

11241
18
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

"DETECCION DE CONDUCTAS SUICIDAS Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
PRECONSULTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ"

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DIVISION DE PSIQUIATRIA MEDICA
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

TESIS DE ESPECIALIZACION EN
P S I Q U I A T R I A
P R E S E N T A :
MARIA PATRICIA MARTINEZ MEDINA

DR. ALVARO BOZ MARTINEZ

ASESOR METODOLÓGICO: DR. JORGE JAVIER CARAVEO ANQUAGA
ASESOR TEÓRICO: DR. FRANCISCO RAFAEL DE LA PEÑA OLVERA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FEBRERO 2003



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.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ramón De la Fuente Muñiz
Director Emérito del Instituto Nacional
de Psiquiatría por haberme permitido realizar
mis estudios en sus instalaciones.

Al Dr. Jorge Caraveo y al Dr. Francisco de la Peña
por su tiempo y paciencia invertidos para la realización
de este trabajo.

Al Mto. en Psicología Jorge Luis López J.,
por todo su tiempo y conocimiento invertidos
en esta investigación, así como por su
amistad y apoyo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso
contenido de mi trabajo receptivo
NOMBRE: Maria Patricia
Martínez Medina
FECHA: 5 Junio 2003
FIRMA: [Firma]

Al Dr. Héctor Senties Castella por su apoyo
brindado en esta investigación y por la posibilidad
de evaluar pacientes en el servicio a su cargo.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Eugenio y Patrocinia, por su ejemplo

y por infundirme el deseo de seguir en la lucha.

A mis hermanos

A mis amigos

A mis maestros

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

Marco Teórico	
Historia.	5
Adolescencia	7
Epidemiología	
Epidemiología Internacional	7
Epidemiología Nacional	9
Aspectos Psiquiátricos y Psicológicos	12
Instrumentos de Evaluación Utilizados en Investigaciones Previas en México	17
Planteamiento del Problema	18
Justificación	19
Hipótesis	19
Objetivos	19
Tipo de Estudio	20
Variables de Estudio	20
Población de Estudio	20
Criterios de Inclusión	21
Criterios de Exclusión	21
Instrumentos de Evaluación	21
Descripción de Instrumentos	22
Procedimiento	24
Análisis de datos	25
Diseño esquemático de la investigación	26
Resultados	27
Discusión	54
Glosario de Términos	61
Referencias	62
Anexos	68

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO

HISTORIA

El comportamiento suicida ha sido descrito en muchas civilizaciones antiguas, incluso en libros de culturas y religiones importantes, tanto en el antiguo como en el nuevo testamento donde ya se hacía referencia a estas conductas. El paraíso de los vikingos les estaba reservado a quienes morían violentamente, como el caso de los guerreros y los suicidas. La religión druidica de las Gálias recomendaba acompañar a los amigos al otro mundo suicidándose, igual que ciertas tribus africanas, guerreros y esclavos se mataban por seguir al rey difunto al paraíso. En otras tribus esquimales el suicidio era la única manera de llegar al paraíso. Sin embargo, no es sino en Grecia donde se propagó la tolerancia al suicidio en cuanto a tratarlo como un asunto privado. La literatura griega da cuenta de infinidad de suicidios, todos ellos matizados de grandeza. El de Yocasta, madre-esposa de Edipo, era la única salida honorable de una situación intrincada y monstruosa. Egeo se ahoga llorando a su hijo Teseo, a quien cree víctima del Minotauro. Sócrates y Catón y otros se quitan la vida a pesar de la moral dominante de esa época. Los estoicos vieron en el suicidio la más razonable manera de abandonar la vida que se ha tornado mórbida. En Roma previo a la Era Cristiana el suicidio era visto con indiferencia e incluso de manera permisiva como lo podemos apreciar en un pasaje escrito por Séneca "El vivir no es ningún bien si no se vive bien, por tanto el hombre sabio vive lo mejor que puede, no lo más que puede.... siempre pensará en la vida en términos de calidad, no de cantidad; morir

antes o después es irrelevante". En otras civilizaciones aún permisivas el suicidio siempre ha sido reprobado.

Durkheim es su obra publicada "Le Suicide" en 1897, describe al suicidio como el resultado de la fortaleza o debilidad de control que la sociedad tiene sobre el individuo, postuló tres tipos básicos de suicidio, cada uno de ellos como el resultado de la relación de la sociedad con el hombre: El "suicidio altruista" en donde las costumbres y las reglas del grupo social reclaman el suicidio en determinadas circunstancias, donde el individuo no tiene elección, el quitarse la vida es un hecho honroso y el seguir viviendo un hecho vergonzoso. El "suicidio egoísta", es el más frecuente en la cultura occidental y en donde el individuo tiene pocos lazos con la comunidad. Y el "suicidio anómico" definido como el que se presenta cuando la relación habitual entre la persona y la sociedad en la que vive se estrella repentina y bruscamente. La penosa e inesperada pérdida de empleo de una fortuna o de un ser querido se consideran los desencadenantes de los suicidios anómicos. (Farmer R., 1980). Por otro lado, se ha llegado a considerar que el Hara Kiri, el Sutee y al Shinju como suicidio de carácter institucional. (Wekstein L, 1979).

Desde la perspectiva de Beck "La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos, no obstante, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta pero que están interrelacionados" (Beck *et al*, 1979).

Razón por la cual la conducta suicida se encuentra constituida por la ideación suicida, los planes suicidas, los gestos suicidas, las autoagresiones deliberadas, los intentos y el suicidio consumado.

El suicidio en sí es considerado por Durkheim como un acto totalmente consciente e intencional que busca como resultado final producir la propia muerte.

ADOLESCENCIA

Definición.- Se considera que la adolescencia empieza con un fenómeno biológico (pubertad) y termina con un fenómeno psicológico (transición a la edad adulta). De esta forma la duración de esta etapa es variable y depende de aspectos biológicos, psicológicos y circunstancias de la vida. La adolescencia se encuentra influida por normas y expectativas culturales. Sin embargo para fines prácticos y estadísticos se considera que la adolescencia se inicia a la edad de 13 años y culmina a los 19 años. Y en algunos estudios previos se ha podido agrupar en edades de 13-15 años y de 16-19 años, ya que las características son similares en estos grupos.

EPIDEMIOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA INTERNACIONAL

En la actualidad la conducta suicida constituye un serio problema de salud mental y de salud pública. En muchos países los suicidios consumados se encuentran entre las 10 primeras causas de muerte en individuos de todas las edades y entre las 3 primeras causas de muerte entre los 15 y 34 años. Para 1980 se había estimado entre 300,000 y 440,000

muerter por suicidio alrededor del mundo. El número real de personas que intentan, o se lesionan de manera autodeliberada se desconoce, no teniéndose registros fidedignos, ya que la mayoría no se reportan debido a la resistencia cultural, prejuicios, a la presión de la familia o de la comunidad, no obstante se piensa que esta cifra puede ser mayor que la reportada. (Diekstra R, 1989; Hurry J, 2000).

Se sabe que los hombres cometen suicidio con mayor frecuencia que las mujeres, sin embargo las autoagresiones son más frecuentes en ellas. Las autoagresiones implican un "acto" y no solo la presencia de pensamientos suicidas. De las personas jóvenes que han sido atendidas en un hospital por lesiones deliberadas cerca del 90% ha sido por sobredosis y el 10% han presentado heridas cortantes, usualmente sin riesgo de muerte (Hurry J, 2000).

En 1994 en los Estados Unidos las muertes ocasionadas por suicidio en las edades entre 5 y 14 años fueron 322, equivalente a una tasa de 0.9 por cien mil habitantes y en el grupo de entre 15 y 24 la tasa aumentó significativamente al 13.8 por cien mil, siendo en esta población la tercer causa de mortalidad precedida de los accidentes y de los homicidios (Pfeffer C, 1997).

· EPIDEMIOLOGÍA NACIONAL

En México de igual manera que en otros países del mundo se ha considerado que la problemática con respecto al suicidio en adolescentes está cobrando cada día mayor importancia dada la creciente incidencia del mismo.

En la República Mexicana fue realizado en 1994 un estudio retrospectivo sobre las variaciones que ha sufrido en el transcurso de 24 años el suicidio como causa de mortalidad en nuestro país, siendo de 554 defunciones por suicidio en 1970 y para el año de 1994 de 2603 muertes por el mismo motivo, durante este período la tasa de suicidios pasó de 1.13 por cien mil habitantes a 2.89 por cien mil habitantes, lo cual significó un aumento de 156%. Aunque para el grupo de 0-14 años no se reportaron suicidios en 1970, para el grupo de 15-19 años, la tasa por cien mil habitantes fué de 1.49. En 1994 se encontró una tasa de 0.23 por cien mil habitantes para el grupo de 0-14 años y una tasa de 3.30 por cien mil habitantes para el grupo de 15-19 años, observándose un aumento en este último grupo etáreo del 221% en relación a 1970. En los estados de la República donde más suicidios se reportaron se encuentran el D.F., Jalisco, Veracruz, Tabasco, México, Chihuahua, Michoacán, Guanajuato y Tamaulipas y los que menor incidencia tuvieron fueron Tlaxcala, Baja California Sur, Aguascalientes y Querétaro (Borges G. *et al*, 1996).

En el grupo de 15-19 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte en 1990 con 586 defunciones, precedida por los homicidios 3722, accidentes en vehículo automotor 3142 y por ahogamiento 1110 (González F.C. *et al*, 1996).

Las muertes por suicidio y los intentos suicidas aún permanecen subregistrados en nuestro país. De acuerdo con Hijar, Rascón, Blanco y López sucede de esta forma porque es casi ineludible registrar los suicidios consumados, ya que se tiene que especificar el motivo de muerte en el acta de defunción y porque los intentos, que también conllevan una connotación legal, son subregistrados para evitar complicaciones debidas al estigma social hacia la conducta suicida. Es frecuente enmascarar el motivo de ingreso a un hospital de un individuo que intentó suicidarse, ocultarlo bajo otra categoría que no amerite averiguación legal, ni tenga una implicación moral o social. Por las razones antes mencionadas y debido a que las estimaciones son hechas a partir de los registros oficiales se tiene dificultad en contar con estadísticas confiables en relación a los suicidios consumados y los intentos. (Davidson S, 1992).

Según estimaciones de la Secretaría de Salud en México, informan que en 1999 la mortalidad por suicidio en la República Mexicana presentó una tasa de 3.4 por cien mil habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Indicando que de 1970 a 1988 el suicidio se incrementó en un 215%, lo cual significó 229% en varones y 165% en mujeres. (Mondragón L. *et al.* 2001).

