual que los demás?    ¿Más que los demás?

No lo sé    ¿Menos bueno que los demás?    ¿Igual que los demás?    ¿Mejor que los demás?

\_\_\_ Ninguno

- a. \_\_\_\_\_  
 b. \_\_\_\_\_  
 c. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su niño(a), aparte de los deportes? Por ejemplo: colección de estampillas, muñecas, libros, piano, artesanías, mecánica, cantar, etc. (No incluya escuchar Radio ó T.V.).

En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo dedica a cada una de esas actividades?

En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuán bueno(a) es en cada actividad?

No lo sé    ¿Menos que los demás?    ¿Igual que los demás?    ¿Más que los demás?

No lo sé    ¿Menos bueno que los demás?    ¿Igual que los demás?    ¿Mejor que los demás?

\_\_\_ Ninguno

- a. \_\_\_\_\_  
 b. \_\_\_\_\_  
 c. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII.1. Para niños de 6 años o más-  
Rendimiento escolar. Si no está  
en la escuela, diga la razón.

	¿Fracasando?	¿Bajo Promedio?	¿Promedio?	¿Sobre Promedio?
a. Lectura, Inglés o literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios Sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas ó Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras materias como por ejemplo: Idiomas, computación, comercio, etc. No incluya clases tales como: educación física, artes industriales, etc.				
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Su hijo(a) está en una clase o escuela especial?  No  Sí  
¿En qué tipo de clase o escuela especial está (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez ha repetido un grado?  No  Sí  
¿Qué grado o grados ha repetido? \_\_\_\_\_  
¿Por qué repitió ese(esos) grado(s)? \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo(a) ha tenido algún problema académico u otros problemas en la escuela?  No  Sí  
¿Qué tipo de problemas? (DESCRIBA): \_\_\_\_\_  
¿Cuándo empezaron estos problemas? \_\_\_\_\_  
¿Han terminado?  No  Sí ¿Cuándo terminaron? \_\_\_\_\_

5. ¿Padece el niño de alguna enfermedad, problema físico o mental?  No  Sí  
Describe: \_\_\_\_\_

En el siguiente espacio explique qué es lo que más le preocupa acerca de su niño:

Describe que es lo mejor que tiene su niño:

0 = Falso(hasta donde ud. sabe)

1 = De alguna manera ó algunas veces es verdad

2 = Muy cierto ó a menudo cierto

- 0 1 2 57. Ataca físicamente a otras personas.
- 0 1 2 58. Se mete los dedos en la nariz, se raspa la piel u otras partes del cuerpo con las uñas. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 59. Juega con sus partes sexuales (genitales) en público.
- 0 1 2 60. Juega demasiado con sus partes sexuales.
- 0 1 2 61. Rendimiento escolar bajo.
- 0 1 2 62. Es torpe, poco coordinado.
- 0 1 2 63. Prefiere jugar con niños(as)/muchachos(as) mayores que él(ella).
- 0 1 2 64. Prefiere jugar con niños(as)/muchachos(as) menores que él(ella).
- 0 1 2 65. Rehusa hablar.
- 0 1 2 66. Repite ciertas acciones una y otra vez; compulsiones. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 67. Se fuga de su casa.
- 0 1 2 68. Grita mucho.
- 0 1 2 69. Es reservado; mantiene sus cosas en secreto.
- 0 1 2 70. Ve cosas que no están. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 71. Muy vergonzoso, se avergüenza con facilidad.
- 0 1 2 72. Prende fuegos. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 73. Problemas sexuales. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 74. Le gusta lucirse, llamar la atención o hacerse el gracioso.
- 0 1 2 75. Tímido.
- 0 1 2 76. Duerme menos que la mayoría de los niños(as)/muchachos(as).
- 0 1 2 77. Duerme más que la mayoría de los niños(as)/muchachos(as) durante el día y/o la noche. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 78. Embarra ó juega con excremento (caca).
- 0 1 2 79. Tiene problemas para hablar o de pronunciación. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 80. Se queda mirando al vacío.
- 0 1 2 81. Roba en la casa.
- 0 1 2 82. Roba fuera de la casa.
- 0 1 2 83. Almacena o guarda cosas que no necesita. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_