En una investigación realizada en escuelas secundarias y preparatorias de la Cd. de México se reportaron prevalencias altas de ideación suicida, con un rango entre el 26 y 50%. El rango reportado para la prevalencia de por vida de intentos de suicidio se ha calculado entre el 6% y 9%. Existe un consenso en la bibliografía de que estas prevalencias aumentan con la edad, alcanzando su ápice durante los años de preparatoria.

Se ha llegado a considerar que la conducta suicida es poco frecuente en niños escolares (12%) pero aumenta progresivamente en estudiantes de secundaria hasta en un 35%, y de preparatoria en un 65%, en los universitarios alcanza del 50% al 65%. Estimaciones de intentos suicidas van del 3% para alumnos de primaria, 11% de preparatoria y del 15 a 18% para universitarios. (González F.C. *et al*, 1996).

Según información del INEGI en el 2000, de los intentos registrados el 43.8% correspondió al sexo masculino y 56.2% al femenino, casi cinco de cada diez que intentaron el suicidio presentaron una edad menor de 24 años, siendo el 22% del total los que tenían entre 15 y 19 años. En lo que respecta al suicidio consumado fueron reportados 2736 en la República Mexicana, de los que 84.2% fueron hombres y 15.8% mujeres, lo que condicionó una tasa de 2.8 por 100 mil habitantes. (INEGI, 2001).

En 2001 en un artículo se presentan las prevalencias reportadas en diferentes investigaciones realizadas en México en relación con la conducta suicida para compararlas con las de otros países. Las prevalencias internacionales de la ideación oscilan entre el 3.4% y el 52.9% en los adolescentes y adultos, mientras que en México el rango fué de 1% al 40% en los mismos grupos; la prevalencia del intentos suicida entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% en el total de la población. La literatura internacional indica prevalencias de 2.2% a 20% de intento suicida entre la población adolescente y la adulta. (Diekstra R, 1995; Mondragón L, 2001).

ASPECTOS PSIQUIATRICOS Y PSICOLÓGICOS

Beck sugiere que la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgarle atención especial a los deseos y a los planes para llevarlo a cabo, a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda, por lo cual la buena evolución de la conducta suicida permite predecir el riesgo.

Se ha descrito que los factores de riesgo para la conducta suicida, son: la historia de intentos previos o de gestos suicidas, la presencia de trastornos afectivos de tipo depresivos o bipolares, el abuso de sustancias, la historia familiar de intentos o suicidios consumados, la presencia de armas en casa, apoyo familiar inadecuado y el abuso sexual o físico (Brent D. *et al*, 1994; González F.C. *et al*, 1998; Hurry y Storey, 2000). A los factores cognoscitivos como la poca capacidad de enfrentamiento, la rigidez de estos, el estilo negativo de atribuir, la desesperanza, y la baja autoestima también se han asociado a estas conductas. (Galit D. *et al*, 1999; Wagner K. *et al*, 2000).

La patología psiquiátrica también se ha reportado como factor de riesgo para la conducta suicida, llegándose a indicar que los trastornos afectivos y por ansiedad incrementan el riesgo de presentar esta conducta. Los estudios que apoyan estas reflexiones identifican 70% de depresión mayor, y 90% de ansiedad severa en quienes cometen suicidio. Los trastornos afectivos y ansiosos de moderada severidad, las reacciones transitorias de ajuste,

la ansiedad como rasgo de personalidad y las características obsesivas han sido descritas como factores de riesgo para el suicidio (González F.C., 1995).

En un trabajo de Clarkin y cols., informan que los diagnósticos psiquiátricos encontrados en pacientes adolescentes con intentos suicidas, fueron el Trastorno Depresivo Mayor 71%, el Episodio Maníaco 13%, y el 16% fueron trastornos afectivos depresivos de tipo esquizoafectivos y trastornos depresivos menores. Estos trastornos estuvieron asociados con el consumo de alcohol y drogas de manera importante en 25 y 33% respectivamente.

Kerfoot (1996), en un estudio realizado en pacientes entre 11 y 16 años de edad con intento suicida por sobredosis de medicamentos, informa la presencia de las siguientes patologías mentales: Trastorno Depresivo Mayor (67%), Distimia (27%), Trastorno Desafiante Oposicionista (35%), Trastornos de Conducta y de Ansiedad (22%), y el abuso de sustancias (7%).

Aún cuando no existe abundante literatura que afirme la asociación entre la conducta suicida y el abuso sexual, existe evidencia de que el abuso pudiera estar relacionado con el intento suicida en los varones y en las mujeres adolescentes (Brown et al, 1999).

En un trabajo de González-Forteza donde se indaga acerca de la relación entre suicidio y abuso sexual reportó que en las mujeres víctimas de abuso sexual el 79% no presentaron malestar depresivo ni ideación suicida, de las que presentaron problema emocional actual el 13 % refirieron la presencia de malestar depresivo. Entre los que trataron de quitarse la vida un 49.5% no indicó algún problema emocional actual; sin embargo una proporción

importante 34.9% reportó una combinación de malestar depresivo e ideación suicida actuales. De los que experimentaron abuso sexual e intento suicida en sus vidas la mayoría 66.6% presentó la combinación de los indicadores actuales de malestar emocional.

El intento previo con mucho sigue siendo uno de los principales factores de riesgo y más poderoso predictor en los intentos subsecuentes y en los suicidios consumados (Van Egmond y Diekstra, 1989). Entre el 40 y 60% de los suicidios han sido los últimos de una serie que van de 1 a 20 o más intentos previos. Estudios de seguimiento muestran que entre un 10 y 14% de quien tiene un intento no fatal eventualmente morirá como resultado de un intento subsecuente, lo cual eleva el riesgo de suicidio sobre 100 veces que el de la población general (Diekstra y Moritz, 1987). Se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados. (Weissman M, 1974).

En México se encontró que más del 40% de adolescentes que tienen conducta suicida han tenido intentos previos, y entre el 10 y el 40% de los que intentan nuevamente lo consuman (González F.C. *et al*, 1996).

Lazard, considera que cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas), cuando este piensa y ensaya un método se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida.

Entre los precipitantes de la conducta suicida de los adolescentes se identifican las relaciones difíciles con los padres, peleas con la pareja, abuso de sustancias, personalidad antisocial y límite, incluyendo también a la depresión (Kerfoot y Huxley, 1995).

Hawton estudia en 1982 en una población de entre 12 y 18 años de edad los sentimientos y las motivaciones que los adolescentes tuvieron para cometer el intento suicida con sobredosis de medicamentos, hallando entre los sentimientos más frecuentes el "estar molesto con alguien", "sentirse solo o no querido", "preocupado acerca del futuro", "fracasado", "apenado o avergonzado por algo", y en las motivaciones a cometer el intento estuvieron el "detener el sufrimiento", "escapar de situaciones dolorosas y sentimientos indeseables", "hacer entender a otros el grado de desesperación", "avergonzar a los demás en la forma en que era tratado". En este mismo estudio se advirtió que un 34% dijeron querer morir, un 42% refirió no importar si vivía o moría y el 24% manifestaron no haber querido morir.

La conducta suicida en los adolescentes suele ser primordialmente de carácter impulsivo y sin planeación, en varios de los intentos y suicidios consumados no existe evidencia de algún plan, no hay nota suicida, suelen tomar precauciones de que alguien este cerca y pueda intervenir, al momento de la sobredosis existe posibilidad de atender de manera rápida, un grupo importante pide ayuda después del intento. (Hawton, *et al*, 1982b).

En una investigación llevada a cabo en nuestro país en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, con niños y adolescentes con intento suicida se encontró una

diferencia significativa entre la impulsividad y depresión en los pacientes suicidas en relación con el grupo control. (Higuera, 1996).

Los métodos más usados entre los niños y adolescentes estadounidenses han sido las armas de fuego, el aparente incremento en este método se ha identificado con las características socioculturales de los Estados Unidos, donde destaca la facilidad y la disponibilidad de las mismas en este país. En un estudio realizado en 1988 en Estados Unidos en jóvenes con suicidio consumado los métodos utilizados fueron el uso de armas de fuego (42%) y en un 17 y 16% respectivamente el uso de ahorcamiento y envenenamiento con monóxido de carbono, seguido por la sobredosis (10%), siendo esta principalmente a base de antidepresivos y analgésicos como el paracetamol y el ácido acetil salicílico; las caídas se encontraron en un 7% (Hoberman y Garfinkel, 1988).

En México los métodos varían de acuerdo al sexo, González-Forteza, comenta en una investigación realizada en 1998, que los hombres prefieren métodos de mayor letalidad como armas de fuego, ahorcamientos, y arma blanca principalmente; en cambio las mujeres optan por la intoxicación medicamentosa y el envenenamiento por gas.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS EN INVESTIGACIONES PREVIAS EN MÉXICO

La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) fue originalmente desarrollado para pacientes adultos, no obstante, también se ha demostrado que es útil para evaluar la ideación suicida en los pacientes psiquiátricos adolescentes porque el nivel de significancia de su ideación suicida se comparó con la tasa de los pacientes adultos descrita por Beck y Steer (1991), y se encontró que el significado de los niveles de ideación suicida entre ambos era comparable.

La escala de Ideación Suicida de Beck está diseñada como un instrumento de tamizaje, pretendiendo identificar de la manera más acertada posible, los probables casos de ideación suicida de los que no son.

En nuestro país fue utilizada en 1094 pacientes adultos en un hospital general en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, aquí reportan una consistencia interna de 0.93 y los factores de riesgo relacionados con la ideación fueron: el ser mujer, el estar divorciados o separados, un patrón de consumo de alcohol consuetudinario y la presencia de desesperanza. (Mondragón L. *et al.*, 1998).

Esta misma escala fue aplicada por González a estudiantes universitarios en México, donde se pone de manifiesto que la utilidad de la misma estriba en valorar la intensidad del deseo de suicidarse y establecer el probable riesgo suicida de manera anticipada y no como predictor del intento suicida. (González S. *et al.*, 2000)

Aunque solo uno de cada ocho intentos suicidas llega al conocimiento del médico, muchos adolescentes que intentan suicidarse solicitan ayuda profesional de uno a tres meses antes de intentarlo como lo reportó Gurmendi, siendo entonces recomendable la aplicación de un instrumento de tamizaje como herramienta de ayuda al clínico en las entrevistas iniciales o en urgencias.

La importancia de profundizar en el conocimiento e investigación en esta área no solo estriba en conocer a mayor profundidad acerca de la consumación de este hecho sino también de conductas asociadas como la ideación, los planes y los intentos suicidas, ya que estos estudios son escasos y la prevención será la mejor estrategia para incidir en los intentos futuros.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dado los antecedentes que se plantean, con relación a las conductas suicidas particularmente en los jóvenes surgen las siguientes interrogantes: ¿Con qué frecuencia se presentan conductas suicidas (ideación e intentos) en los adolescentes que acuden al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón De la Fuente?; ¿Estas conductas son detectadas oportunamente?; ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a estas conductas?.

JUSTIFICACIÓN

Debido a los elevados índices de morbilidad y mortalidad asociados a la conducta suicida, surge la necesidad de llevar a cabo investigación sobre la misma y sus factores de riesgo asociados. Lo cual permitirá incidir en esta problemática y establecer medidas de detección oportuna y prevención, con la finalidad de disminuir el número de muertes por suicidio y la morbilidad ocasionada y asociada a estas conductas.

HIPÓTESIS

Si la conducta suicida en adolescentes está asociada con ideación e intentos suicidas previos, impulsividad y patología psiquiátrica del tipo de la depresión entonces se esperaría que esta relación se presentara en los adolescentes que acuden a recibir atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

OBJETIVOS

Determinar en la muestra de estudio la frecuencia de la conducta suicida en adolescentes.

Determinar los factores de riesgo que convergen a la conducta suicida.

Valorar la existencia o identificar la relación entre el diagnóstico psicopatológico como la depresión y la conducta suicida, así como las principales motivaciones relacionadas con la misma.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio propuesto fué transversal, retrospectivo y de casos-controles.

VARIABLES DE ESTUDIO

Adolescentes de 13 a 19 años

Conducta suicida (Ideación e Intento Suicida).

Impulsividad

Patología psiquiátrica

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se tomó como población de estudio a todos los adolescentes entre 13 y 19 años que acudieron al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en el turno matutino, en el lapso de 2 meses (Diciembre 2001 y Enero 2002)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes entre 13 y 19 años que acudieron al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría a solicitar atención médica durante el tiempo de estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes adolescentes analfabetas y aquellos que rechazaron o rehusaron contestar el instrumento y completar la entrevista.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La información fué obtenida mediante la aplicación del cuestionario de ideación e intento suicida, desarrollado por la responsable del proyecto (Martínez MP, Mendoza Y, Senties C., 2001). El instrumento en su contexto general evaluó conducta suicida y autoagresiones deliberadas e identificó factores relacionados a dichas conductas, consta en total de 13 reactivos. Posteriormente se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB); cinco reactivos del apartado de Depresión con referencia a la Conducta Suicida en la Escala para trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar (K-SADS-PL) y la sección de conductas en la infancia y adolescencia del Report Questionnaire for Children (RQC) versión ampliada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

Escala de Ideación Suicida de Beck.

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la "amenaza de suicidarse", expresada abiertamente a otros. Consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones con un rango de 0 al 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global, siendo el rango teórico de 0 a 38. La suma de estas indicará la severidad de la ideación suicida. Los dos últimos reactivos no se califican ya que miden la severidad y el número de intentos previos suicidas. En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera si la puntuación de los reactivos 4 y 5 que corresponden respectivamente a "deseo de intentar suicidarse" e "intento pasivo de suicidarse" es 0 (cero), el resto de la entrevista se suspende, en caso de tener puntuación de 1 o 2 cualquiera de los dos se procede con la misma. El punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual a 10 lo que indica que corre riesgo de suicidarse. En un estudio realizado en México se reportó un *alpha* de Cronbach de 0.93, es decir con una alta confiabilidad. (Mondragón L, 1998).

Escala para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para niños en edad escolar (K-SADS-PL).

Es una entrevista semiestructurada creada en Israel por Shanee, Apter y Weizman, y traducida y adaptada del inglés al español por Fresán, Apiquián, Blas, Ulloa, De la Peña y Ortiz (Versión México), que interroga aspectos actuales y a lo largo de la vida de 19 patologías mentales concordantes con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, se realiza en entrevista directa al paciente y a uno de los padres o tutores. En donde en el apartado correspondiente a depresión en cinco reactivos se evalúa Ideación de Muerte, Ideación Suicida, Intento suicida (letalidad y severidad), Autoagresiones deliberadas sin intento suicida.

Report Questionnaire for Children (RQC) versión ampliada, apartado de conductas en infancia y adolescencia.

Es un cuestionario de tamizaje que se aplica a uno de los padres siempre y cuando tengan una convivencia con el menor, que indaga acerca de síntomas que de acuerdo con su asociación nos hablará de probable trastorno de inicio y/o permanencia en la infancia como trastornos afectivos, ansiosos, convulsivos, por déficit de atención, de conducta, de la alimentación, abuso de sustancias, enuresis. Este cuestionario establece la edad de inicio, la presencia actual o la edad de la última vez de la presentación de la conducta o en su defecto la no presencia de la misma.

Cuestionario de Ideación Suicida (CIIS).

Desarrollado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz, por Martínez, Mendoza y Sentfies (2001), el cual se encuentra en proceso de validación; cuestionario autoaplicable, que consta de 13 reactivos, cuatro que se responden de manera afirmativa o negativa, ocho con respuesta a manera de opción múltiple y una con respuesta abierta. El cuestionario busca identificar la presencia o ausencia de ideación e intento suicida así como de lesiones autodeliberadas sin intento, además de interrogar acerca de los métodos pensados y/o utilizados, la frecuencia, la intensidad de la ideación y los motivos que han tenido para llegar a la ideación y al intento. Debido a que aún no se encuentra validado se realizará en este mismo estudio el análisis de confiabilidad del mismo en población adolescente.

PROCEDIMIENTO

A todos aquellos adolescentes que cumplieron con el criterio de inclusión se les solicitó llenar el cuestionario de manera individual. Los médicos consultantes de los servicios de preconsulta fueron los encargados de proporcionar el cuestionario y anotar el número de expediente y el diagnóstico psicopatológico, para posteriormente entregarlos a la responsable del proyecto, quien los concentró y analizó posteriormente. La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), los reactivos de la Escala para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para niños en edad escolar (K-SADS-PL) y los reactivos de presencia de conductas en niñez y adolescencia del RQC fueron aplicadas por entrevista directa al

paciente y a uno de los padres por personal médico psiquiátrico previamente capacitado en la aplicación de las mismas así como por la responsable del proyecto.

ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar se procedió a describir la muestra de estudio y las variables incluidas en el en términos de frecuencias y porcentajes, posteriormente se realizaron análisis de comparación y asociación indicados para cada una de las variables de estudio, además de análisis de riesgo (OR). Se realizó el análisis de confiabilidad del CIIS, así como la factorización del mismo. Estos análisis se llevaron a cabo mediante el paquete estadístico SPSS y EPI.

DISEÑO ESQUEMATICO DE LA INVESTIGACIÓN

POBLACIÓN DE ESTUDIO

(N=126)

Pacientes de 13 a 19 años que acudieron al servicio de preconsulta y urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría en un periodo de 2 meses en el año 2001

- Aplicación del Cuestionario de Ideación e Intento Suicida (CIIS)



PACIENTES EN ESTUDIO

(Muestra)

(N= 60)

Adolescentes que aceptaron la entrevista y la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Escala de Ideación Suicida de Beck.
- Apartado de Ideación e Intento Suicida de la entrevista semiestructurada K-SADS-PL.
- Entrevista RQC aplicada a alguno de los padres o tutor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Durante el tiempo del levantamiento de la información se registro un total de 126 adolescentes, correspondiendo el 56.3% al sexo femenino. Las edades de estos pacientes fluctuaron entre 13 a 19 años, con una media de 16.2, una $DE = 1.7$, una moda de 17 y una varianza de 2.95. En cuanto a la escolaridad 45.2% informó haber cursado el nivel preparatoria o equivalente, y el 39.7% la secundaria; 81.7% actualmente son estudiantes y el 7.2 % son empleados o subempleados. (Cuadro 1)

Cuadro 1

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO
(N= 126)

Variables Sociodemográficas	N	%
------------------------------------	----------	----------

Sexo

Femenino	71	56.3
Masculino	55	43.7

Edad (años cumplidos)

13	9	7.1
14	16	12.7
15	16	12.7
16	24	19.0
17	26	20.6
18	25	19.8
19	10	7.9
X= 16.2; DE=1.7		

Escolaridad

Primaria	10	7.9
Secundaria	50	39.7
Preparatoria o Equivalente	57	45.2
Licenciatura	7	5.6
Sin estudios formales	1	0.8
No respuesta	1	0.8

Ocupación

Estudiante	103	81.7
Desempleado	14	11.1
Empleado	6	4.8
Subempleado	3	2.4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A todos los adolescentes captados se les aplicó el Cuestionario de Ideación e Intento Suicida (CIIS) en la sala de espera del servicio de preconsulta y urgencia. De acuerdo al CIIS, 77 adolescentes respondieron haber pensado alguna vez en quitarse la vida lo cual correspondió al 61.1% de la muestra, en las preguntas relacionadas con el método pensado 51.9% informaron el uso de pastillas y el 45.4% consideró a los objetos punzocortantes como opciones; el arma de fuego y el ahorcamiento solo fueron mencionadas en un 16.9 y 19.5% respectivamente. El 35% de los que alguna vez pensaron en el suicidio lo habían considerado en la última semana y el 61% lo pensó de manera esporádica, siendo estos pensamientos en un 44.1% de intensidad leve, aunque el 30.8% los consideraron severos. En el último mes el 23.3% informaron haber pensado más de 5 veces en quitarse la vida. El 15.1% del total de la muestra manifestaron tener actualmente ideación suicida y en el mismo porcentaje respondieron no saber o no dieron respuesta. (Cuadro 2)

Reporte de Ideación Suicida de acuerdo al CIIS

N= 126

Cuadro 2

¿Ha pensado en quitarse la vida?

	N	%
SI	77	61.1
NO	49	38.9

¿Actualmente tiene la idea de quitarse la vida?

	N	%
SI	19	15.1
NO	88	69.8
No Sabe o No Respuesta	19	15.1

Método pensado

	n=77*	%
Pastillas	40	51.9
Cortándose	35	45.4
Ahorcándose	13	16.9
Arma de fuego	15	19.5
Aventándose	25	32.5
Otras formas	24	31.1

*Sólo se incluyen las respuestas afirmativas

Ultima vez en que lo pensó

Más de 6 meses	23	29.9
De 2 a 6 meses	13	16.9
Hace 1 mes	13	16.9
Ultima semana	27	35.0
	1	1.3

¿Con qué frecuencia fue pensado?

Esporádicamente	47	61.0
Cada mes	7	9.1
Cada semana	4	5.2
Diario	13	16.8
No respuesta	6	7.8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reporte de Ideación Suicida de acuerdo al CIIS

n= 77

Cuadro 2.2

¿Cuántas veces ha pensado en el último mes?