- 0 1 2 84. Se comporta de una manera extraña. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 85. Tiene ideas raras. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 86. Testarudo, malhumorado, de mal genio o irritable.
- 0 1 2 87. Su estado de ánimo o sentimientos cambia rápidamente.
- 0 1 2 88. Refunfuña mucho.
- 0 1 2 89. Desconfiado, receloso.
- 0 1 2 90. Blasfema o dice malas palabras.
- 0 1 2 91. Habla de quererse matar.
- 0 1 2 92. Habla o camina cuando está dormido. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 93. Habla demasiado.
- 0 1 2 94. Se burla mucho de los demás.
- 0 1 2 95. Le dan rabietas o tiene mal genio.
- 0 1 2 96. Piensa demasiado sobre temas sexuales.
- 0 1 2 97. Amenaza a otros.
- 0 1 2 98. Se chupa el dedo.
- 0 1 2 99. Se preocupa demasiado por la limpieza y el orden.
- 0 1 2 100. No duerme bien. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 101. Falta a la escuela sin motivo.
- 0 1 2 102. Poco activo, lento o falto de energía.
- 0 1 2 103. Infeliz, triste o deprimido.
- 0 1 2 104. Ruidoso o "bocón".
- 0 1 2 105. Toma alcohol; usa drogas. (DESCRIBA): \_\_\_\_\_
- 0 1 2 106. Vandalismo como destruir ventanas, carros u otras cosas.
- 0 1 2 107. Se orina encima durante el día.
- 0 1 2 108. Se orina en la cama.
- 0 1 2 109. Se queja o lamenta mucho.
- 0 1 2 110. Desearia ser del sexo opuesto.
- 0 1 2 111. Ensimismado, retraído, no se relaciona con los demás.
- 0 1 2 112. Se preocupa demasiado por todo.
113. Dígame cualquier otro problema que su hijo(a) tenga y que no ha sido mencionado.
- 0 1 2 \_\_\_\_\_
- 0 1 2 \_\_\_\_\_
- 0 1 2 \_\_\_\_\_

CDI Describe como te has sentido en las últimas dos semanas

Item 1

- Me siento triste de vez en cuando.
- Me siento triste muchas veces.
- Me siento triste todo el tiempo.

Item 2

- Nunca me va a ir bien.
- No se si me va a ir bien.
  
- Yo se que me va a ir bien.

Item 3

- Casi todo lo hago bien.
- Muchas cosas las hago mal.
- Todo lo hago mal.

Item 4

- Muchas cosas me divierten.
- Algunas cosas me divierten.
- Nada me divierte.

Item 5

- Todo el tiempo me siento mal.
- Muchas veces me siento mal.
- A veces me siento mal.

Item 6

- A veces creo que me van a pasar cosas malas.
- Me preocupa que me vayan a pasar cosas malas.
- Estoy seguro que me van a pasar cosas terribles.

Item 7

- Me odio a mí mismo.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

Item 8

- Todas las cosas malas son por mi culpa.
- Muchas cosas malas son por mi culpa.
- Generalmente muchas cosas malas no son por mi culpa.

Item 9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme pero no voy a hacerlo.
  
- Quiero matarme.

Item 10

- Todos los días me dan ganas de llorar.
- Muchos días me dan ganas de llorar.
- A veces me dan ganas de llorar.

Item 11

- Todo el tiempo me siento preocupado.
- Muchas veces me siento preocupado.
- A veces me siento preocupado.

Item 12

- Me gusta estar con la gente.
- Muchas veces no me gusta estar con la gente.
- No me gusta estar con la gente.

Item 13

- Nunca puedo decidirme.
- Es difícil decidirme.
- Es fácil decidirme.

Item 14

- Me veo bien.
- En algunas cosas me veo bien.
  
- Me veo mal.

Recuerda contestar el otro lado

# CDI

Describe cómo te has sentido en las últimas dos semanas

## Item 15

- Siempre me cuesta trabajo hacer mi tarea.
- Muchas veces me cuesta trabajo hacer mi tarea.
- No tengo problema para hacer mi tarea.

## Item 16

- Todas las noches tengo problemas para dormir.
- Muchas noches tengo problemas para dormir.
- Duermo bastante bien.

## Item 17

- A veces me siento cansado.
- Muchas veces me siento cansado.
- Siempre me siento cansado.

## Item 18

- Casi nunca tengo ganas de comer.
- Muchas veces no tengo ganas de comer.
- Como bastante bien.

## Item 19

- No me siento preocupado si algo me duele.
- Muchas veces me preocupa si algo me duele.
- Siempre estoy preocupado porque algo me duele.

## Item 20

- No me siento solo.
- Muchas veces me siento solo.
- Siempre me siento solo.

## Item 21

- Nunca me divierto en la escuela.
- A veces me divierto en la escuela.
- Muchas veces me divierto en la escuela.

## Item 22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos pero quiero tener más.
- No tengo ningún amigo.

## Item 23

- Me va bien en la escuela.
- Antes me iba mejor en la escuela.
- Me va mal en materias donde antes me iba bien.

## Item 24

- Nunca puedo ser tan bueno como otros niños.
- Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
- Soy tan bueno como otros niños.

## Item 25

- Nadie me quiere.
- No sé si alguien me quiere.
- Estoy seguro que alguien me quiere.

## Item 26

- Generalmente hago lo que me dicen.
- Casi nunca hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

## Item 27

- Me llevo bien con los demás.
- Muchas veces me peleo.
- Siempre me peleo.

Recuerda contestar el otro lado