Muchas veces	18	23.3
De 3 a 5 veces	9	11.7
De 1 a 3 veces	10	13.0
Una vez	10	13.0
Ninguna Vez	27	35.0
No respuesta	3	3.9

En lo concerniente a los intentos suicidas 40 adolescentes refirieron haberlo intentado alguna vez en la vida siendo esto el 31.7% del total, los métodos más empleados fueron el uso de fármacos en un 55% y el de objetos punzocortantes en un 47.5%, solo un 7.5% informó el uso de arma de fuego. De los que presentaron alguna vez algún tipo de intento el 37.5% lo presentaron hace más de 6 meses y el 20% en la última semana, el 30% manifestaron haberlo intentado de 1 a 3 veces. (Cuadro 3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reporte de Intentos Suicidas de acuerdo al CIIS

N= 126

Cuadro 3

¿Ha intentado quitarse la vida?

	%	
SI	40	31.7
NO	71	56.3
No Respuesta	15	11.9

Método utilizado

	n= 40*	%
Pastillas	22	55.0
Cortándose	19	47.5
Ahorcándose	7	17.5
Arma de fuego	3	7.5
Aventándose	6	15.0
Otras formas	10	25.0
No Respuesta	16	40.0

*Solo se incluyen las respuestas afirmativas

Ultima vez en que lo intentó

Más de 6 meses	15	37.5
De 2 a 6 meses	6	15.0
Hace 1 mes	9	22.5
Ultima semana	8	20.0
No respuesta	2	5.0

¿Cuántas veces ha intentado quitarse la vida?

Más de 5 veces	4	10.0
De 3 a 5 veces	7	17.5
De 1 a 3 veces	12	30.0
Una vez	16	40.0
No respuesta	1	2.5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado destaca que el 34.9% hayan presentado conductas autolesivas sin intención expresa de querer morirse. (Cuadro 4)

Reporte de Conductas Autolesivas según CIIS

Cuadro 4

¿Ha tenido autoagresiones sin querer morirse?

	N=126	%
SI	44	34.9
NO	65	51.6
No Sabe o No respuesta	17	13.5

De los adolescentes que reportaron ideación suicida el 64.9% fueron mujeres ($\chi^2=5.9$, $p=0.01$, gl 1) y el 74% tenían entre 16 y 19 años ($\chi^2=3.8$, $p=0.04$, gl= 1). De los que informaron algún tipo de intento el 72.5% fueron del sexo femenino ($\chi^2=4.4$, $p=0.03$, gl 1) y el 75% de todos los que lo han intentado alguna vez se agruparon en el intervalo de 16 a 19 años. El grupo de edad en el que se presentaron con mayor porcentaje la ideación y el intento (55.6%) fue en el de 16 a 19 años. Encontrando diferencias estadísticamente significativas con relación al sexo y a los grupos de edad. (Cuadro 5)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA POR SEXO Y GRUPO ETAREO
N= 126

Cuadro 5

		SEXO				EDAD			
		FEMENINO		MASCULINO		13-15 AÑOS		16-19 AÑOS	
		n	%	n	%	n	%	n	%
IDEACIÓN SUICIDA	SI	50	64.9	27	35.1	20	26.0	57	74.0
	NO	21	42.9	28	57.1	21	42.9	28	57.1
* $X^2=5.93$ Gl= 1 p= 0.015						** $X^2=3.88$ Gl=1 p=0.049			

INTENTO SUICIDA	SI	29	72.5	11	27.5	10	25.0	30	75.0
	NO	37	52.1	34	47.9	27	38.0	44	62.0
*** $X^2=4.41$ Gl=1 p=0.036									

*Los porcentajes son por renglón

IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA							
		13-15 AÑOS				16-19 AÑOS			
		SI		NO		SI		NO	
		n	%	n	%	n	%	n	%
	SI	10	50.0	10	50.0	30	55.6	24	44.4
	NO	0	0	17	100.0	0	0	20	100.0

Al realizar cruces de variables encontramos diferencias significativas ($\chi^2=31.2$, GL=1, $p=0.000$) entre ideación e intento suicida, donde se observa que todos los que han tenido algún tipo de intento han presentado previamente ideación suicida. Del total de las mujeres que tuvieron pensamientos suicidas el 58% también lo intentaron; en el caso de los varones el 45.8% refirieron ambas tendencias. (Cuadro 6)

IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA

Cuadro 6

IDEACION SUICIDA		INTENTO SUICIDA			
		SI		NO	
		n	%	n	%
SI		34	45.9	40	54.1
NO		0	0	37	100.0

$\chi^2=31.2$ GL=1 $p=0.000$

IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO SUICIDA							
		FEMENINO				MASCULINO			
		SI		NO		SI		NO	
		n	%	n	%	n	%	n	%
SI		29	58.0	21	42.0	11	45.8	13	54.2
NO		0	0	16	100.0	0	0	21	100.0

$\chi^2=16.55$ GL=1 $p=0.000$

En relación al tiempo entre la ideación y la tentativa suicida se pudo ver que el 75.9% lo han pensado e intentado en los últimos 6 meses, y los que lo pensaron hace 6 meses el 88.9% presentaron intento en ese mismo periodo (Cuadro 7)

TIEMPOS ENTRE IDEACIÓN E INTENTO

Cuadro 7

ULTIMA VEZ IDEACION	ULTIMA VEZ INTENTO			
	+ 6 meses		- 6 meses	
	n	%	n	%
+ 6 meses	8	88.9	1	11.1
- 6 meses	7	24.1	22	75.9

La frecuencia con la cual fue reportada la ideación suicida en relación a la intensidad del pensamiento suicida reportada en el CIIS como leve, moderada o severa no resultó significativa, sin embargo se observó que los que presentaban ideación a diario, la intensidad era de mayor severidad que la encontrada en el resto de las categorías. (Cuadro 8)

Frecuencia e Intensidad de la Ideación Suicida

N=70

Cuadro 8

FRECUENCIA IDEACION	INTENSIDAD DE LA IDEACION			
	Leve-Moderado		Severo	
	n	%	n	%
ESPORÁDICAMENTE	41	89.1	5	10.9
CADA MES	5	71.4	2	28.6
CADA SEMANA	3	75.0	1	25.0
DIARIO	5	38.5	8	61.5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En razón a la intensidad de la ideación y la presencia en el momento actual del pensamiento suicida se encontró que el 57.9% de los que tienen en el presente la ideación manifiestan que estos pensamientos son de una intensidad de leve a moderada. (Cuadro 9)

Ideación e Intensidad Actuales

N=69*

Cuadro 9

IDEACIÓN ACTUAL		INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN			
		Leve-Moderado		Severo	
		n	%	n	%
SI		11	57.9	8	42.1
NO		43	86.0	7	14.0

* No se incluyo un caso

ANÁLISIS DE RIESGO (ODDS RATIO U OR) ASOCIADO A LA IDEACIÓN, INTENTO SUICIDA Y A LOS SÍNDROMES PSICOPATOLÓGICOS

A fin de determinar si la psicopatología sindromática detectada en el RQC constituía un factor de riesgo para la presencia de la ideación y el intento suicida se realizaron análisis de OR para identificar los factores de riesgo asociados a la ideación, de esta forma se obtuvo un OR de 9.6 con un intervalo de confianza entre 1.3 y 84 al 95% de confianza, en relación al síndrome depresivo. Entre la impulsividad y la ideación suicida se observó OR 3.4 con un intervalo entre 0.9-14. Por otro lado, es importante mencionar que la impulsividad destaca como factor de riesgo en el intento suicida (OR= 5.2, IC= 1.1-31) como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 10

ANÁLISIS DE ODDS RATIO PARA LA IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA

	Ideación		Intento	
	OR	IC	OR	IC
Sx. Depresivo	9.6	1.3-84	6.25*	0.7-145
Impulsividad	3.4	0.9-14	5.2	1.1-31

*Se realizó corrección por el método de Haldane.

Para determinar la consistencia interna del CIIS global, se realizaron análisis de confiabilidad, utilizando el alpha de Cronbach, de esta forma se obtuvo una $\alpha = 0.74$, en donde las preguntas referentes a la última vez del pensamiento, la frecuencia del mismo y durante el último mes, tuvieron la mayor correlación, sin embargo si la pregunta concerniente a la presencia actual de ideación se evitará el alpha global mejoraría hasta ser de 0.8. La estimación de la validez estadística fué a través de análisis factorial, mediante rotación varimax donde se obtuvieron dos factores explicándose con el factor 1 el 46.6% de la varianza y en el factor 2 el 15.3, con lo cual ambos factores explican el 61.8% de la varianza total de la prueba, aún cuando en el primero se agruparon la mayoría de los reactivos como se muestra en los cuadros 11 y 12.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD DEL CIIS

	Correlación ítem total	Valor alpha si el ítem es excluido
Ultima vez de la ideación	.7777	.5949
Frecuencia de la ideación	.7854	.5772
Frecuencia en el último mes	.7865	.5570
Intensidad de la ideación	.1465	.7396
Ultima vez del intento	.5302	.6476
Totalidad de intentos	.4553	.6681
Idea suicida actual	-.1900	.8118
Autoagresiones	.3262	.6989
ALPHA= .7402		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL PARA LOS REACTIVOS DEL CIIS
CON ROTACIÓN VARIMAX**

Reactivos	Factor 1	Factor 2
Porcentaje de Varianza	46.6	15.3
Ultima vez de la ideación	.89985	
Frecuencia de la ideación	.89476	
Frecuencia en el último mes	.92398	
Intensidad de la ideación		-.36537
Ultima vez del intento	.76527	-.34930
Totalidad de intentos	.57650	
Idea suicida actual		.80566
Autoagresiones	.48868	.57337

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la muestra se realizó tomando a los adolescentes que aceptaron la aplicación de los instrumentos, y que contaban con un padre o tutor dispuesto a cooperar para completar la información; así de los 126 adolescentes de la población de estudio, se obtuvo una muestra de 60 adolescentes, a quienes se les aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck, la sección del apartado de depresión correspondiente a ideación e intento suicida de la entrevista semiestructurada K-SADS-PL y la entrevista RQC.

Las variables sociodemográficas de la muestra se presentan a continuación, observándose porcentajes similares a los encontrados en la población de estudio. (Cuadro 13)

Cabe destacar que el 48.3% reportaron ser primogénitos, como dato sociodemográfico adicional.

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO
(N= 60)

Cuadro 13

Variables Sociodemográficas	N	%
Sexo		
Femenino	39	65
Masculino	21	35
Edad (años cumplidos)		
13	5	8.3
14	5	8.3
15	7	11.7
16	10	16.7
17	13	21.7
18	13	21.7
19	7	11.7
X= 16.46; DE=1.7		
Número de hijo		
Primero	29	48.3
Segundo	20	33.3
Tercero y más	11	18.4
Escolaridad		
Primaria	1	1.7
Secundaria	20	33.3
Preparatoria o Equivalente	35	58.3
Licenciatura	4	6.7
Ocupación		
Estudiante	51	85.0
Desempleado	7	11.7
Empleado	2	3.3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que respecta a la entrevista del K-SADS-PL en el apartado de depresión en la sección correspondiente a suicidio y conductas autolesivas, la ideación de muerte (considerando a los leves y graves) en el presente se reportó en un 73.3%, en el pasado un 13.3%; la ideación suicida se encontró en el presente 58.4% y en el pasado 10%; en la evaluación de la severidad de los intentos el 21.7% ha tenido intentos graves y el 18.3% han tenido letalidad leve a moderada; y un 56.7% han presentado conductas autolesivas en el presente y pasado. (Cuadro 14)

Cuadro 14

**ENTREVISTA K-SADS-PL
(SECCIÓN DE SUICIDIO Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS)**

	Presente				Pasado			
	Leve		Grave		Leve		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Ha tenido pensamientos acerca de morir?	12	20.0	32	53.3	3	5.0	5	8.3
¿Alguna vez ha pensado quitarse la vida?	13	21.7	22	36.7	4	6.7	2	3.3
¿Estuvo cerca de lograrlo? (severidad)	5	8.3	13	21.7	2	3.3	5	8.3
¿Qué tan cerca estuvo de morir? (letalidad)	11	18.3	5	8.3	3	5.0	3	5.0
¿Ha tenido autoagresiones sin la intención de morir?	9	15.0	19	31.7	1	1.7	5	8.3

En relación al cuestionario de ideación suicida de Beck se obtuvo un alpha de 0.83, lo cual habla de una buena confiabilidad de la escala, encontrándose en el análisis factorial 6 factores que explican en 69.5% de la varianza, obteniéndose en los dos primeros un 41.8%.

En la entrevista RQC realizada al padre o tutor destaca que la prevalencia de la irritabilidad en el último año fuera del 88.3%, la de tristeza en un 76.6% y la distractibilidad del 55%; la incidencia en el último año para los dolores de cabeza fue del 23.3%, la tristeza y los problemas relacionados con el dormir fue del 18.3% respectivamente. La sintomatología en relación a los síntomas físicos como la cefalea, las molestias físicas, el insomnio fueron frecuentes entre los adolescentes. (Cuadro 15)

ENTREVISTA RQC

	Prevalencia en el último año	
	n	%
¿Ha presentado lenguaje anormal?	6	10.0
¿Ha tenido problemas para dormir?	31	51.6
¿Ha tenido dolores de cabeza?	30	50.0
¿Se ha fugado de la casa?	7	11.6
¿Ha robado?	9	15.0
¿Es nervioso o miedoso?	29	48.3
¿Es lento para aprender?	12	20.0
¿Es aislado?	28	46.6
Presencia de enuresis	1	1.6
¿Es dependiente o apegado a los adultos?	19	31.6
¿Ha tenido miedo de ir a la escuela?	5	8.3
¿Ha sido inquieto?	27	45.0
¿Ha sido distraído?	33	55.0
¿Ha estado irritable con frecuencia?	53	88.3
¿Se le ve triste con frecuencia?	46	76.6
¿Presenta molestias físicas?	19	31.6
¿Tiene pesadillas con frecuencia?	17	28.3
¿Presenta bajo peso?	14	23.3
¿Presenta sobrepeso?	8	13.3

Cuadro 15
Incidencia
en el último
año

	n	%
	1	1.6
	11	18.3
	14	23.3
	5	8.3
	0	0
	2	3.3
	1	1.6
	7	11.6
	1	1.6
	2	3.3
	0	0
	1	1.6
	2	3.3
	6	10.0
	11	18.3
	3	5.0
	5	8.3
	4	6.6
	2	3.3

ENTREVISTA RQC

	Prevalencia en el último año	
	n	%
¿Es desobediente?	27	45.0
¿Es mentiroso?	19	31.6
¿Se niega a trabajar en la escuela?	18	30.0
¿Es con frecuencia explosivo?	31	51.6
¿Ha presentado convulsiones?	0	0
¿Ha presentado crisis de ausencia?	3	5.0
¿Se junta con muchachos que se meten en problemas?	14	23.3
¿Usa alcohol o drogas?	22	36.6

Cuadro 15.2

	Incidencia en el último año	
	n	%
	3	5.0
	1	1.6
	2	3.3
	6	10.0
	0	0
	0	0
	4	6.6
	11	18.3

En relación a los síntomas presentados en el último año encontramos que en promedio cada adolescente presentó 9 síntomas.

En cuanto a la relación entre la ideación suicida y el número de síntomas pudimos observar que un 86.4% de los que presentaron ideación reportaron más de 6 síntomas y un 56.3% de los que no tuvieron ideación mencionaron la presencia de más de 6 síntomas, estos resultados no tuvieron significancia estadística. (Cuadro 16)

Cuadro 16

IDEACIÓN SUICIDA Y NUMERO DE SÍNTOMAS

N=60

		Síntomas				
		0	1-5	6-10	11-18	Total
Ideación suicida	Si		6 13.6%	22 50.0%	16 36.4%	44 100%
	No	1 6.3%	6 37.5%	4 25.0%	5 31.3%	16 100%
Total		1 1.7%	12 20.0%	26 43.3%	21 35.0%	60 100%

En cuanto a la estimación de la prevalencia sindromática en el último año según el RQC se observó que el 88.2% presentó algún síndrome depresivo, el 66.6% presentó impulsividad, el 46.6% inatención y el 43% un síndrome ansioso. (Cuadro 17)

Cuadro 17

Síndromes según el RQC Prevalencia en el último año n=60		
	n	%
Impulsividad	40	66.6
Hiperactividad	27	45.0
Inatención	28	46.6
TDAH	17	28.3
Desafiante Oposicionista	24	40.0
T. Conducta	12	20.0
Explosivo Orgánico	12	20.0
Explosivo P	12	20.0
Enuresis	1	1.6
ALIBAE	9	15.0
ALIBA	5	8.3
ALISOE	6	10.0
ALISO	2	3.3
IDEP2SR*	36	60.0
IDEP1R*	7	11.6
IDEP2MR*	4	6.6
IDEP3MR*	6	10.0
ANIHBB	17	28.3
ANGER	3	5.0
ANGER2	24	40.0
ELD	5	8.3
ELDPR	1	1.6
EPILE	2	3.3
EPILEPR	2	3.3

*Son síndromes depresivos (Ver Glosario de Términos)

La ideación suicida presentó significancia estadística ($\chi^2=7.93$, GL=1, $p=0.004$) en relación con la presencia de algún Trastorno Depresivo como primer diagnóstico, estando presente en un 65.9% del total de los que presentaron ideación suicida. De los adolescentes que presentaron algún intento el 62.5% presentó un Trastorno Depresivo como primer diagnóstico. No se encontraron diferencias significativas en este análisis. (Cuadro 18)

Cuadro 18

IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA Y DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO
N=60

IDEACIÓN SUICIDA		T. DEPRESIVOS		OTROS TRAST.	
		n	%	n	%
SI		29	65.9	15	34.1
NO		4	25.0	12	44.4

$$X^2 = 7.93 \quad GL=1 \quad p=0.004$$

INTENTO SUICIDA		n	%	n	%
SI		15	62.5	9	37.5
NO		17	51.5	16	48.5

Destaca que casi todas las motivaciones hayan estado asociadas a la ideación, como puede verse en el cuadro 19 y que en el intento suicida también casi todas obtuvieran porcentajes similares (50%).

Cuadro 19

IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA POR MOTIVACIONES

MOTIVOS	IDEACIÓN SUICIDA				INTENTO SUICIDA			
	SI		NO		SI		NO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DESESPERANZA	6	100	0	0	3	50.0	3	50.0
FALTA	6	100	0	0	3	50.0	3	50.0
ATENCION								
DEPRESIÓN	4	100	0	0	2	50.0	2	50.0
ENOJO	6	100	0	0	3	50.0	3	50.0
PROB.	5	100	0	0	2	40.0	3	60.0
FAMILIARES								
BAJA	2	100	0	0	1	50.0	1	50.0
AUTOESTIMA								
MUERTE	3	75.0	1	25.0	3	75.0	1	25.0
FAMILIAR								
NO ESPECIFICOS	7	100	0	0	6	85.7	1	14.3

En cuanto a los motivos reportados y su distribución con los trastornos depresivos, se observaron porcentajes del 50% y más en todos ellos como se aprecia en el cuadro 20.

Cuadro 20

MOTIVACIONES Y DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO

MOTIVOS	T. DEPRESIVOS		OTROS TRAST.	
	N	%	n	%
DESESPERANZA	4	66.7	2	33.3
FALTA ATENCION	4	66.7	2	33.3
DEPRESIÓN	3	75.0	1	25.0
ENOJO	4	66.7	2	33.3
PROB. FAMILIARES	4	80.0	1	20.0
BAJA AUTOESTIMA	1	50.0	1	50.0
MUERTE FAMILIAR	2	50.0	2	50.0
NO ESPECIFICOS	4	57.1	3	42.9

En los resultados que corresponden a la relación entre las motivaciones, el diagnóstico psicopatológico y el sexo, se puede apreciar que los adolescentes masculinos con un trastorno depresivo reportaron el enojo en un 75% como una motivación importante para la presencia de la conducta suicida, a diferencia de las adolescentes deprimidas del sexo femenino donde se encontró que la depresión y la baja autoestima son motivaciones relevantes con el 100% para ambas categorías.(Cuadro 21). De igual forma se pudo observar que la baja autoestima ligada a cualquier tipo de trastorno psiquiátrico fue privativo para las edades comprendidas entre los 16 y 19 años, sin embargo las desesperanza estuvo presente en la misma magnitud tanto en el grupo de 13 a 15 años como en el de 16 a 19 años.(Cuadro 22)

MOTIVACIONES Y DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO POR SEXO

		SEXO			
		FEMENINO		MASCULINO	
		n	%	n	%
DESESPERANZA	T.	3	75.0	1	25.0
	DEPRESIVOS				
	OTROS	2	100	0	0
FALTA ATENCION	TRAST.				
	T.	3	75.0	1	25.0
	DEPRESIVOS				
DEPRESION	OTROS	2	100	0	0
	TRAST.				
	T.	3	100	0	0
ENOJO	DEPRESIVOS				
	OTROS	1	100	0	0
	TRAST.				
PROB. FAMILIARES	T.	1	25.0	3	75.0
	DEPRESIVOS				
	OTROS	1	50.0	1	50.0
BAJA AUTOESTIMA	TRAST.				
	T.	3	75.0	1	25.0
	DEPRESIVOS				
MUERTE FAMILIAR	OTROS	1	100	0	0
	TRAST.				
	T.	1	100	0	0
NO ESPECIFICOS	DEPRESIVOS				
	OTROS	1	100	0	0
	TRAST.				
	T.	2	100	0	0
	DEPRESIVOS				
	OTROS	2	100	0	0
	TRAST.				
	T.	3	75.0	1	25.0
	DEPRESIVOS				
	OTROS	1	33.3	2	66.7
	TRAST.				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MOTIVACIONES Y DIAGNOSTICO PSICOPATOLOGICO POR EDAD

		EDAD			
		13-15 AÑOS		16-19 AÑOS	
		n	%	n	%
DESESPERANZA	T.	2	50	2	50.0
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	0	0	2	100
FALTA ATENCION	T.	1	25.0	3	75.0
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	1	50.0	1	50.0
DEPRESIÓN	T.	1	33.3	2	66.7
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	1	100	0	0
ENOJO	T.	1	25.0	3	75.0
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	0	0	2	100
PROB. FAMILIARES	T.	1	25.0	3	75.0
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	0	0	1	100
BAJA AUTOESTIMA	T.	0	0	1	100
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	0	0	1	100
MUERTE FAMILIAR	T.	0	0	2	100
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	1	50.0	1	50.0
NO ESPECIFICOS	T.	0	0	4	100
	DEPRESIVOS OTROS TRAST.	0	0	3	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

Para dar inicio a la discusión retomaremos en primer lugar los objetivos propuestos en el estudio los cuales fueron determinar en la muestra captada la frecuencia de reporte de conducta suicida, los factores de riesgo que convergen con la misma, evaluar la existencia e identificar la relación entre el diagnóstico psicopatológico y la conducta suicida, así como las principales motivaciones relacionadas con la misma.

Es importante mencionar que aún cuando el tamaño de muestra es reducido, se observan características demográficas similares a las de la población adolescente de referencia, la cual acude a solicitar atención al Instituto Nacional de Psiquiatría, con lo que podemos decir que la muestra de estudio es representativa en el contexto en el cual se llevó a cabo el estudio, sin embargo no necesariamente a la población adolescente de otras instituciones de salud.

Por lo que respecta a las variables demográficas de la población bajo estudio, en cuanto al sexo destaca que el 56% es de sexo femenino, se encontró que la edad promedio es de 16 años; el grado escolar es el esperado para la edad y para las condiciones socioeconómicas de esta población es decir nivel secundaria y preparatoria, la mayoría de los adolescentes se encuentran dedicados al estudio y el resto de ellos no desempeña ninguna actividad lo cual nos refleja una disfunción en el área escolar y/o laboral, corroboradas en relación a la gravedad de la sintomatología.

Con el cuestionario de ideación e intento suicida CIIS se obtuvo la información correspondiente a las características de la conducta suicida. Al analizar la confiabilidad de la escala se encontró una adecuada consistencia interna (α 0.74) de la misma. En cuanto a los resultados del análisis factorial encontramos que el factor 1 nos explica el 46.6% de la varianza, pudiéndose observar que la naturaleza de los ítems es la misma es decir que tanto la ideación y el intento corren en una misma dirección y con la misma temporalidad agrupándose en el factor 1, en el factor 2 con el cual se explica el 15.3% de la varianza se encontró solo el ítem referente a la presencia de ideación actual lo cual nos está hablando de una temporalidad diferente y de que la naturaleza de la pregunta se encuentra en otra dimensión. en caso de evitar este ítem, el α se incrementa a 0.81 mejorando la confiabilidad de la prueba.

Al comparar el CIIS y el Cuestionario de Ideación Suicida de Beck se encontró que el α de este último es de 0.83, lo cual nos indica que en relación al CIIS tiene una confiabilidad más alta, mostró 6 factores en donde los dos primeros agrupan el 41.8% de la varianza, sin embargo aún cuando el CIIS mide una sola dimensión nos puede aportar más información ya que investiga acerca del intento y de sus características, sucesos que no son evaluados por el cuestionario de Beck, por lo tanto podemos decir que el CIIS nos amplía el panorama al indagar sobre esta conducta, además de que en este estudio nos permitió delimitar factores como la psicopatología y factores asociados a la ideación y al intento.

Un elevado porcentaje (61%) de la población de estudio, presentó ideación suicida, en relación a este hallazgo se encuentra lo reportado por la literatura donde la prevalencia reportada en unidades de Urgencias en EUA fue de un 38% (Dhossche D, 2000), en estudios ingleses se han estimado prevalencias entre el 3 al 53% en estudios de comunidad (Diekstra R, 1995), en resultados de estudios epidemiológicos realizados en población estudiantil de nivel secundaria y preparatoria en la Cd. de México se han encontrado prevalencias que van desde 1% hasta 41%. (González F.C. *et al*, 1996; Mondragón L. *et al*, 2001), lo cual nos habla de que en la población psiquiátrica esta prevalencia está por encima de la población general, seguramente en relación a la presencia de psicopatología, esto concuerda con los estudios en donde se reporta que más del 90% de los suicidas presentaron algún tipo de psicopatología al momento de la muerte (Brent et al, 1999).

En este contexto cabe destacar que la ideación suicida se ha llegado a considerar como precursor del intento; según el concepto de continuum de Aaron Beck (Beck *et al*, 1979) la ideación suicida debe de anteceder al intento, asociación que pudimos observar en este estudio en donde se estableció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de la ideación y del intento suicida, ya que todos los pacientes que presentaron algún tipo de intento presentaron ideación. Al tratar de establecer esto según parámetros de temporalidad, se apreció que de los adolescentes que presentaron intento en los últimos 6 meses, el 96% también presentó ideación en este período y el 4% restante tuvieron la ideación desde hacía más de 6 meses.

La frecuencia con la que se presentó la ideación suicida fue descrita como esporádica aún cuando el 23% dijeron tener este pensamiento más de 5 veces en el último mes.

Pudimos observar la presencia de intentos en un tercio de la población, así como el que más de la mitad de la población reportó el haber tenido un intento en los últimos 6 meses y el 28% manifestaron haber tenido más de 3 intentos a lo largo de su vida, que si consideráramos que el mayor de ellos tiene 19 años esto nuevamente resulta grave y digno de consideración ya que de acuerdo a la literatura se ha estimado que los intentos previos son los mejores predictores para un futuro intento y un probable suicidio consumado (González F.C. et al. 1998; Van Egmond y Diekstra, 1989, Diekstra y Moritz, 1987).

En cuanto a la distribución por sexo y con relación a la ideación se observó una razón de 2:1 a favor de las mujeres y en cuanto a los intentos esta razón es de 3:1, proporciones que corresponden a lo reportado en las estadísticas nacionales actuales donde de las muertes por suicidio en el año 2000, el 84% fueron realizadas por hombres y 16% por mujeres (INEGI, 2001), lo cual apoya el postulado de que las mujeres lo "intentan" más pero los hombres lo "consuman" con mayor frecuencia que las primeras.

Por otro lado se puede decir que no tiene las mismas implicaciones y consecuencias el intento con el uso de fármacos en términos generales a las que resultan del uso de arma de fuego o del ahorcamiento considerados como métodos de alta letalidad y severidad, en estos adolescentes se observó que dentro de los métodos ideados preferidos se encontraban el uso de fármacos y el de arma blanca es decir "cortándose", sin embargo los métodos de mayor severidad y letalidad como el ahorcamiento y el uso de arma de fuego también fueron reportados en un 17 y 20% respectivamente, lo que implica que aunque no son los métodos de elección por este tipo de población el porcentaje no es de ninguna forma

insignificante. En lo concerniente a los métodos utilizados, el uso de fármacos y el uso de arma blanca continuaron siendo los más usados, hechos concordantes con la ideación acerca del método, el ahorcamiento se presentó en un 17% de los intentos y el uso de arma de fuego en un 7.5%, situación alarmante también ya que en México las armas de fuego no se encuentran legisladas como de uso doméstico y esta condición en términos teóricos debiera disminuir el intento por esta causa (Pfeffer C., 1997), estos últimos métodos nos sugieren que los intentos realizados tenían una intención clara de conseguir la muerte, esta distribución en la preferencia de los métodos pensados y elegidos se encuentra en relación al sexo, es decir las mujeres prefieren el uso de fármacos y los hombres el uso de métodos de mayor letalidad como las armas de fuego y el ahorcamiento según lo ya estudiado en México por González en 1998. Se considera así mismo que el incremento en la severidad y la letalidad de los intentos es directamente proporcional al número de los mismos.

De acuerdo a los resultados entre la ideación suicida, el sexo y la edad se encontró una asociación significativa entre las tres variables y al tratar de establecer una asociación entre el intento suicida con el sexo y edad, sobresale que solo en relación al sexo se encontraron diferencias estadísticas significativas; es decir parece ser que la edad no es un factor relevante para la presencia o no de la conducta, sin embargo en el caso del sexo si se advierte una asociación entre estos factores.

La utilidad en la aplicación de la entrevista RQC versión ampliada radica en que aportó datos importantes en relación con la psicopatología previa y su evolución a la actualidad. Además destaca que el 88% de los adolescentes presentaran irritabilidad en el último año y que el 77% reportara tristeza, así como algunos síntomas somáticos (cefalea, molestias

físicas inespecíficas). El que en el presente cada adolescente tenga en promedio 9 síntomas, nos habla de que la psicopatología no tuvo un inicio súbito en la mayoría de los casos, sino que fueron síntomas que se iniciaron desde etapas más tempranas, lo que nos sugiere que en la evaluación se debe investigar desde años atrás incluyendo la ideación suicida.

En un estudio en población abierta infantil y adolescente en la Cd. de México (Caraveo J, *et al.*, 2002) se encontró que el 16% reportaron la presencia de 4 o más síntomas con la aplicación del RQC, que para los autores sugieren mayor probabilidad de psicopatología.

En el presente estudio se encontró que casi el 90% de los que presentaron ideación han tenido más de 6 síntomas, lo cual nos habla de la magnitud de la psicopatología.

A pesar de que en la población se encontraron diferentes síndromes tales como de ansiedad, por déficit de atención y de conducta solamente el síndrome depresivo se encontró como factor de riesgo para la presencia de ideación suicida no así para el intento y la impulsividad se encontró como factor de riesgo para el intento y no para la ideación. De acuerdo a lo reportado por la literatura sobre los factores asociados a la conducta suicida en los adolescentes, se ha descrito que la psicopatología de carácter depresivo, así como la impulsividad son factores que en esta población se asocian a la presencia de la conducta suicida. Sin embargo es preciso resaltar que en el caso de la impulsividad es una característica de la personalidad que a su vez es parte de la historia del sujeto, luego entonces esto es un factor que hace evidente el que esta situación existe y que debe de incluirse en la evaluación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Las principales motivaciones reportadas de manera espontánea para la presencia de la conducta suicida fueron la desesperanza, la depresión, la baja autoestima, la falta de atención por parte de las figuras de apoyo y la problemática familiar. Sin embargo estas motivaciones fueron diferentes con relación al sexo, encontrándose que las mujeres sienten con mayor frecuencia desesperanza, baja autoestima y tristeza que los hombres, sin embargo estos últimos presentan con mayor frecuencia enojo.

La importancia y relevancia de los datos obtenidos en esta investigación radica en que es uno de los primeros estudios realizados en población clínica adolescente en nuestro país en relación a las conductas suicidas y a los factores asociados a la misma, donde se pone de manifiesto la necesidad de realizar más estudios en este tipo de población debido al incremento notable de estos últimos años y además de considerar que es una conducta que puede ser previsible y predecible en términos generales; pudiéndose realizar una labor importante en esta área.

Es preciso también incluir una evaluación de la situación familiar, ya que los datos obtenidos nos sugieren apoyado en la literatura el papel importante que juega en relación a la conducta suicida.

Finalmente, es necesario considerar que poco más del 40% de la población en nuestro país es menor de 18 años y el suicidio está cobrando día con día mayores víctimas en este grupo, por lo que esta situación se está convirtiendo ya no solo en un problema de tipo moral, sino de salud pública.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO DE TERMINOS

- ALIBAE: Trastorno de Alimentación con bajo peso.
- ALISOE: Trastorno de Alimentación con sobrepeso.
- ANGER: Ansiedad Generalizada.
- ANIB: Ansiedad con predominio de inhibición.
- CIIS: Cuestionario de Ideación e Intento Suicida.
- Conducta Suicida.- Incluye Ideación e Intento Suicida.
- ELD: Trastorno específico del lenguaje.
- ELDPR: Probable trastorno del lenguaje.
- EPILE: Epilepsia
- EPILEPR: Probable Epilepsia.
- IDEP2SR, IDEP1R, IDEP2MR, IDEP3MR: Subtipos de depresión.
- TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Sx: Síndrome

REFERENCIAS

1. Beck A; Kovacs M; Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. J.Consulti Clin. Psychol. 47(2):343-352; 1979.
2. Borges G.;Rosovsky H.; Gómez C.; Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública de México. 38(3):197-206; 1996.
3. Brent D; Perper J; Moritz G; Baugher M; SchweersJ; Roth C. Suicide in affectively ill adolescents: a case-control study. Journal of Affective Disorders 31:193-202. 1994.
4. Brent D, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiapetta L. Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38:1497-1505, 1999.
5. Brown J, Cohen P, Jonson J, Smailes E., Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young depresión and suicidality. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 38(12): 1490-1496, 1999.
6. Caraveo J, Colmenares E, Martínez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública de México, 44(6): 492-498, 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Clarkin J; Friedman R; Hurt S; Corn R; Aronoff M. Affective and Character Pathology of Suicidal Adolescent and Young Adult Inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry* 45:19-22; 1984.
8. Davidson S. Suicidio. En: Lorraine, S (ed). *Agonia, Muerte y Duelo. Manual Moderno*, 243-270. México, 1992.
9. Diekstra R; Moritz G. Suicidal Behavior among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 13:402-421, 1987.
10. Diekstra R. Suicidal Behavior and Depressive Disorders in Adolescents and Young Adults. *Neuropsychobiology*. 22:194-207; 1989.
11. Diekstra R, Garnefski M. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25(1): 36-57. 1995
12. Dhossche D. Suicidal Behavior in Psychiatric Emergency Room Patients. *South Med J* 93(3):310-314, 2000.
13. Durkheim E. *El Suicidio*. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México, 1974. De la versión original: Durkheim E. *Le suicide*. *Etude de Sociologie*. XII-462, Alcan, París, 1897.

14. Egmond V; Diekstra R. The predictability of suicidal behavior: the results of meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 16: 305-312; 1989.
15. Farmer R. Hirsch S. *The Suicide Syndrome*. Croom Helm Press London 1980.
16. Galit D; Overholser J. Depression, Hopelessness, and Self-Esteem: Accounting for Suicidality in Adolescent Psychiatric Inpatients, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4):309-318. 1999.
17. Gómez M, Rico H, Caraveo J, Guerrero G. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 204-208, 1993.
18. González S; Díaz-Martínez A; Ortiz S; González-Forteza C; González J.J.: Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*. 23(2): 21-30; 2000.
19. González F.C. Aspectos psicosociales del suicidio en adolescentes mexicanos. *Psicopatología*. 15 (4): 128-161; 1995.
20. González F.C.; Borges G.; Gómez C.C.; Jiménez T.A. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*. 19: 33-38; 1996.

21. González F.C.; García G.; Medina-Mora M.A.; Sánchez M.A. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*. 21 (3):1-9; 1998.
22. González F.C, et al. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Mental*, 24 (6)16-25, 2001.
23. Hawton K; Cole D; O'Grady J; Osborn M. Motivational Aspects of Deliberate Self-Poisoning in Adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 141: 286-291; 1982.
24. Hawton K; Osborn M; O'Grady J; Cole D. Classification of adolescents who take overdoses. *British Journal of Psychiatry*. 140: 124-131; 1982b.
25. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Balé E, Bond A. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and de prevention of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 171, 556-560, 1997.
26. Higuera R. F.. Intento suicida en niños y adolescentes ¿Impulsividad o Depresión?, Tesis, UNAM. 1996.
27. Hija M, Rascón R, Blanco J, López L. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*. 19(4): 14-21, 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

28. Hoberman H; Garfinkel B. Completed Suicide in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 27(6):689-695;1988
29. Hurry J. Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*. 12: 31-36; 2000.
30. Hurry J; Storey P. Assessing young people who deliberately harm themselves. *British Journal of Psychiatry*. 176:126-131. 2000.
31. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México; INEGI 2001.
32. Kerfoot M; Dyer E; Harrington V; Woodham A; Harrington R. Correlates and Short-Term Course of Self-Poisoning in Adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 168:38-42; 1996.
33. Kerfoot M; Huxley P. Suicide and deliberate self-harm in young people. *Current Opinion in Psychiatry*. 8:214-217; 1995.
34. Mondragón L; Saltijeral M.T; Bimbela A; Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 21(5): 20-27; 1998.

35. Mondragón L; Borges G, Gutierrez R. La Medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. Salud Mental. 24(6):4-15; 2001.
36. Orvin G.H.. Understanding the Adolescent. Normality and Adolescence. American Psychiatric Press.p.p.73-77.
37. Pfeffer C. Childhood Suicidal Behavior: A Developmental Perspective. The Psychiatric Clinics of North America. 20(3): 551-562;1997.
38. Shánee N; Aptere A; Weizman A. Psychometric Properties of the K-SADS-PL in an Israeli Adolescent Clinical Population. Isr J Psychiatry Relat Sci. 34(3): 179-186; 1997.
39. Wagner K; Rouleau M; Joiner T. Cognitive Factors Related to Suicidal ideation and Resolution in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents. American Journal of Psychiatry. 157:2017-2021. 2000.
40. Weissman MM. The epidemiology of suicide attempts, 1960-61. Arch Gen Psychiatry, 30:737-746, 1974.
41. Wekstein Louis. Handbook of Suicidology. Brunner Mazel Pub. New York, 1979.

No. Exp.

CUESTIONARIO DE IDEACION E INTENTO SUICIDA

EDAD _____ SEXO ☐ F ☐ M EDO.CIVIL

Soltero
Casado
Unión Libre
Viudo

 OCUPACIÓN _____ ESCOLARIDAD _____

1.- ¿Ha pensado alguna vez en quitarse la vida?

SI
NO

2.- ¿Ha pensado cómo? (Puede señalar más de una opción)

- a) PASTILLAS
- b) CORTÁNDOSE
- c) AHORCÁNDOSE
- d) ARMA DE FUEGO
- e) AVENTÁNDOSE
- f) OTRAS FORMAS

SI	NO

3.- ¿Cuándo fue la última vez que lo pensó?

- a) HACE MAS DE 6 MESES
- b) DE DOS A 6 MESES
- c) HACE 1 MES
- d) EN LA ULTIMA SEMANA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- ¿Qué tan seguido lo ha pensado?

- a) ESPORADICAMENTE
- b) CADA MES
- c) CADA SEMANA
- d) DIARIO

5.- En el último mes ¿cuántas veces lo ha pensado?

- a) MUCHAS VECES
- b) DE 3 A 5 VECES
- c) DE 1 A 3 VECES
- d) UNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

6.- ¿Qué tan intensos han sido estos pensamientos?

- a) LEVES
- b) MODERADOS
- c) SEVEROS

7.- ¿Ha intentado quitarse la vida (matarse) alguna vez?

SI
NO

8.- ¿Cómo? (Puede señalar más de una opción)

- a) PASTILLAS
- b) CORTÁNDOSE
- c) AHORCÁNDOSE
- d) ARMA DE FUEGO
- e) AVENTÁNDOSE
- f) OTRAS FORMAS

SI	NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9.- ¿Cuándo fue la última vez que lo intentó?

- a) HACE MAS DE 6 MESES
- b) DE DOS A 6 MESES
- c) HACE 1 MES
- d) EN LA ULTIMA SEMANA

10.- En total ¿cuántas veces lo ha intentado?

- a) MUCHAS VECES
- b) DE 3 A 5 VECES
- c) DE 1 A 3 VECES
- d) UNA VEZ
- e) NINGUNA VEZ

11.- En el momento actual ¿tiene la idea de quitarse la vida?

SI
NO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12.- ¿Alguna vez se ha hecho daño intencionadamente sin querer matarse?

SI
NO

13.- ¿Qué motivos lo han llevado a tomar la decisión de quitarse la vida? Enumérellos del más al menos importante.

1.-
2.-
3.-
4.-

AHORA LE VOY A HACER UNAS PREGUNTAS SOBRE SUS EXPECTATIVAS DE LA VIDA Y LA MUERTE.

I. Características de la actitud sobre vivir-morir,

☐

1. ¿Qué tantas ganas tiene de seguir viviendo?

- 0) El deseo de vivir es fuerte o moderado
- 1) El deseo de vivir es poco, débil
- 2) No tiene deseo de vivir

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

☐

2. ¿Qué tanto desea usted morir?

- 0) No tiene deseo de morir
- 1) El deseo de morir es poco
- 2) El deseo de morir es fuerte o moderado

☐

3. Para usted ¿es preferible vivir que morir o morir que vivir?

- 0) Vivir vale más que morir
- 1) Morir vale más que vivir
- 2) Le da lo mismo vivir o morir

☐

4. ¿Ha deseado firmemente quitarse la vida?

- 0) Ningún deseo de realizar un intento serio
- 1) Lo ha deseado de vez en cuando
- 2) Lo desea en forma continua y permanente

☐

5. ¿Si deseara quitarse la vida, en qué momento lo haría?

- 0) Lo haría cuando alguien lo pudiera rescatar
- 1) Dejaría la vida o la muerte a su suerte (Vgr. cruzar una calle sin precaución)
- 2) Usted mismo(a) lo propiciaría o se dejaría morir sin involucrar a nadie (por ejemplo: dejaría de tomar su medicamento)

SI EL PACIENTE CONTESTA "0" EN LAS PREGUNTAS 4 Y 5 NO SE APLICAN LAS SECCIONES II, III Y IV Y SE UTILIZA EL "8" EN ESTOS CASOS; Y PASE A LA SECCION V.

II. Características de la Ideación Suicida o del Deseo Suicida,

☐

6. ¿Qué tanto tiempo piensa (duración del pensamiento) en la posibilidad de atentar contra su vida?

- 0) Lo piensa por periodos cortos, en forma pasajera
- 1) La idea permanece por más tiempo
- 2) El pensamiento es (crónico) constante

☐

7. ¿Qué tan seguido (frecuencia del pensamiento) piensa en la posibilidad de atentar contra su vida?

- 0) Lo piensa rara vez u ocasionalmente
- 1) Lo piensa intermitentemente
- 2) Lo piensa continuamente, persistentemente

☐

8. Cuando tiene estos pensamientos, ¿qué hace usted con ellos?

- 0) Los rechaza
- 1) Le son indiferentes o ambivalentes
- 2) Los acepta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

☐

9. Cuando ha tenido pensamientos de morir:

- 0) Los ha podido controlar
- 1) Le es difícil o no se siente seguro de controlarlos
- 2) No puede controlarlos

☐

10. ¿Hay alguna razón o motivo por el que usted se ha detenido o que le haya impedido llevar a cabo sus deseos de quitarse la vida (como la familia, creencias religiosas, intento previo, etc.)?

- 0) No cometería suicidio porque hay motivos suficientes que se lo impedirían
- 1) Hay cierta duda por los motivos que lo impedirían
- 2) No le importan o tienen mínima importancia los motivos que se lo impiden. Especifique

☐

11. Dígame qué razones tendría para llevar a cabo un intento?

- 0) Sus intenciones son para manipular, llamar la atención o por venganza
- 1) Combinaciones de "0" y "2"
- 2) Sus intenciones son para escapar, poner fin o resolver sus problemas

III. Características del intento una vez meditado

☐

12. ¿Usted ha planeado en qué forma se quitaría la vida?

- 0) No lo ha considerado
- 1) Lo ha considerado, pero no en detalle

2) Lo ha considerado, muy detalladamente

☐

13. ¿Qué tan fácil le sería conseguir el método para llevarlo a cabo?

- 0) Le es difícil conseguir el método
- 1) La forma en la que planea destruirse le llevaría tiempo y esfuerzo, las oportunidades que tiene son pocas
- 2a) La forma en la que planea atentar contra su vida es factible porque hay oportunidades para lograrlo
- 2b) Hay alguna planeación anticipada del éxito para conseguir el método y la oportunidad de llevarlo a cabo

☐

14. ¿Usted cree que podría llevar a cabo un intento?

- 0) Le asusta la idea, no es lo suficientemente fuerte, no tiene el valor, es incapaz de llevarlo a cabo
- 1) No está muy seguro de tener el valor de hacerlo, pero cree que es más capaz
- 2) Está totalmente seguro de que lo puede llevar a cabo y tiene el valor y la capacidad de realizarlo

☐

15. ¿Usted ha pensado las consecuencias que tendría el auto-destruirse?

- 0) No lo ha pensado
- 1) No está muy seguro
- 2) Si lo ha pensado

IV. Características de la Intención Suicida en el presente

☐

16. Últimamente, ¿ha preparado y planeado cómo autodestruirse?

- 0) No lo ha preparado
- 1) Lo ha preparado en forma parcial (empieza a preparar el método)
- 2) Lo ha preparado completamente (ya tiene el método)

☐

17. Últimamente, ¿ha escrito o pensado enviar a alguien una nota sobre los motivos por los cuales usted desea terminar con su vida?

- 0) No
- 1) Empezó a escribir pero no la terminó, solamente ha pensado en hacerlo
- 2) Ya tiene un escrito hecho

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ☐ 18. Actualmente, ¿ha pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de sus bienes?
- 0) No
 - 1) Lo ha pensado y/o ha hecho algunos arreglos
 - 2) Ha realizado arreglos y planes definitivos
- ☐ 19. Actualmente, ¿ha dejado entrever sus intenciones de quitarse la vida?
- 0) Reveló abiertamente sus ideas
 - 1) Evitó revelarlas
 - 2) Trató de disimularlo o de ocultarlo

V. Intentos previos

- ☐ 20. ¿Intentó suicidarse previamente?
- 0) No o nunca
 - 1) Una vez
 - 2) Más de una vez
- ☐ 21. ¿Qué tanto deseo morir en esta ocasión en comparación con la última vez que intentó? (NO SE APLICA "8")
- 0) El deseo fue insignificante en esta ocasión
 - 1) El deseo fue moderado, ambivalente en esta ocasión
 - 2) Un gran deseo de morir en esta ocasión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a. Pensamiento recurrentes de muerte

En ocasiones los niños o los adolescentes que se sienten molestos o se sienten mal, desean estar muertos o sienten que estarían mejor muertos. ¿Alguna vez has tenido estos pensamientos? ¿Cuándo? ¿Te sientes así ahora? ¿Hubo algún otro momento en el que te sintieras de esa forma?

P N S

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: Pensamientos transitorios de muerte.

3 3 3 Umbral: Recurrentes pensamientos de muerte "Estaría mejor muerto" o "Deseo estar muerto"

Duración del síntoma

Pasado: P () N () S ()

Duración del síntoma

b. Ideación suicida

Incluye la preocupación con pensamientos de muerte o suicidio así como alucinaciones en donde el niño escucha una voz que le ordena que se mate y que incluso le sugiere el método.

No incluye el miedo a morir.

En ocasiones los niños que se sienten molestos o se sienten mal piensan en morir e incluso en suicidarse. ¿Has tenido estos pensamientos? ¿Cómo lo harías? ¿Tienes algún plan?

P N S

0 0 0 Sin información.

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: Pensamientos ocasionales de suicidio pero no ha pensado en un método específico.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia piensa en el suicidio y ha pensado en algún método.

Duración del síntoma

Pasado: P () N () S ()

Duración del síntoma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c. Intentos suicidas - severidad

P N S

Juzgue la severidad del intento suicida expresado en el acto suicida: Probabilidad de ser rescatado, precauciones para no ser descubierto, acciones para que le ayuden durante o después del intento, grado de planeación, motivo aparente del intento (manipulatorio o verdadero intento suicida).

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información. |
| 1 | 1 | 1 | Sin intento o sin intención de morir (manipulatorio como tener pastillas en la mano). |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Presente, pero muy ambivalente |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: Intento suicida explícito. |

¿Has tratado de suicidarte? ¿Cuándo? ¿Qué hiciste? ¿Realmente querías morir? ¿Qué tan cerca estuviste de lograrlo? ¿Había alguien en el cuarto? ¿En la casa o departamento? ¿Dijiste que lo ibas a hacer? ¿Cómo te encontraron? ¿Realmente querías morir? ¿Pediste ayuda después de que intentase suicidarte?

Duración del síntoma

Pasado: P () N () S ()

Duración del síntoma

d. Intentos suicidas - letalidad médica

P N S

Se refiere a la amenaza médica actual hacia la vida o a la condición física posterior al intento suicida más severo. Tome en cuenta el método, deterioro o daño de la consciencia al momento de ser rescatado, severidad de la herida o daño físico, toxicidad del material ingerido, reversibilidad, tiempo necesario para una completa recuperación y tratamiento médico requerido.

- | | | | |
|---|---|---|--|
| 0 | 0 | 0 | Sin información. |
| 1 | 1 | 1 | Sin intento o sin intención de morir (ejem.. Tener píldoras en la mano). |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: ejem., tomó 10 aspirinas, gastritis leve. |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: ejem., tomó 10 benzodiacepinas breve inconsciencia |

¿Qué tan cerca de morir estuviste después del intento suicida más severo? ¿Qué hiciste cuando trataste de suicidarte? ¿Que ocurrió después de que trataste de suicidarte?

Duración del síntoma

Pasado: P () N () S ()

Duración del síntoma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e. Actos no Suicidas de Autodaño

P N S

Se refiere a la automutilación u otros actos hechos sin la intención de suicidarse.

0 0 0 Sin información

¿Alguna vez has tratado de lastimarte? ¿Te has quemado con cerillos/velas? ¿Te has herido con agujas/cuchillos? ¿Con tus uñas? ¿Has puesto monedas calientes en tu piel? ¿Algo más? ¿Con qué frecuencia? ¿Porqué lo hacías? ¿Has tenido muchos accidentes? ¿Qué clase de accidentes? ¿Con qué frecuencia?

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Infrecuente (1-3 veces por año). Nunca se ha causado una lesión severa.

Algunos niños hacen estas cosas porque quieren suicidarse, y otros lo hacen porque se sienten mejor después de hacerlo ¿Porqué lo hacías?

3 3 3 Umbral: Frecuente (4 o más veces por año) o se ha causado una lesión severa (quemaduras con cicatriz, fractura de huesos)

. Duración del síntoma

Pasado: P () N () S ()

Duración del síntoma

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Si recibió una puntuación de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección de trastornos depresivos del suplemento #1, trastornos afectivos, después de finalizar el tamizaje inicial.

__ Sin evidencia de trastorno depresivo.

Notas: (Registre las fechas de posibles trastornos depresivos actuales y pasados).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RQC

No. Cuest _____
No. Hijo _____

No. Expediente _____

	Ultimos 12meses	Mas de un año	Edad Inicio	Ultima vez conducta	No Conducta
Q6. ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprensible, tartamudo)?					
Q7. ¿Tiene problemas para dormir?					
Q8. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?					
Q9. ¿Se fuga de la casa?					
Q10. ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?					
Q11. ¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?					
Q12. ¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños/jóvenes?					
Q13. ¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?					
Q14. ¿Se orina en la cama en la noche?					
Q15. ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?					
Q16. ¿Le da miedo ir a la escuela?					
Q17. ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?					
Q18. ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?					
Q19. ¿Muchas veces está de mal humor; es irritable y geniuado(a)?					
Q20. ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?					
Q21. ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?					
Q22. ¿Tiene pesadillas con frecuencia?					
Q23. ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?					
Q24. ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?					
Q25. ¿Es muy desobediente y peleonero(a)?					
Q26. ¿Dice muchas mentiras?					
Q27. ¿Se niega a trabajar en la escuela?					
Q28. ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?					
Q29. ¿ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?					
Q30. ¿Se queda mirando al vacío, se queda en babia?					
Q31. ¿Se junta con niños/muchachos(as) que se meten en problemas?					
Q32. ¿Toma alcohol o usa drogas?					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN