

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA EN CIENCIAS MEDICAS

FACULTAD DE MEDICINA



**“PERFIL PSICOPATOLOGICO ACTUAL Y ANTECEDENTE DE ABUSO
SEXUAL EN ADOLESCENTES Y SU RELACION CON INTENTO SUICIDA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE MAESTRA EN CIENCIAS

P R E S E N T A

MARIA PATRICIA MARTINEZ MEDINA

ASESORA: DRA. CATALINA FRANCISCA GONZALEZ-FORTEZA

JURADO

PRESIDENTE: DRA. BLANCA ESTELA VARGAS TERREZ

SECRETARIO: DRA. GUADALUPE SILVIA GARCIA DE LA TORRE

VOCAL: DRA. CATALINA FRANCISCA GONZALEZ-FORTEZA

SUPLENTE: DR. FRANCISCO CAMILO DE LA FUENTE SANDOVAL

SUPLENTE: DR. ARIEL GRAFF GUERRERO

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION	5
MARCO TEORICO	6
1. CONDUCTA SUICIDA	6
1.1 Definiciones Conceptuales	
1.1.1 Suicidio Consumado.....	6
1.1.2 Intento Suicida	7
1.1.3 Parasuicidio	8
1.1.4 Conducta o comportamiento autolesivo	8
1.1.5 Ideación suicida	9
1.2 Historia	10
1.3 Epidemiología	13
1.3.1 Sesgos epidemiológicos	13
1.3.2 Epidemiología Internacional de la Conducta Suicida	14
1.3.3 Epidemiología Nacional de la Conducta Suicida	15
2. ADOLESCENCIA Y COMPORTAMIENTO SUICIDA	18
2.1 Definición de Adolescencia	18
2.2 Características de la conducta suicida en la adolescencia	19
3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA SUICIDA	21
3.1 El intento suicida previo y la ideación suicida	21
3.2 Psicopatología	22
3.3 Desesperanza	24
3.4 Impulsividad	25
3.5 Abuso Sexual	28
3.6 Otros factores de riesgo	30

METODOLOGIA	31
4.1 Planteamiento del Problema	31
4.2 Justificación	32
4.3 Hipótesis	32
4.4 Objetivo General	33
4.5 Objetivos Específicos	33
4.6 Tipo de Estudio	34
4.7 Variables de Estudio	35
4.8 Población de Estudio	35
4.9 Criterios de Inclusión	36
4.10 Criterios de Exclusión	36
4.11 Participantes	36
4.12 Instrumentos	37
La ficha de datos demográficos	38
Escala de Desesperanza de Beck	38
Escala de Desesperanza de Beck en México	40
Escala de Impulsividad de Plutchik	40
Escala de Impulsividad de Plutchik en México	41
K-SADS-PL	42
K-SADS-PL en México	43
Escala de Ideación Suicida de Beck	44
Escala de Ideación Suicida de Beck en México	45
Cédula de Registro de Abuso Sexual	46
Escala de Depresión de Hamilton	47
5. ANALISIS DE DATOS	49
6. RESULTADOS	51
7. DISCUSION	67
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
9. ANEXO	88

RESUMEN

Antecedentes. Los elevados índices de morbilidad y mortalidad asociados a la conducta suicida, y dado que el suicidio afecta en gran medida a la población joven, se considera útil llevar a cabo una investigación en población adolescente e identificar los factores clínicos de riesgo asociados. En esta investigación se evaluó la presencia de los Trastornos Depresivo Mayor, Distímico, de Ansiedad Generalizada y Pánico, así como la severidad de la Sintomatología Depresiva, los índices de Desesperanza, Ideación Suicida e Impulsividad y el antecedente de Abuso Sexual como posibles factores asociados.

Método. Participaron cincuenta pacientes adolescentes sexo femenino, de consulta externa de dos instituciones públicas para población abierta que brindan únicamente atención en Salud Mental, sin tratamiento antidepresivo previo, veinticinco con el criterio de antecedente de intento suicida (grupo caso) y veinticinco sin el antecedente de intento suicida (grupo control), siendo evaluados a través de los siguientes instrumentos: Ficha de Datos Sociodemográficos, Escala de Desesperanza de Beck, de Impulsividad de Plutchik, K-SADS-PL (apartado de Depresión y Ansiedad), Escala de Ideación Suicida de Beck, Cédula de Registro de Abuso Sexual y la Escala de Hamilton de Depresión.

Resultados. Se observó que el 40% reportó haber realizado un intento suicida una vez en la vida; la conducta suicida única representó el 40%, mientras que el 60% representó conducta suicida recurrente, el método utilizado más frecuentemente para realizar el intento suicida, fue el consumo de “pastillas” (medicamentos) (60%), seguido por que uso objetos punzocortantes (24%).

En las pacientes con intento suicida se apreció la presencia del Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico presentándose una diferencia significativa entre el grupo caso y control, así como un mayor índice de desesperanza, impulsividad, ideación suicida y severidad en la depresión en el grupo con intento suicida, de igual manera las pacientes con intento suicida reportaron mayor frecuencia de antecedente de abuso sexual.

Conclusiones. Los datos encontrados en esta investigación son similares a los encontrados en otras poblaciones donde se correlacionan a los trastornos

Depresivo Mayor, de Ansiedad Generalizada y de Pánico con la conducta suicida, en este caso con el intento suicida, así como con un índice mayor de desesperanza, impulsividad y severidad de la depresión. También con un índice más alto de ideación suicida. Otro hallazgo que se corroboró es la relación entre el antecedente de abuso sexual y el incremento de la conducta suicida.

Limitaciones. Una de las limitaciones a considerar en la presente investigación se refiere al número de sujetos, sobretodo teniendo en cuenta la gran cantidad de variables analizadas. Sin embargo, cabe señalar que es una valiosa contribución en este campo de conocimiento, que requiere ser profundizado, dado que la conducta suicida y los problemas de salud mental asociados en los adolescentes constituye ya un problema de salud pública en nuestro país.

INTRODUCCIÓN

En el marco teórico se realiza una revisión conceptual de los términos relacionados con la conducta suicida. Se revisan los conceptos de suicidio consumado, intento suicida, parasuicidio, conductas o comportamiento autolesivo e ideación suicida, Con la finalidad de hacer un reconocimiento un tanto más completo se hace una breve revisión histórica sobre cómo ha sido descrito, considerado y “tratado” el comportamiento suicida.

Se ofrecen también datos epidemiológicos internacionales y nacionales sobre esta temática de estudio.

Debido a que nuestro objeto de investigación es la conducta suicida en la población adolescente, son revisadas las características y definiciones de la adolescencia y de las características de la conducta suicida en esta población.

Finalmente, en este apartado se revisan las variables que a lo largo de varios estudios han sido relacionadas con el comportamiento suicida, así como aquéllos que han sido descritos e identificados como factores de riesgo, entre los cuales están el intento previo, la ideación suicida, también distintos trastornos psicopatológicos (como el Trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Abuso de Sustancias), la desesperanza, la impulsividad y el abuso sexual, así como otras variables.

En el apartado de metodología se encuentran todos aquellos criterios que se tomaron en cuenta en la investigación, incluyendo población de estudio, variables, criterios de inclusión, exclusión, así como las hipótesis, objetivos; en la parte final de este apartado se explicará el planteamiento para la descripción y la realización de los análisis de los datos.

En el apartado de resultados se explican los datos obtenidos desde las variables sociodemográficas, las características del intento suicida, las características psicopatológicas observadas en ambas muestras de estudio y las variables asociadas al intento.

Finalmente, en la discusión se realizan conclusiones basadas en los estudios previos y el factor de impacto de este estudio, así como sugerencias sobre estudios futuros abordando esta problemática.

MARCO TEORICO

1. CONDUCTA SUICIDA

1.1 Definiciones Conceptuales:

1.1.1 Suicidio Consumado

Definir la conducta suicida es una tarea compleja y controvertida, ya que existen diversos factores que son implicados en la misma de carácter social, psicológico y médico que interactúan y actúan (Chávez, 1982). Se han desarrollado diversas aproximaciones teóricas y conceptuales para tratar de explicar este fenómeno.

La palabra “suicidio” la utilizó por primera vez el abate Desfontaines en 1737, cuyo significado es una derivación del griego que significa “muerte propia” (Morón, 1992; Millar *et al*, 1991).

Pinel y Esquirol describieron el suicidio como un síntoma de enfermedad mental que estaba relacionado con las crisis por las circunstancias de la vida (Sarró 1984).

Según Durkheim (2003, obra original de 1897), frecuentemente se asocia el suicidio con una acción positiva y violenta que implica cierto empleo de fuerza muscular, aún cuando puede ocurrir que una actitud puramente negativa o una simple abstención produzcan consecuencias idénticas. Es decir, se mata uno mismo al rehusarse a alimentarse de la misma manera que lo hace uno con un arma. Así pues, no es necesario que el acto producido por el paciente haya sido el antecedente inmediato de la muerte, para que ésta sea considerada como consecuencia del mismo. La relación de causalidad se mantiene independientemente de la latencia de tiempo entre el acto y la muerte. Por lo

anterior, se llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo (activo) o negativo (pasivo), realizado por la víctima misma y que ésta ha querido matarse.

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

Por otro lado, Baechler sugiere que *“...el problema del suicidio debe ser tomado desde una perspectiva completamente nueva.... Yo basaría la discusión a partir de la siguiente definición: el suicidio se refiere a todo comportamiento que busca y encuentra solución a un problema existencial que supone un intento en la vida del sujeto”* (citado en Shneidman (2001) (obra original “Les suicides” de Baechler 1978 París).

Desde la perspectiva de Beck y sus colaboradores (1975), se define el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida y que da como resultado la propia muerte; incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento llevando a la conclusión de que el individuo realizó una acción positiva con el propósito fundamental de poner fin a su vida.

1.1.2 Intento suicida

También llamada Tentativa de suicidio, definiéndose como todo comportamiento potencialmente autolesivo sin resultado letal, en el que hay alguna evidencia, explícita o implícita, de que el sujeto tenía alguna intención de matarse, teniendo ésta, consecuencias lesivas o no (Díaz J *et al*, 2004).

Se define como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere medicamentos a dosis superiores de las prescritas, con la intención expresa de quitarse la vida (Kreitman, 1969, citado en Alcántar, 2002). Stengel (1965), define el intento suicida como cualquier acto de autoperjuicio inflingido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua.

Diekstra (1993) lo define como un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o les causaría si los demás no interfirieran.

1.1.3 Parasuicidio

El parasuicidio se entiende como un tipo de conducta suicida que se diferencia del intento suicida, ya que supone un comportamiento autolesivo para el sujeto, pero conscientemente no mortal, a diferencia del intento suicida que es considerado como un suicidio fallido (Van Egmond y Diesktra, 1989).

Los comportamientos instrumentales relacionados con el suicidio son aquellos comportamientos autolesivos para los que existe evidencia, explícita o implícita, de que el sujeto no tenía la intención de matarse y pretendía conseguir otro objetivo (ayuda, castigar a otros, atención) aparentando que se mataba (Díaz *et al*, 2004).

1.1.4 Conductas o comportamiento autolesivo

El *comportamiento autolesivo* (CAL), conocido también como automutilación, se define como una conducta autodestructiva que causa daño tisular directo. Esta conducta no tiene la intención de causar la muerte y las lesiones no son tan extensas o severas como para constituir un daño letal. Dicha conducta puede

presentarse eventualmente en padecimientos psiquiátricos como estados depresivos o psicóticos; sin embargo, cuando se presenta de manera frecuente, constituye lo que se denomina el *síndrome de autolesión deliberada*, que se puede observar en pacientes con retraso mental y trastornos de personalidad (Patisson y Kahan, 1983; Winchel y Stanley, 1991).

1.1.5 Ideación Suicida

Aún cuando estrictamente la ideación no es una conducta como tal, se ha incluido dentro de esta problemática suicida.

Se habla de ideación suicida, cuando un sujeto, persistentemente, piensa, planea o desea cometer suicidio, o cualquier manifestación del sujeto donde exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio (Díaz *et al*, 2004).

Según Beck, las personas con ideación suicida son individuos que habitualmente tienen planes y deseos de cometer suicidio, pero no han hecho ningún intento suicida manifiesto. Desde esta perspectiva, la ideación suicida precede al intento suicida y al suicidio consumado (Beck *et al*, 1979).

De modo que se considera que la conducta o comportamiento suicida se encuentra constituido por la ideación suicida, los planes suicidas, los gestos suicidas, las autoagresiones deliberadas, los intentos y el suicidio consumado; aún cuando se reconoce que todas estas condiciones no necesariamente se deben de cumplir en el proceso suicida. La intencionalidad suicida de un individuo puede considerarse como un punto de un continuo. En uno de sus extremos estaría la

intención irrevocable de suicidarse y en el otro la decisión de seguir viviendo (Beck *et al*, 2001, p.192).

1.2 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 drúidica de las Galias 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, el suicidio era un suceso que solía darse con cierta frecuencia; en donde los filósofos griegos recomendaban el “crimen de sí mismo” a aquéllos que pudieran perder su dignidad. 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. Se encuentra también el suicidio patriótico como

el de Isócrates, y por fidelidad a una idea como el de Demócrito. Otros más fueron Epicuro, Zenón, y Diógenes como fundador de la doctrina estoica que veía en el suicidio la libertad suprema. En la Grecia antigua el método preferido era el envenenamiento, no así en Roma donde se prefería el suicidio con espada. 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 el Antiguo y Nuevo Testamento hay muy pocos casos de suicidio, aunque en la Biblia el suicidio no está tan explícitamente condenado, es un hecho que durante los primeros tiempos del Cristianismo se animaba a los creyentes al suicidio mediante el martirio y se les prometía la salvación. No es sino hasta el siglo V cuando San Agustín habló de que la vida es un regalo de Dios y que rechazarla era lo mismo que rechazar a Dios, apoyándose en el quinto mandamiento de “No matarás”; es entonces donde los cuerpos de la gente que cometía suicidio eran tratados de formas poco respetuosas, sin tener derecho a enterrarse en tierra sagrada, motivo por el cual se ocultaban las verdaderas causas de la muerte. Durante esta época era común en Inglaterra enterrar a los suicidas en un cruce de caminos con una estaca clavada en el corazón. En Zurich, se hundía una estaca de madera en el cráneo del suicidado si éste se había matado con un cuchillo, se enterraba su cuerpo en la arena si había muerto ahogado o con tres grandes piedras sobre la cabeza, el vientre y los pies si se había lanzado desde una altura. En Alemania para mayor castigo, se añadió una nueva penalización para los

familiares, confiscando los bienes heredados del suicidado y se saqueaban su casa y sus cultivos. En Francia e Inglaterra durante el siglo XVIII, el cuerpo era arrastrado por las calles metido en un armazón cabeza abajo.

Sin embargo en ocasiones fue una moda, por ejemplo en París durante el siglo XIX, era tan popular suicidarse ahogándose que pagaban a los pescadores por cada cuerpo que recuperaran (Misrahi, 2003; Alvarez, 1971).

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, postulando 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 la elección de quitarse la vida es parte del grupo tras una exigencia moral, muchas veces visto como 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, dándose este hecho por una ruptura entre el individuo y la sociedad. 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, como consecuencia de una crisis social. (Durkheim, 1897; Farmer R., 1980).

Desde la perspectiva de Wekstein (1979), el Hara Kiri, el Sutee y el Shinju son considerados como suicidios de carácter institucional.

1.3 Epidemiología

1.3.1 Sesgos Epidemiológicos

Debe tenerse presente que cuando se recogen datos referentes a la conducta suicida y especialmente, los relativos al suicidio consumado suelen estar sesgados.

De acuerdo con Hajar *et al* (1996), se suele subregistrar los casos de suicidio consumado porque en las actas de defunción se debe especificar el motivo de muerte. De modo que son subregistrados para evitar complicaciones legales y económicas (en casos de aseguradoras) y debidas al estigma social hacia la conducta suicida. También sucede que el número real de personas que intentan, o se lesionan de manera autodeliberada se desconoce, porque no se dispone de 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, por lo que se piensa que esta cifra puede ser mayor que la reportada (Diekstra, 1989; Hurry, 2000).

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, 1992).

1.3.2 Epidemiología Internacional de la Conducta Suicida

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 muertes por suicidio alrededor del mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el año 2020, aproximadamente 1.53 millones de personas morirán por suicidio y de 10 a 20 veces más habrán tenido un intento suicida alrededor del mundo, lo cual representa en promedio un suicidio cada 20 segundos y un intento cada 1 o 2 segundos (WHO, 2001).

En 2004, el suicidio fue la tercera causa de muerte entre los jóvenes y adultos jóvenes en edades de entre 10 y 24 años, en los Estados Unidos, con 4600 muertes (CDC,2007). Durante 1990-2003, la tasa de suicidios disminuyó un 28.5% de 9.48 a 6.78 por 100000 habitantes. Sin embargo de 2003 a 2004, la tasa se incrementó un 8% de 6.78 a 7.32, representando el 1.4% de todas las muertes en los Estados Unidos, siendo más de 32 mil muertes por suicidio. Esto es el equivalente a 89 suicidios por día, un suicidio cada 16 minutos, 11 suicidios por 100000 habitantes, lo cual significa la décimo primera causa de mortalidad en EUA. En trece estados les fueron realizados estudios toxicológicos a los suicidas encontrándose 33.3% exámenes positivos a alcohol, 16.4% a opiáceos, 9.4% a cocaína, 7.7% a marihuana, 3.9% a anfetaminas (Karch *et al*, 2006; CDC, 2005).

En un estudio de Krug *et al* (2002), se reporta que las mujeres presentan intentos suicidas en una relación de 3 a 1 con los hombres, siendo el suicidio la octava

causa de mortalidad en los hombres comparado con la décimo sexta causa que ocupan las mujeres.

En el 2005, el 16.9% de los estudiantes de preparatorias en Estados Unidos reportaron haber considerado de manera seria un intento suicida durante los 12 meses previos al estudio. Más del 8% de estudiantes reportaron uno o más intentos suicidas en el último año (Eaton *et al*, 2006).

Se ha calculado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados (Weissman, 1974).

1.3.3 Epidemiología Nacional de la Conducta Suicida

En México, al igual que en otros países del mundo, la problemática suicida se incrementa. En el estudio retrospectivo de Borges (1996), realizado en el transcurso de 24 años (entre 1970 y 1994), se reportó cómo 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%, en el grupo de 0-14 años no se reportaron suicidios en 1970, siendo para el grupo de 15-19 años una tasa de 1.49 por cien mil habitantes. En 1994 se presentó una tasa de 0.23 para el grupo de 0-14 años y una tasa de 3.30 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.

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

Según estimaciones de la Secretaría de Salud en México, se informa 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 (SSA, Dirección General de Estadística Informática citado en Mondragón *et al*, 2001).

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 de revisión, Mondragón *et al* refieren que las prevalencias de ideación e intento suicidio que se encontraron en varios estudios realizados en México fueron similares a las observadas en otros países, se señala que las prevalencias internacionales de la ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos; mientras que en México, el rango fue de 1%

a 40% en los mismos grupos, dejando de lado los valores extremos en los intentos de suicidio (prevalencias más alta y más baja para cada población). Con el mismo procedimiento, el rango del intento de suicidio en la población adulta, fue de 1.9% a 3.9%, en el total de la población. La literatura internacional señaló prevalencias de 2.2% a 20% de intento de suicidio entre la población adolescente y adulta (Diekstra y Garnefski, 1995; Mondragón , 2001).

En un estudio comparativo realizado en la Ciudad de México en los años 1997 y 2000, se observó un incremento en la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes, siendo en 1997 de 8.3% y de 9.5% en 2000 (González-Forteza *et al*, 2002).

En 2001, se registró que 7.5% de las muertes violentas en Guanajuato ocurrieron a consecuencia de lesiones autoinflingidas; mientras en el resto de la República Mexicana esta cifra fue de 7.4%. En un estudio realizado en este estado se mostró una prevalencia global de lesiones autoinflingidas deliberadamente de 7.2%, en donde más de la mitad reportaron el haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida (González-Forteza *et al*, 2005).

2. ADOLESCENCIA Y COMPORTAMIENTO SUICIDA

2.1 Definición de Adolescencia

Se considera que la adolescencia empieza con un fenómeno biológico (pubertad) y termina con un fenómeno psicológico (transición a la edad adulta). Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, el desarrollo de los órganos sexuales secundarios así como el logro de la plena madurez física. La adolescencia es un período de cambios rápidos y notables, no tan sólo de maduración física, sino que también se observa la mala maduración cognoscitiva, que es una capacidad que se va desarrollando para pensar de manera lógica y conceptual, y el desarrollo psicosocial, que es una mejor comprensión de uno mismo en la relación con los otros (Espinosa, 2000). 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.

La OMS define que "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años" (OPS/OMS, 1995). Paralelamente con este término está también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, que es una categoría sociopsicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad. Es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

González-Forteza (1992) opina que la adolescencia es una etapa crucial de todo ser humano, donde las relaciones familiares empiezan a compartir importancia con una creciente demanda de relaciones sociales extra-familiares y donde los grupos de amigos compiten y ceden en intereses con el grupo familiar de referencia. En este nuevo sistema de relaciones familiares y sociales que implican un reajuste de sí mismo y de los demás, es donde se prueban y practican nuevas respuestas de enfrentamiento al estrés psicosocial de los adolescentes. Es decir, la adolescencia no necesariamente debe de considerarse como una etapa crítica, sino como una etapa más de crecimiento.

2.2 Características de la conducta suicida en la adolescencia

Dentro de las características del comportamiento suicida en adolescentes, algunas de éstas son similares a las de la población adulta como es el caso de las variables de género, en donde se reconoce que los hombres cometen suicidio con mayor frecuencia que las mujeres, y que las mujeres tienen mayor número de intentos suicidas, así como las autoagresiones son más frecuentes en ellas. De las personas jóvenes que han sido atendidas en un hospital por lesiones autodeliberadas, cerca del 90% han sido por sobredosis y el 10% han presentado heridas cortantes, usualmente sin riesgo de muerte (Hurry, 2000).

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 esté cerca y pueda intervenir, y que exista la posibilidad de ser atendido/a de manera rápida, un grupo importante pide ayuda después del intento (Hawton *et al*, 1982b).

Hawton (1982) estudió en pacientes adolescentes con edades comprendidas entre los 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.

El método más frecuentemente utilizado con fines suicidas entre los niños y adolescentes estadounidenses ha sido las armas de fuego. El aparente incremento en este método ha sido identificado con las características socioculturales de los Estados Unidos, donde se incrementan la facilidad y la disponibilidad de estas. 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%), en un 17% el uso del ahorcamiento, 16% envenenamiento con monóxido de carbono, seguido por la sobredosis medicamentosas (10%), 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 el grupo de entre 15 y 19 años de edad, los suicidios con armas de fuego representaron en EUA más del 60% del aumento de la tasa general de suicidios entre 1980 y 1997. Los adolescentes jóvenes prefieren el uso de armas de fuego, la sofocación y el envenenamiento en comparación con otro métodos, los niños utilizaron de manera más importante la sofocación (WISQARS, 2007)

En México, los métodos empleados para realizar o intentar el suicidio son: armas de fuego (34.1%), ahorcamiento (32.7%) y envenenamiento (14%), siguiéndoles en orden decreciente el arma blanca (3.3%), la precipitación (1.8%), la sumersión (1.5%) y en mínimo porcentaje, las quemaduras (0.6%) y las laceraciones (0.5%), sin embargo las mayores diferencias se presentan en relación al sexo; en donde los hombres prefieren métodos de mayor letalidad como armas de fuego, ahorcamiento, mientras que las mujeres optan por la intoxicación medicamentosa y el envenenamiento por gas (Saltijeral y Terroba, 1987; Gómez y Borges, 1996).

3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA SUICIDA

3.1 El intento suicida previo y la ideación suicida

El intento previo con mucho sigue siendo uno de los principales factores de riesgo y uno de los más poderosos predictores en los intentos suicidas subsecuentes y en los suicidios consumados (Van Egmond y Diekstra, 1989). Se ha observado que entre el 40 y 60% de los que cometen suicidio ya han tenido una serie de intentos que van desde 1 a 20 o más intentos previos. Estudios de seguimiento

muestran que entre un 10 y 14% de los que tienen un intento no fatal eventualmente morirán 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). En México se ha encontrado 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-Forteza *et al*, 1996).

Lazard (1988) 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 éste piensa y ensaya un método se crea un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta que comete el acto suicida.

Beck (1979) 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.

3.2 Psicopatología

Los trastornos psiquiátricos afectivos, de la conducta o de la personalidad, a decir de González-Forteza *et al* (1996), son un buen indicador del riesgo de conducta suicida, ya que se ha encontrado que buena parte de las víctimas de suicidio había estado sometida a tratamiento psiquiátrico.

Otros estudios también hablan de la presencia de trastornos afectivos (de tipo depresivos o bipolares) y el abuso de sustancias como factores de riesgo (Brent *et*

al, 1988; Brent *et al*, 2002; González-Forteza *et al*, 1998; Hurry y Storey, 2000; Hawton K, 1987).

Clarkin *et al*, (1984) reportaron que los diagnósticos psiquiátricos encontrados en pacientes adolescentes con intentos suicidas, fueron el trastorno depresivo mayor 71%, el episodio maniaco 13%, y el 16% fueron trastornos de tipo esquizoafectivo y trastornos depresivos menores. Asimismo, 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 de 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%).

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).

En algunos estudios se ha estimado que el 10% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia mueren por suicidio, siendo el riesgo mayor particularmente durante los primeros años de la enfermedad. (Hawton, 1987; Roy,1982).

3.3 Desesperanza

La importancia de la desesperanza en la conducta suicida ha sido resaltada por varios autores, entre ellos Drake (1986), quien sugiere que si no existe la desesperanza la relación entre la depresión y el suicidio desaparecerían.

De igual manera, Beck considera a la desesperanza como un eslabón perdido entre la depresión y el suicidio, de forma que la desesperanza conlleva una disminución del deseo de vivir y por tanto un incremento de la ideación suicida (Beck *et al*, 1975).

Beck *et a*, (1975) realizaron un estudio con pacientes deprimidos y esquizofrénicos crónicos, encontrando una correlación entre desesperanza y suicidio en ambos grupos, con puntuaciones más bajas en los esquizofrénicos que en los deprimidos. En otros estudios realizados por Beck y otros investigadores se llegan a conclusiones como el que la desesperanza reviste importancia como predictor del suicidio a largo plazo en pacientes deprimidos, así como la correlación entre la depresión, desesperanza e intentos de suicidio. (Beck *et al*, 1985; Bedrosian y Beck ,1979; Weissman *et al*, 1979).

Wetzel *et al* (1989) evaluaron pacientes ingresados por depresión y detectaron como la desesperanza y baja autoestima se correlacionaban de forma importante e independiente con el riesgo de intentos suicidas. Por su parte Barrera (1991) reveló como la desesperanza se correlacionaba de manera positiva con la gravedad de la depresión, el número de intentos previos y la ideación suicida actual.

El deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza (Beck *et al*, 1974; Melges y Bowlby, 1969).

La desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio (Beck , 1963; Chioqueta y Stiles, 2003; Joiner *et al*, 2005).

A decir de Gutiérrez-García *et al* 2006, el suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso y siempre es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso.

3.4 Impulsividad

Hawton *et al* (1982b) ha reportado que 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 esté cerca y pueda intervenir, al momento de la sobredosis existe posibilidad de atender de manera rápida, un grupo importante pide ayuda después del intento.

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).

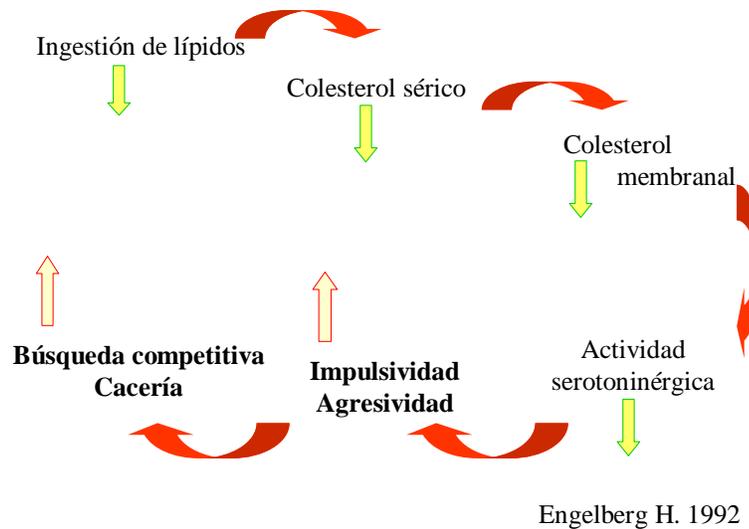
En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría se encontró que la impulsividad resultó ser de riesgo para el intento suicida, y no necesariamente para la ideación suicida (Martínez, 2003).

Desde una perspectiva biológica, también se han ofrecido explicaciones para la impulsividad relacionadas con neurotransmisores, concretamente, serotonina, colesterol, dopamina y noradrenalina.

Investigaciones realizadas en personas que habían manifestado conductas suicidas han mostrado una disminución de la concentración de serotonina y 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo respecto a grupos control. También se ha observado mayores niveles de violencia en los intentos dentro de este grupo, lo que hace suponer que la violencia se encuentra relacionada con esta disminución del neurotransmisor (Bobes *et al*, 2006).

En los estudios de neuroimagen funcional, se ha identificado que la corteza orbitofrontal tiene importancia en la modulación de los impulsos agresivos, esta área recibe ricas inervaciones serotoninérgicas provenientes del núcleo del rafe dorsal. En investigación de neuroimagen funcional con relación a serotonina algunos estudios han podido establecer que un decremento en la función serotoninérgica se encuentra asociado con el incremento de la impulsividad, incremento de la agresión y de la suicidalidad. Aún así, existen estudios que no corroboran estos resultados, con lo cual esto continúa siendo controversial (Asberg, 1997).

Hay estudios también en los que se relaciona al colesterol sérico con la serotonina y a su vez con la posibilidad de desencadenar conductas impulsivas y agresivas (Engelberg, 1992).



Engelberg (1992), a través de un modelo animal, intenta explicar la relación entre el nivel de colesterol sérico y la competitividad e impulsividad (ver figura 1). Según dicho modelo, La disminución en la ingesta de lípidos condicionaría una disminución del colesterol en sangre, determinando así que el colesterol de la membrana celular también disminuya, con lo cual la actividad serotoninérgica se vería afectada a la baja, generando en el animal de estudio el incremento de la impulsividad y agresividad con la finalidad de conseguir alimento mediante una búsqueda competitiva o bien la cacería. Al tratar de transferir este modelo al ser humano, se infiere que éste actualmente no necesita propiamente cazar, ni tener una búsqueda competitiva del alimento, pero si de otras “necesidades” o

simplemente se generaría un incremento de la conducta violenta, pudiendo explicarse de esta manera las conductas autolesivas.

La Dopamina y Noradrenalina, así como sus metabolitos el ácido homovanílico (HVA) y el 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG), respectivamente, son otras sustancias que se han tratado de relacionar con las conductas autolesivas; en el caso particular de la noradrenalina se ha encontrado una correlación directa entre las concentraciones de MHPG en líquido cefalorraquídeo con extroversión y la historia de impulsos agresivos, en comparación con los que no las tenían (Roy *et al*, 1989; Brown *et al*, 1979; Gardner *et al*, 1990; Linoila *et al*, 1983). Siever y Trestman (1993) reportaron también una correlación positiva entre los niveles de norepinefrina en plasma y la impulsividad en hombres con trastorno de personalidad.

3.5 Abuso Sexual

González Serratos (1995) define al abuso sexual como "cualquier hecho en el que se involucra una actividad sexual inapropiada para la edad de la/el menor, se le pide que guarde el secreto sobre dicha actividad y/o se le hace percibir que si lo relata provocará algo malo a sí mismo, al perpetrador y/o a la familia (...). Este tipo de experiencias son consideradas extrañas y desagradables para la/el menor"

Existen diferentes tipos de abuso sexual, como la violencia verbal con contenido sexual reiterado, exhibicionismo del adulto frente al niño, espiar al menor desnudo, en el baño o inducirlo a exhibirse, tocamiento de pechos, glúteos, genitales, etc., besos en la boca, forzarlo a ver pornografía y/o actos sexuales, acto sexual sin coito, prostitución infantil, pornografía infantil (Parmelee, 1998).

Se ha calculado que la tasa de abuso sexual es de 2.1 a 6.3 por 1,000 habitantes en los Estados Unidos (Finkelhor, Dziuba-Leatherman, 1994). Otros estudios mencionan que entre 17 y 38% de las mujeres y entre 1% y 30% de los varones reportan haber sufrido alguna forma de abuso sexual en la infancia (Finkelhor, 1979; Kelly, 1988; Pedersen y Skrondal, 1996). En su gran mayoría, este abuso es perpetrado por sus familiares y, en general, las niñas corren alrededor del doble de riesgo que los niños de que abusen sexualmente de ellas en la infancia (Pedersen *et al*, 1996, Peters *et al*, 1986).

Las estadísticas disponibles en México son escasas y no necesariamente reflejan la realidad. Esto se debe al deficiente sistema de registro, y a que muchos actos de abuso sexual no son denunciados ni por la víctima ni por los testigos por desconocimiento, culpa, vergüenza o por estigmas sociales, morales o religiosos (Estrada *et al*, 1995).

Soto (1996) comenta que en México sólo se denuncia entre 5% y 50% de los delitos sexuales, y calculando el promedio en la Cd. de México de 8 delitos sexuales por día, pudiera estimarse que en realidad se cometen entre 16 y 160 de manera diaria. Ramos-Lira *et al* (1998) encontraron una prevalencia nacional de abuso sexual en población adolescente estudiantil de secundaria y preparatoria de 4.3%.

El abuso sexual se ha reportado como un factor de riesgo de la conducta suicida (Brent D *et al*, 2002; Hurry y Storey, 2000).

En otro estudio llevado a cabo en la Ciudad de México en población escolar, en una muestra de 936, se observó que la relación entre el abuso sexual y el intento suicida, con los indicadores de malestar emocional actual, fue estadísticamente

significativa, ya que de los hombres que habían intentado suicidarse, 50% presentaron malestar depresivo e ideación suicida actuales; y en las mujeres que habían sido atacadas sexualmente y que habían intentado suicidarse, se presentó una alta proporción (67%) del malestar depresivo e ideación suicida actual (González-Forteza *et al*, 2001).

3.6 Otros factores de riesgo

La presencia de armas en casa, apoyo familiar inadecuado, baja autoestima, enfermedades físicas, la muerte de un familiar cercano o una figura significativa, han sido identificados como factores de riesgo, así también debe destacarse que la historia familiar de intentos o suicidios consumados han sido reportados como factores que incrementan el riesgo suicida (Hawton, 1987; Brent *et al*, 1988; Brent *et al*, 1994; Brent *et al*, 2002; González-Forteza *et al*, 1996; González-Forteza *et al*, 1998; Hurry y Storey, 2000).

González-Forteza *et al* (1996) mencionan a las experiencias humillantes, el arresto policiaco, el fracaso escolar o laboral, el rechazo, los conflictos interpersonales con la pareja o con los padres, la humillación y la frustración por conflictos en las preferencias sexuales, han sido identificados como factores precipitantes.

METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El objetivo general de la presente investigación es avanzar en el conocimiento sobre los factores que se asocian con el comportamiento suicida. De acuerdo con los antecedentes que se plantean, en relación a las conductas suicidas, particularmente en los jóvenes, se plantean los siguientes interrogantes: En mujeres adolescentes que acuden a recibir atención al Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM) y al Centro Michoacano de Salud Mental (CEMISAM). ¿Hay diferencia en cuanto a la frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico entre aquellas pacientes que han intentado suicidarse y aquéllas que no?, ¿Hay mayor severidad de sintomatología depresiva entre las pacientes que han intentado suicidarse y las que no lo han hecho?, ¿Las pacientes que han intentado suicidarse refieren mayores índices de desesperanza, impulsividad e ideación suicida?, ¿Las pacientes que han intentado suicidarse refieren más frecuentemente abuso sexual que las que no han intentado?

4.2 JUSTIFICACIÓN

Debido a los elevados índices de morbilidad y mortalidad asociados a la conducta suicida, y considerando que el suicidio es un problema de salud que afecta a la población joven principalmente, se considera útil llevar a cabo investigación sobre la misma e identificar los factores clínicos de riesgo asociados, lo que podría permitir incidir en esta problemática de una manera más eficiente.

Se vuelve necesario conocer si en la población adolescente mexicana que acude a un servicio de atención en salud mental, los factores asociados son similares a los reportados en otras poblaciones.

Es de importancia también considerar a un fenómeno en creciente como lo es el abuso sexual y su relación con esta problemática mundial como lo es la conducta suicida.

4.3 HIPÓTESIS

- Las pacientes con intento suicida presentarán mayor frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico, que los pacientes sin intento suicida.
- Las pacientes con intento suicida presentarán mayor severidad de la sintomatología depresiva.

- Las pacientes con intento suicida presentarán mayor grado de desesperanza.
- Las pacientes con intento suicida presentarán mayor impulsividad.
- Las pacientes con intento suicida presentarán mayor grado de ideación suicida.
- Las pacientes con intento suicida referirán con mayor frecuencia antecedente de abuso sexual.

4.4 OBJETIVO GENERAL

Describir las características del último intento suicida referido en la muestra caso. Así como estudiar el perfil psicopatológico actual: prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, grado de desesperanza, impulsividad e ideación suicida, así como el identificar antecedente de abuso sexual en ambos grupos.

4.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar las características sociodemográficas de la población bajo estudio como edad, escolaridad, ocupación, religión y composición familiar, en los sujetos casos (con intento suicida) y los controles (sin intento).
- 2) En la muestra caso:

- a) Describir las características del último intento suicida en adolescentes entre 15 y 19 años que acudan a recibir atención al INPRFM y CEMISAM.
 - b) Describir el perfil psicopatológico actual: prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, grado de desesperanza, impulsividad e ideación suicida, así como el identificar antecedente de abuso sexual.
- 3) En la muestra control:
- a) Describir el perfil psicopatológico actual: prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, grado de desesperanza, impulsividad e ideación suicida, así como el identificar antecedente de abuso sexual.

4.6 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio propuesto será de casos y controles.

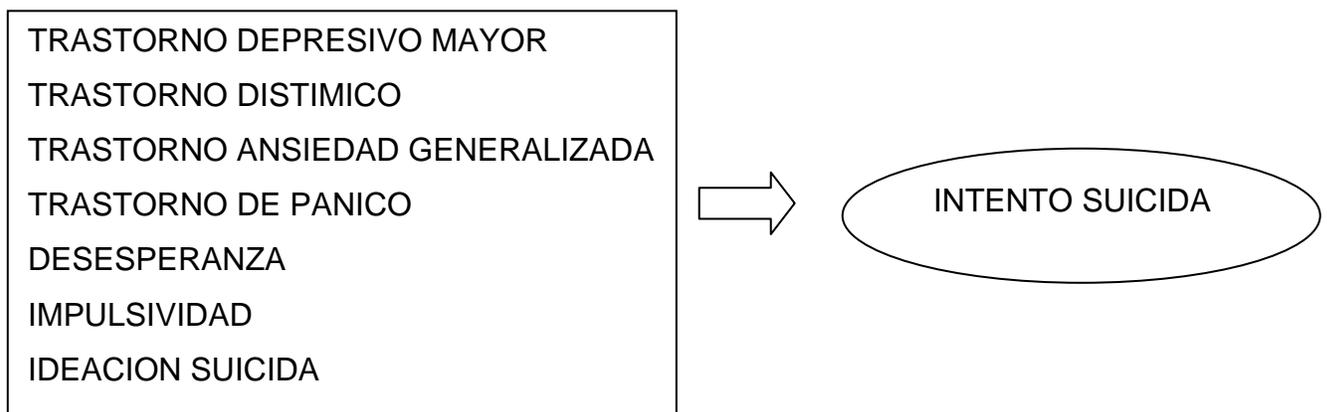
4.7 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Dependiente: Intento suicida.

Variables Independientes: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, desesperanza, impulsividad, ideación suicida y abuso sexual.

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE DEPENDIENTE



4.8 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se tomará como población de estudio a todas las adolescentes entre 15 y 19 años de edad que acudan al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, y al Centro Michoacano de Salud Mental “CEMISAM”, a solicitar atención médica, considerando un período de 6 meses ó 25 sujetos por muestra.

4.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las pacientes entre 15 y 19 años de edad que asistan al INPRF y al CEMISAM por primera vez, que acepten participar en el estudio por medio del consentimiento informado.
- En la muestra de casos, pacientes que como mínimo hayan realizado un intento suicida.
- En la muestra control, pacientes que nunca hayan realizado un intento suicida.

4.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten ser parte del estudio.
- Pacientes masculinos.
- Pacientes que presenten algún tipo de trastorno psicótico, trastorno disocial, trastorno desafiante opositor, trastorno mental orgánico, trastorno grave del desarrollo o imposibilidad para la comunicación al momento de la entrevista.

4.11 PARTICIPANTES

La muestra de casos estuvo constituida por 7 pacientes del INPRF y 18 del CEMISAM.

La muestra de controles estuvo constituida por 6 pacientes del INPRF y 19 del CEMISAM.

4.12 INSTRUMENTOS

Las pacientes fueron evaluadas a través de los instrumentos que se detallan a continuación (ver anexo 1), durante una misma sesión (de duración aproximada entre 60 y 90 minutos) que constaba de dos partes:

En la primera parte se les solicitó que complementaran los siguientes instrumentos autoaplicables:

- 1) Ficha de Datos Sociodemográficos.
- 2) Escala de Desesperanza de Beck.
- 3) Escala de Impulsividad de Plutchik

En la segunda parte se realizó una entrevista individual de forma semiestructurada administrada por un profesionalista entrenado que estaba constituida por:

- 4) Escala para trastornos afectivos y esquizofrenia K-SADS-PL, en las secciones de depresión y la ansiedad, así como para la evaluación del intento suicida incluida en la sección de Depresión.
- 5). Escala de Ideación Suicida de Beck
- 6) Cédula de Registro de Abuso Sexual.
- 7) Escala de Depresión de Hamilton.

INSTRUMENTOS (ver anexo 1)

A continuación se detallan los instrumentos que se utilizaron y se presentan en el mismo orden en que fueron administrados: la Ficha de Datos Demográficos, la Escala de Impulsividad de Plutchik, la escala de Desesperanza de Beck, el K-

Sads-PL, la escala de Ideación Suicida de Beck, la Cédula de Abuso Sexual y la Hamilton de Depresión.

La Ficha de Datos Demográficos

Es una ficha que se generó específicamente para la presente investigación en la cual se le solicitaba a la paciente que complementara los siguientes datos personales: la edad, el género, el estado civil, el nivel de escolaridad, la ocupación laboral, personas con las que el paciente convive, el número de hermanos (y el orden que ocupa entre éstos), la religión y la percepción de disponibilidad de dinero para diferentes necesidades.

Escala de Desesperanza de Beck

Este instrumento es autoaplicable desarrollado por Beck, Weissman, Lexter, Trexler en 1974, y consiste en 20 reactivos que valoran las actitudes negativas hacia el futuro, considerada dentro de la triada cognitiva, descrita por Beck en su modelo de depresión.

Los reactivos se encuentran estructurados como enunciados en un formato de respuesta dicotómico: falso-verdadero, de los cuales 9 son falsos y 11 verdaderos. Los reactivos estructurados como verdaderos se consideran más cerca del objeto de la medición, es decir la desesperanza, y en el caso de los estructurados como negativos se les considera asociados a la afectividad.

Un ejemplo de esta estructura de los reactivos:

2. Se daría por vencido al no poder hacer nada para que las cosas mejoren (Verdadero)

3. Cuando las cosas salen mal, le consuela saber que no pueden quedarse así para siempre (Falso).

16. Nunca consigue lo que se propone, por lo que es inútil desear obtenerlo (Verdadero).

A cada uno de los 20 reactivos se le otorga una calificación de cero o uno, falso (0) o verdadero (1), en donde se asigna el valor de 1 a los reactivos negativos y el valor de 0 a los reactivos positivos respectivamente, de modo que a mayor puntaje mayor nivel de desesperanza. El puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20. Como punto de corte se habla de que un puntaje mayor o igual a 9 permitirá tomarse como predictor de un intento suicida.

Steer, Kumar y Beck en 1993 obtuvieron una consistencia interna de esta escala de 0.86 en pacientes adolescentes internados. De igual manera en las traducciones realizadas al alemán y al israelí se obtuvieron consistencias internas de 0.75 y 0.89 respectivamente. En lo que respecta a la validez concurrente se pudo apreciar en el estudio de Steer *et al*, en 1993 que en los pacientes psiquiátricos adolescentes internados, la severidad de la desesperanza estuvo relacionada de manera positiva con la ideación suicida; de igual manera los cambios en la desesperanza en adolescentes preparatorianos estuvo relacionada a los cambios en la ideación suicida en este mismo lapso, después de controlar los cambios en la depresión según Mazza y Reynolds en 1998.

Escala de Desesperanza de Beck en México

Mondragón *et al* en 1998 llevaron a cabo un estudio realizado en población entre 18 y 65 años de un hospital general de la Cd. de México, aplicando escalas y obtuvieron un coeficiente alpha de Cronbach de 0.56, lo que indica una consistencia interna moderada. Considerando como punto de corte a un puntaje mayor o igual a 9, como predictor de intento suicida, en este mismo estudio la escala se utilizó a nivel ordinal (cuartiles), siendo en el primer cuartil el punto de corte menor o igual a 4, en el segundo mayor o igual a 5, para el tercero el puntaje debía ser mayor o igual a 7 en el último cuartil tuvo un punto de corte mayor o igual a 11, en donde se observó que para los pacientes localizados en el 4º cuartil la RM=6.1, esto implica que los pacientes del 4º. cuartil tienen un riesgo seis veces mayor de presentar ideación suicida.

Escala de Impulsividad de Plutchik

Plutchik y Van Praag en 1989 publican el desarrollo de un instrumento para evaluar la impulsividad y la agresividad asociada con la conducta suicida. La Escala de Impulsividad de Plutchik consiste en 15 reactivos para conocer la tendencia del entrevistado a involucrarse en conductas impulsivas, que reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a “0=nunca”, “1=algunas veces”, “2=frecuentemente” y “3=muy frecuentemente”, sin embargo, los reactivos 4, 6, 11 y 15 son calificados en forma inversa. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual.

Plutchik y Van Praag (1989) ofrecen como evidencia indirecta de la validez de su instrumento el hecho de que se ha encontrado que (la escala) discriminó a un grupo de estudiantes universitarios y a un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados, con el resultado de que estos últimos calificaron significativamente más alto.

Escala de Impulsividad de Plutchik en México

Ante la necesidad de estudiar la impulsividad en diversos ámbitos, pero especialmente en el contexto del paciente suicida en México, Páez *et al*, en 1996, realizaron el estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik, encontrando una consistencia interna de 0.66 considerada aceptable y comparable con la reportada por Plutchik de 0.73. El análisis factorial del instrumento discriminó 4 grupos de reactivos conformando los siguientes factores: a) autocontrol, b) planeación y acción a futuro, c) conductas fisiológicas y d) actuación espontánea.

Jiménez *et al* (1997) encontraron en un estudio realizado en un hospital psiquiátrico que los pacientes que habían intentado suicidarse eran más impulsivos que los pacientes que no presentaban dicha conducta. Lo anterior refuerza el hecho de que el instrumento tiene una validez de predicción aceptable bajo ciertas circunstancias clínicas.

Páez *et al* (1996) consideran que la versión en castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik se comporta en términos generales de forma aceptable con base en una perspectiva psicométrica, recomendando su utilización en el campo de la investigación en salud mental.

Escala para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia, versión presente y a lo largo de la vida 'Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Life-time' versión (K-SADS-PL).

Es una entrevista semiestructurada creada en Israel por Shanee *et al* (1997), que interroga aspectos actuales y a lo largo de la vida de 19 patologías mentales de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1994). Se realiza en entrevista directa al paciente y a uno de los padres o tutores.

Los diagnósticos principales que se tuvieron en cuenta en la presente investigación y que se evaluaron con el K-SADS-PL fueron: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico. La forma de aplicación de la entrevista varía de acuerdo con la edad del paciente, es decir en caso de que se trate de un niño el interrogatorio se hace primero con alguno de los padres o tutor encargado y que tenga convivencia con el menor y posteriormente con el niño, en caso de que se trate de un adolescente se realiza primero la entrevista con él/ella y posteriormente con alguno de los padres o tutor.

La entrevista debe ser practicada por personal previamente capacitado con la misma y con experiencia clínica.

El tamizaje permite identificar los diferentes diagnósticos evaluados en el K-SADS-PL. Diferentes criterios se ofrecen para evaluar cada síntoma. No es necesario que el entrevistador pregunte todos los postulados de cada síntoma. El interrogatorio debe tratar de ser neutral, sin sugerir respuestas. Los síntomas

evaluados en la entrevista del tamizaje se codifican para el episodio actual y el más severo en el pasado simultáneamente. Se debe iniciar preguntando si el adolescente ha experimentado en alguna ocasión en su vida el síntoma. Si la respuesta es afirmativa, se deberá indagar cuándo se hizo presente el síntoma. Si se responde que el síntoma está presente, se deberá interrogar si se presentó en el pasado. En caso de que sean calificados con puntaje umbral ó 3, se aplica el suplemento correspondiente. La mayoría de los reactivos del K-SADS-PL se evalúan usando una escala del 0 a 3, donde 0= sin información disponible, 1= síntoma no presente, 2=subumbral y 3=umbral.

K-SADS-PL en México

El estudio de confiabilidad entre entrevistadores de la traducción de este instrumento fue llevado a cabo por De la Peña *et al*, (2002), obteniendo los siguientes coeficientes de correlación: Trastorno Depresivo Mayor (TDM)= 0.90 y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)= 0.75. Cabe mencionar que en el apartado correspondiente a Trastorno Depresivo Mayor, en cinco reactivos se evalúa: Ideación de Muerte, Ideación Suicida, Intento suicida (letalidad y severidad), y Autoagresiones deliberadas sin intento suicida. De la Peña y colaboradores (2002) afirman que la versión en español del K-SADS-PL es bien aceptada y permite el establecer una buena confiabilidad inter-evaluador para la mayoría de los diagnósticos comunes en la población pediátrica y adolescente. La severidad del intento suicida se entiende como la probabilidad de ser rescatado, precauciones para no ser descubierto, acciones para ser auxiliado antes o después del intento, grado de planeación, motivo aparente del intento

(manipulatorio o verdadero intento suicida). La letalidad se refiere a la amenaza médica actual hacia la vida o a la condición física posterior al intento suicida más severo, tomando en cuenta el método, deterioro o daño de la conciencia 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.

Escala de Ideación Suicida de Beck

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia conciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos o ideación suicidas; incluyendo “amenazas suicidas” a través de conductas abiertas o patrones de verbalizaciones; es decir, el expresarlas de manera abierta y conciente (Bedrosian y Beck, 1979).

Los reactivos de esta escala son indicadores clínicos derivados de la observación sistemática y de las entrevistas a pacientes que intentaron suicidarse y en parte se derivaron de estudios previos de investigación. La escala está integrada por 21 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. Los dos últimos reactivos es decir el 20 y 21, no se califican, ya que miden la severidad y el número de intentos previos suicidas (en caso de que haya ocurrido la conducta suicida), por tanto para fines

prácticos la escala de Ideación Suicida se encuentra compuesta por 19 reactivos totales.

Por otra parte, los reactivos 4 y 5 que corresponden respectivamente a “deseo de intentar suicidarse” e “intento pasivo de suicidarse” funcionan como pases para los siguientes reactivos, es decir si éstos son calificados con 0 (cero), la entrevista será suspendida, en caso contrario es decir calificación de 1 ó 2 la entrevista será continuada. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global, siendo el rango teórico de 0 a 38. La sumatoria indicará la severidad de la ideación suicida, en donde el punto de corte propuesto por Beck *et al*, (1979) es que un puntaje mayor o igual a 10 indica riesgo suicida.

Escala de Ideación Suicida de Beck en México

En un estudio realizado en la Cd. de México en pacientes de un hospital general, con edades comprendidas entre 18 y 65 años, en donde se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) se reportó un coeficiente de consistencia interna *alpha* de Cronbach de 0.93, es decir con una alta confiabilidad (Mondragón *et al*, 1998).

González *et al*, (2000), en un estudio de tipo transversal, ex post-facto realizado en estudiantes universitarios entre 17 y 25 años de edad en la Cd. de México se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), reportando un coeficiente *alpha* de Cronbach=0.84, además el análisis factorial permitió identificar en esta población que la escala estaba conformada por 4 dimensiones, como lo había planteado Beck en 1979. En el primer factor “Características de las actitudes hacia la vida y la muerte” se obtuvo un *alpha*=0.65, en el segundo:

“Características de los pensamientos y deseos de suicidarse”, resultó un $\alpha=0.65$, en el tercer factor: “Características del intento suicida”, alcanzó un $\alpha=0.61$, y en el cuarto factor: “Actualización del intento suicida”, se obtuvo un $\alpha=0.45$; poniendo de manifiesto que la ISB logra valorar la intensidad del deseo de suicidarse para saber si el sujeto corre el riesgo.

De acuerdo a los criterios establecidos por Beck en la Escala de Ideación Suicida, los reactivos 4 y 5 corresponden respectivamente a “deseo de intentar suicidarse” e “intento pasivo de suicidarse”, éstos funcionan como pases para los siguientes reactivos, es decir si éstos son calificados con 0 (cero), la entrevista será suspendida, en caso contrario es decir calificación de 1 ó 2 la entrevista será continuada. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global, siendo el rango teórico de 0 a 38. La sumatoria indicará la severidad de la ideación suicida, en donde el punto de corte propuesto por Beck *et al*, (1979) es que un puntaje mayor o igual a 10 indica riesgo suicida.

Cédula de Registro de Abuso Sexual

Es un instrumento que fue desarrollado por Ramos *et al* (1998) y que fue incluido en la Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar (Ramos Lira, 1998), así como en la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997 (Villatoro *et al*, 1999). Este permite registrar la presencia del abuso sexual. También se incluyeron preguntas para conocer la relación de la víctima con el agresor y si éste era cinco años mayor que ésta.

La definición de abuso sexual incluye las formas asociadas con el tocamiento. Las preguntas fueron: “¿Alguna vez alguien – sea o no de tu familia - te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciara? ¿O te forzó o presionó a tener un contacto sexual? Es decir, ¿te obligó a que tú lo/la tocaras sexualmente; o tuviste relaciones sexuales con esta persona en contra de tu voluntad, cuando tú no querías hacerlo?” Las opciones de respuestas fueron, “sí”, “no estoy seguro(a), tengo un recuerdo muy borroso” y “no”. Con base en estas opciones y considerando la edad del agresor, se construyeron dos categorías:

1. Abuso sexual definido y/o probable: Cuando la respuesta fue que sí o que no estaba seguro del abuso sexual.
2. Sin abuso sexual: Cuando la respuesta a la pregunta indicada era negativa.

Escala de Depresión de Hamilton

La Escala de Depresión de Hamilton (Ham-d) también conocida como HDRS (Hamilton Depresión Rating Scale) que Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems, que fue la utilizada en el presente estudio. Es un instrumento aplicado mediante una entrevista llevada a cabo por un profesionalista entrenado que evalúa la presencia y severidad de la depresión mediante la cuantificación de algunos síntomas depresivos. La escala original está constituida por 21 ítems pero habitualmente se utiliza la reducida de 17 reactivos. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones

asignadas a cada uno de los ítems y su rango es de 0-52 puntos. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa.

En ambas versiones se ha observado (Gastpar y Gilsdorf, 1990; Reynolds y Kobak, 1995) niveles de confiabilidad de aceptables a muy buenos (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92) y también cuenta con diversos estudios sobre su validez (Rehm y O'Hara, 1985; Tollefson y Colman, 1993) donde se han observado correlaciones entre 0,8 y 0,9 con diversas mediciones de depresión), así como buena sensibilidad al cambio (Maier *et al*, 1988; Edwards *et al*, 1984) de estado depresivo (como resultado del tratamiento), y también así cuenta con estudios sobre la fiabilidad entre observadores (Vázquez y Jiménez, 2000; Rehm y O'Hara, 1985) con valores que oscilan entre el 0,65 y 0,9. No obstante su utilidad clínica así como su validez y confiabilidad han sido cuestionadas en diversos estudios y existe un consenso general en cuanto al carácter multidimensional de la misma (Bech *et al*, 1981; Bech *et al*, 1984; Gibbons *et al*, 1993; Pancheri *et al*, 2002) sin embargo, las dimensiones halladas no son consistentes entre los estudios (Cordero-Villafafila y Ramos-Brieva, 1986; Hedlund y Vieweg, 1979). Esta escala desde su publicación en 1960 (Hamilton, 1960; Hamilton, 1967) se ha utilizado ampliamente en investigación y se suele utilizar como referentes los puntos de corte propuesto por Bech (1996); puntuaciones menores de 7 (ausencia de depresión) entre 8 y 12 depresión menor, entre 13 y 17 síntomas moderados, más de 18 Trastorno Depresivo Mayor.

Marco Conceptual

Para realizar esta investigación nos apoyamos dentro del marco conceptual de la psiquiatría clínica, bajo conceptos, definiciones y descripciones en las que esta se apoya, tomándose como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), para la clasificación de los diagnósticos psiquiátricos, siendo hasta ahora el criterio clínico el estándar de oro; para el resto de las variables se consideraron escalas que han sido aplicadas y valoradas también desde el campo psiquiátrico y psicológico con una confiabilidad alta.

5. ANALISIS DE DATOS

Conforme a los objetivos de la información:

1) Para determinar las características sociodemográficas de la población:

- Análisis descriptivos, frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión.

Para verificar el pareamiento de las submuestras:

- Prueba de chi cuadrada y cuando no cumpla las condiciones de aplicación (en alguna de las casillas el valor esperado sea < 5) se aplicará la prueba exacta de Fisher en las variables categóricas: (estado civil, nivel de escolaridad, ocupación, con quién vive, religión y nivel económico de la familia).
- Prueba t de Student en variables cuantitativas continuas: (edad, número de hermanos y lugar que ocupa entre los hermanos).

2) En la submuestra caso, para identificar las características del intento suicida:

- Análisis descriptivos, frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión.

3) En cada submuestra caso y control, para identificar el perfil psicopatológico:

- Análisis descriptivos, frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión.
- Prueba de chi cuadrada y cuando no cumpla las condiciones de aplicación (en alguna de las casillas el valor esperado sea < 5) se aplicará la prueba exacta de Fisher en las variables categóricas: y t de Student para comparación de variables cuantitativas continuas.

6. RESULTADOS

Los resultados se presentan conforme a los objetivos de la investigación.

En lo que respecta a las características sociodemográficas:

La media de edad en la muestra casos fue de $\bar{X} = 17.16$ y la desviación estándar de $DE = 1.14$, y en los controles de $\bar{X} = 17.72$ $DE = 0.98$. Se observó que no había diferencias significativas ($p = 0.069$) entre ambos grupos (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Media aritmética, desviación estándar de la variable edad en el grupo caso y control.

	Caso	Control	t	p
Edad	$\bar{X} = 17.16$	$\bar{X} = 17.72$		
	$DE = 1.14$	$DE = 0.98$	1.86	0.069

Respecto al estado civil, se observó que al momento de estudio, el 96 % de las pacientes del grupo caso eran solteras y sólo una persona estaba casada, el 100% de las pacientes del grupo control permanecían solteras, no observándose así diferencias significativas al aplicar la prueba exacta de Fisher ya que no se cumplieron las condiciones de aplicación para la prueba de χ^2 (Ver tabla 2).

Tabla 2: Frecuencia y porcentaje de los valores del estado civil que reportaron los sujetos de la muestra caso y control.

Estado Civil	Caso		Control		p
	n	%	n	%	
Soltero	24	96	25	100	
Casado	1	4	0	0	1*

*Prueba exacta de Fisher

Los datos relativos al nivel de escolaridad manifiestan que en el grupo caso se reportó un 8% con secundaria incompleta, un 24% con secundaria completa, 44% con preparatoria incompleta y un 24% con preparatoria completa. A diferencia del grupo control, en donde todos los sujetos reportaron niveles de escolaridad superiores al nivel de secundaria, 40% tenían preparatoria incompleta y el 60% preparatoria completa, se realizó prueba exacta de Fisher, en donde se encontró diferencia significativa ($p=0.004$), entre los grupos caso y control, lo cual nos indica que el grupo control se encuentra mejor “preparado” académicamente (ver tabla 3).

Tabla 3: Nivel de Escolaridad en ambas muestras de estudio.

Nivel de Escolaridad	Caso		Control		p
	n	%	n	%	
Secundaria Incompleta	2	8	0	0	0.004*
Secundaria Completa	6	24	0	0	
Preparatoria Incompleta	11	44	10	40	
Preparatoria Completa	6	24	15	60	

*Prueba exacta de Fisher.

En lo referente a la ocupación de los casos y controles los datos indican que un 72% del grupo caso se encontraba estudiando, a diferencia ($p=0.01$) de las pacientes del grupo control en donde estudiaban el 100%. El 16% del grupo caso y el 4% del grupo control tenían un empleo, no observándose diferencias significativas ($p=0.349$). Sin embargo se observó una diferencia significativa ($p=0.05$) en cuanto a los sujetos que reportaron estar en situación de desempleo, 20% de los casos frente al 0% de los controles (ver tabla 4).

Tabla 4: Frecuencia y porcentaje de la variable ocupación en ambas muestras.

Ocupación	Caso		Control		p
	n	%	n	%	
Estudiante	18	72	25	100	0.01*
Empleado	4	16	1	4	0.349*
Desempleado	5	20	0	0	0.05*

*Prueba exacta de Fisher

En lo que respecta a las condiciones de vida familiares como “con quien vivían?”, no se observaron diferencias significativas entre el grupo caso y el grupo control, en donde el 60% y 76% vivían con el padre, 88% y 92% con la madre, 60% y 76% con los hermanos. El 4% con los tíos en ambos grupos, 4% y 8% con los abuelos; solo en la muestra casos un 8% y 4% vivían con el padrastro y hermanastros respectivamente. Lo cual nos habla de una composición en su mayoría de una familia nuclear, así como de algunas familias en donde solo se encuentra uno de los padres presentes, aún así sin diferencias significativas entre grupos. Cabe señalar que ninguna paciente vivía con madrastra, ni con amigos, pareja o sola (Ver tabla 5).

En relación a otras variables referidas a la estructura familiar como el número de hermanos y el orden en el cual se encontraban, no se hallaron diferencias significativas, ya que la $\bar{X}=2.96$ y $DE=2.17$ respecto al número de hermanos de la muestra caso no difería ($p=0.51$) de la muestra control cuya $\bar{X}=2.6$ y $DE=1.66$. Y respecto al orden que ocupaban conforme al número de hermanos, tampoco se observaron diferencias significativas ($p=0.60$) resultando una $\bar{X}=2.76$ y $DE=1.69$ en la muestra caso y una $\bar{X}=2.52$ y $DE=1.5$ en la muestra control (Ver tabla 6).

Tabla 5: Frecuencia y porcentaje de los valores de la variable “¿Con quién vive?”.

Con quién vive?	Caso		Control		p
	n	%	n	%	
Papá	15	60	19	76	0.225**
Mamá	22	88	23	92	1*
Hermanos	15	60	19	76	0.225**
Tíos	1	4	1	4	1*
Abuelos	1	4	2	8	1*
Padrastro	2	8	0	0	0.49*
Madrastra	0	0	0	0	
Hermanastro	1	4	0	0	1*
Amigo	0	0	0	0	
Novio	0	0	0	0	
Otros	1	4	2	8	1*

* Prueba exacta de Fisher

** χ^2

Tabla 6. Media aritmética y desviación estándar de la variable “número y orden de hermanos”.

	Caso	Control	p
Número de hermanos	$\bar{X} = 2.96$ DE = 2.17	$\bar{X} = 2.6$ DE= 1.66	0.51*
Orden de hermanos	$\bar{X} = 2.76$ DE = 1.69	$\bar{X} = 2.52$ DE= 1.5	0.60*

* t student

En ambas muestras se observó que la religión predominante fue la católica con un 84% y un 88% en el grupo caso y control respectivamente, y el 16 y 12% dijeron no tener ninguna religión. No se observaron diferencias significativas ($\chi^2=0.166$ y $p=0.68$) respecto a la religión (Ver tabla 7).

Tabla 7: Frecuencia y porcentaje de la variable religión.

Religión	Caso		Control		p
	n	%	n	%	
Católica	21	84	22	88	0.68*
Ninguna	4	16	3	12	

* χ^2

Por lo que corresponde a la capacidad económica de las familias se observó una menor capacidad económica en el grupo caso $\bar{X}=16.04$ (DE=3.72) respecto al grupo control $\bar{X}=18.44$ (DE=2.33) (p=0.009). Lo anterior nos indica que la diferencia económica estriba en poder solventar de mejor manera gastos considerados necesarios como: alimentación, transportes, vivienda, atención médica. No se observó diferencia (p=0.06) en cuanto el dinero disponible para cubrir necesidades no básicas como la adquisición de objetos, diversión, vacaciones resultando una $\bar{X}=12.60$ y DE=3.72 en la muestra caso y una $\bar{X}=14.52$ y DE=3.31 en la muestra control (Ver tabla 8 y 9).

Tabla 8: Media aritmética y desviación estándar de la variable dinero básico en el grupo caso y control.

DINERO BASICO	\bar{X}	DE	p
CASO	16.04	3.72	0.009*
CONTROL	18.44	2.33	

* t student

Tabla 9: Media aritmética y desviación estándar de la variable dinero no básico en el grupo caso y control.

DINERO NO BASICO	\bar{X}	DE	p
CASO	12.60	3.72	0.06*
CONTROL	14.52	3.31	

*t student

En lo que respecta a las características del intento suicida:

La conducta suicida única representó el 40%, mientras que el 60% representó conducta suicida recurrente. El promedio de número de intentos fue de 2.2 ± 1.87 veces en la vida (Ver tablas 10 y 11).

La edad promedio reportada para el primer intento fue de 15.36 ± 2.1 , con un rango de edad entre 11 y 19 años y una Moda ($Mo=15$). La media de la edad del último intento fue 16.12 ± 1.96 , con un rango entre 11 y 19 años y $Mo=15$ (Ver tabla 11).

Tabla 10. Se muestra la frecuencia y porcentaje de Número de intentos suicidas que reportaron los casos.

NÚMERO DE INTENTOS	n	%
1	10	40
2	9	36
3	3	12
4	2	8
10	1	4
Total	25	100

Tabla 11: Media aritmética, desviación estándar, rango y moda de las variables número de intentos, edad del primer intento, edad del último intento en los casos.

	\bar{X}	DE	Rango	Mo
Número de Intentos	2.2	1.87	1-10	1
Edad del Primer Intento	15.36	2.10	11-19	15
Edad del Ultimo Intento	16.12	1.96	11-19	15

De las 25 pacientes, 11 presentaron un intento suicida reciente (menor a seis meses), 8 presentaron intentos previos a ese lapso (pasado), y 6 de ellas tuvieron intentos en el pasado y en el presente.

El método utilizado más frecuentemente para realizar el intento suicida, fue el consumo de “pastillas” (medicamentos) (60%), seguido por el uso de objetos punzocortantes (24%). (Ver tabla 12).

Tabla 12: Frecuencia y porcentaje de los valores de la variable “Método utilizado” reportada en los casos.

METODO	n	%
Intoxicación Medicamentosa	15	60
Punzocortante	6	24
Ahorcamiento	1	4
Aventarse (Lanzamiento)	1	4
Otras Intoxicaciones	1	4
Arma de Fuego	0	0
Otros (Intento de ser atropellado)	1	4
TOTAL	25	100

En relación a la severidad de intento suicida, en el presente (últimos 6 meses) se observó que el 36% tenían una dudosa severidad, no así el 32% que tuvieron una severidad alta. En relación a la letalidad el 48% con dudosa letalidad y 20% con

una alta letalidad. En el pasado (antes de 6 meses) el 32% presentaron una severidad dudosa y el 24% alta severidad; en lo concerniente a la letalidad el 36% con una dudosa letalidad, y el 20% con una letalidad alta. Cabe señalar que aunque estaban dudosas la letalidad y la severidad se encontraba claro el intento suicida (Ver tabla 13).

Tabla 13: Frecuencia y porcentaje de los valores de las variables Severidad y Letalidad de los Intentos Suicidas tanto en el presente como en el Pasado que reportaron los casos.

	PRESENTE				PASADO			
	SEVERIDAD		LETALIDAD		SEVERIDAD		LETALIDAD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	8	32	8	32	11	44	11	44
Dudoso	9	36	12	48	8	32	9	36
Alto	8	32	5	20	6	24	5	20

En lo que respecta a las características psicopatológicas de ambas muestras:

La primera hipótesis de la primera investigación se refiere a que los pacientes con intento suicida presentarán mayor frecuencia de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico, que los pacientes sin intento suicida. Con el objetivo de corroborar o refutar dicha hipótesis, se observaron las frecuencias y porcentajes de sujetos que cumplían con los criterios diagnósticos señalados y posteriormente se realizaron pruebas de contraste (la prueba Chi² o prueba exacta de Fisher, según cumpla o no las condiciones de aplicación) para comparar ambas muestras.

En cuanto a los Trastornos afectivos contemplados se observó que en la muestra caso el 92% de sujetos cumplían con los criterios de Trastorno Depresivo Mayor significativamente distinto ($\chi^2=32.051$, $p<0.001$) al 12% observado en la muestra control. En cambio, no se observaron diferencias significativas (Prueba exacta de Fisher, $p=0.098$) respecto al porcentaje de personas que cumplían con el diagnóstico de Trastorno Distímico, observándose un 24% y un 4% de la muestra caso y control respectivamente (Ver tabla 14). Se realizó Razón de Momios (RM) encontrándose que los sujetos que presentaron Trastorno Depresivo Mayor tenían un 84.33 mayor riesgo de tener un intento suicida que aquellos que no lo tenían, resultando significativo. En el caso del Trastorno Distímico no se observó significativa la razón de momios (Ver tabla 17).

En ambos tipos de trastorno de ansiedad contemplados en dicha investigación se hallaron diferencias significativas. Ya que un 56% de la muestra caso recibieron el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, significativamente distinto ($\chi^2=16.09$, $p<0.001$) al 4% hallado en la muestra control. Por otro lado, el 32% de pacientes de la muestra caso también resultó significativamente diferente (Prueba exacta de Fisher, $P=0.004$) a lo reportado en la muestra control ya que ningún paciente cumplió los criterios de Trastorno de Pánico (Ver tabla 14); la Razón de Momios se realizó solo en el trastorno de ansiedad generalizada mostrando un factor de riesgo de 30.54, no se pudo realizar el cálculo de razón de momios en el trastorno de pánico ya que no hubo ningún sujeto de la muestra control que presentara dicho trastorno (Ver tabla 17).

En relación a la segunda hipótesis, referida a que los pacientes con intento suicida presentarán mayor severidad de la sintomatología depresiva, se utilizaron los valores obtenidos a través de la aplicación de la escala HDRS, observándose que la $\bar{X}=23.52$ (DE=6.22) en el grupo caso fue significativamente mayor ($p<0.001$) que la observada en la muestra control, cuya $\bar{X}=11.16$ (DE=7.84). Lo cual significa que los casos tienen niveles significativamente más altos de depresión que los controles (Ver tabla 15).

Respecto la tercera hipótesis, referida a que los pacientes con intento suicida presentarán mayor desesperanza, se utilizó los valores obtenidos a través de la aplicación de la escala de Desesperanza de Beck para realizar el contraste. Se observó que la $\bar{X}=11.64$ (DE=5.38) fue significativamente mayor ($p<0.001$) que la observada en la muestra control, cuya $\bar{X}=4.28$ (DE=3.43), lo cual nos deja ver que la desesperanza era mayor en el grupo de los casos (Ver tabla 15). En función del punto de corte de la escala de Desesperanza de Beck que es 9, se calculó la razón de momios, y el factor de riesgo encontrado para los sujetos con desesperanza fue de 9.33 mayor riesgo para el intento suicida, siendo significativo (Ver tabla 17)

Tabla 14: Frecuencia y porcentaje de la presencia de; Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Angustia Generalizada y Trastorno de Pánico que se detectaron en los casos y controles.

Diagnósticos			Caso		Control		p
			n	%	n	%	
Trastorno Depresivo Mayor	si	23	92	3	12	<0.001*	
	no	2	8	22	88		
Trastorno Distímico	si	6	24	1	4	0.098**	
	no	19	76	24	96		
Trastorno Ansiedad Generalizada	si	14	56	1	4	<0.001*	
	no	11	44	24	96		
Trastorno Pánico	si	8	32	0	0	0.004**	
	no	17	68	25	100		

* χ^2

** Prueba exacta de Fisher

La cuarta hipótesis, en relación a que los pacientes con intento suicida presentarán mayor impulsividad, se estudió a partir de los contrastes realizados con los datos obtenidos a través de la escala de Impulsividad de Plutchick, observándose que la $\bar{X}=26.20$ (DE=7.12) fue significativamente mayor ($p<0.001$) que en la muestra control, cuya $\bar{X}=18.24$ (DE=7.26), observándose mayor impulsividad en el grupo con intento suicida (Ver tabla 15).

Respecto a la quinta hipótesis referida a que los pacientes con intento suicida presentarán mayor ideación suicida se utilizaron los valores obtenidos a través de la aplicación de la escala de Ideación Suicida de Beck. Se observó que la $\bar{X}=13.72$ (DE=8.67) fue significativamente mayor ($p<0.001$) que la observada en la muestra control, cuya $\bar{X}=4.88$ (DE=4.59), manifestando así que los casos tenían mayores niveles de ideación suicida que en el grupo control (Ver tabla 15). Teniendo en cuenta el punto de corte descrito por Beck de 10 puntos, se obtuvo el factor de riesgo para los sujetos con Ideación suicida siendo este de 13.50, para cometer intento de suicidio, resultando significativo (Ver tabla 17)

Tabla 15: Media aritmética y la desviación estándar de la puntuación total de las escalas: HDRS, Escala de Ideación suicida de Beck, Escala de Desesperanza de Beck y Escala de Impulsividad de Plutchick. Así como los valores de la prueba t de Student y su significación estadística.

E S C A L A S		\bar{X}	DE	t	p
HAMILTON	Caso	23.52	6.22	-6.175	<0.001
DEPRESION	Control	11.16	7.84		
IDEACION	Caso	13.72	8.67	-4.506	<0.001
SUICIDA	Control	4.88	4.59		
DESESPERANZA	Caso	11.64	5.38	-5.768	<0.001
	Control	4.28	3.43		
IMPULSIVIDAD	Caso	26.20	7.12	-3.912	<0.001
	Control	18.24	7.26		

Respecto a la sexta hipótesis referida a que los pacientes con intento suicida reportarán mayor frecuencia de antecedente de abuso sexual. Se observó que el 72% de la muestra caso reportaron haber sufrido algún episodio de abuso sexual, frecuentemente mayor ($\chi^2=5.195$, $p=0.023$) al reportado por los pacientes de la muestra control, cuya frecuencia fue el 40% (Ver tabla 16). Por otro lado, se calculó la Razón de Momios (RM) y se observó que los pacientes que refirieron haber sido víctima de abuso sexual manifestaban un 3,85 de mayor riesgo de intento suicida respecto a aquellos pacientes que no reportaron historia de abuso sexual (Ver tabla 17).

Tabla 16: Frecuencia y porcentaje de sujetos de la muestra caso y control que refirieron haber sufrido abuso sexual.

		Caso		Control		p
		n	%	n	%	
Abuso Sexual	Si	18	72	10	40	0.023*
	No	7	28	15	60	

* χ^2

Tabla 17. Razón de Momios (RM)

	Razón de Momios (RM)	I.C. al 95%
Trastorno Depresivo Mayor	84.33	12.84 – 553.92
Trastorno Distímico	7.57	0.83 – 68.46*
T. de Ansiedad Generalizada	30.54	3.55 – 262.38
Desesperanza	9.33	2.43 – 35.83
Ideación Suicida	13.50	3.39 – 53.68
Abuso Sexual	3.85	1.18 – 12.60

* No significativo

Respecto a la existencia de posibles diferencias en cuanto a las características del abuso sexual reportadas por los pacientes que refirieron haber sufrido abuso sexual en ambas muestras, se observó que los pacientes de la muestra caso refirieron haber sufrido mayor número de abusos sexuales con una $\bar{X}=5.56$ y una $DE=6.30$ que la muestra con una $\bar{X}=1.7$ y una $DE=0.82$. En cambio no se observaron diferencias significativas respecto a la edad de la víctima en el primer y último abuso. Se observó una $\bar{X}=8.94$ y una $DE=4.51$ respecto la edad en el primer abuso en la muestra caso y una $\bar{X}=11$ y una $DE=3.71$ en la muestra control. Y por otro lado, se observó una $\bar{X}=11.28$ y una $DE=4.21$ respecto la edad en el último abuso en la muestra caso y una $\bar{X}=12.20$ y una $DE=4.16$ en la muestra control (Ver tabla 18).

Tabla 18: Frecuencia y porcentaje de las características del abuso sexual en casos y controles.

CARACTERISTICAS DEL ABUSO		\bar{X}	DE	t (26gl)	p
Número de Abusos	Caso	5.56	6.30	-2.558	0.02
	Control	1.7	0.82		
Edad Primer Abuso	Caso	8.94	4.51	1.227	0.23
	Control	11	3.71		
Edad Ultimo Abuso	Caso	11.28	4.21	0.558	0.58
	Control	12.20	4.16		

Por otro lado, no se observaron diferencias (Prueba exacta de Fisher, $p=1$) respecto al sexo del agresor, ya que en ambas muestras prácticamente todos los agresores fueron varones 94.4% en la muestra caso y el 100% en la muestra control (Ver tabla 19).

Tabla 19: Frecuencia y porcentaje de las características del agresor que cometió el abuso sexual en aquellos casos que refirieron haber sufrido abuso sexual en las muestras caso y control.

SEXO AGRESOR	Caso	Control	p
Mujer	1(5.6%)	0 (0%)	1
Hombre	17(94.6%)	10(100%)	

* Prueba exacta de Fisher

Tampoco se observaron diferencias significativas (Prueba exacta de Fisher, $p=0.375$) respecto a la posible diferencia de edad entre la víctima y el agresor. En el 77.8% de los pacientes en la muestra caso se reportó una diferencia de edad entre el agresor y la víctima superior a 5 años y en el 22.2% de los casos tenían una edad similar en la muestra caso, en la muestra control se reportó que en el 55.6% había una diferencia mayor a 5 años entre el agresor y víctima y en el 44.4% la edad era similar (Ver tabla 20).

Tabla 20: Frecuencia y porcentaje respecto a la similitud o diferencia de edad entre agresor y víctima en aquellos casos que refirieron haber sufrido abuso sexual en los casos y controles.

EDAD AGRESOR	Caso	Control	p
Edad similar	4(22.2%)	4(44.4%)	0.375*
Mayor de 5 años	14(77.8%)	5(55.6%)	

* Prueba exacta de Fisher

Respecto a si las víctimas habían platicado con alguien el episodio de abuso sexual se observó que el 61% de la muestra caso había platicado con alguien, sin existir diferencias significativas con los controles (Ver tabla 21). Tampoco se observaron diferencias significativas en la presencia de violencia física en el abuso sexual entre los grupos (Ver tabla 22).

Tabla 21: Frecuencia y porcentaje respecto a si la víctima a platicado el episodio de abuso sexual con alguien en los casos y controles.

PLATICADO CON ALGUIEN	Caso	Control	p
Si	11(61.1%)	5(55.6%)	1*
No	7(38.9%)	4(44.4%)	

* Prueba exacta de Fisher

Tabla 22: Frecuencia y porcentaje respecto a la presencia o no de violencia física durante el episodio de abuso sexual en las muestras caso y control.

VIOLENCIA FISICA	Caso	Control	p
Si	2(11.1%)	0(0%)	0.538*
No	16(88.9%)	9(100%)	

* Prueba exacta de Fisher

Los datos relativos al tipo de relación entre la víctima del abuso sexual y el agresor manifiestan que en la muestra caso se reporta que un 33.3% era una familiar, un 22.2% era un amigo de casa, otro 22.2% era amigo (de fuera de casa), un 16.7% era novio y finalmente un 5.6% era un desconocido. Los datos obtenidos en la muestra control son parecidos ya que un 33.3% era una familiar, un 22.2% era un amigo de casa, un 22.2% era novio y finalmente un 22.2% era un desconocido, sin ser estos datos significativos (Ver tabla 23).

Tabla 23: Frecuencia y porcentaje de los valores referidos a la relación que mantenían las víctimas de abuso sexual con el agresor, en los casos y controles.

RELACIÓN CON EL AGRESOR	Caso		Control		p
	n	%	n	%	
Familiar	6	33.3	3	33.3	
Amigo de la casa	4	22.2	2	22.2	
Amigo	4	22.2	0	0	1*
Novio	3	16.7	2	22.2	
Desconocido	1	5.6	2	22.2	

* Prueba exacta de Fisher

7. DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue avanzar en el conocimiento sobre los factores que se asocian con el comportamiento suicida. Dicha investigación se llevó a cabo a través del estudio de dos muestras de pacientes adolescentes mujeres, cuya única diferencia, *a priori*, era que una muestra estaba compuesta por personas que habían realizado algún intento suicida (grupo caso) y la otra muestra estaba integrada por pacientes que nunca habían tratado de quitarse la vida (grupo control).

Respecto a la muestra de pacientes que habían realizado algún intento suicida, se observó que el 40% reportó haber realizado un intento suicida una vez en la vida, por lo tanto el 60% de sujetos habían realizado más de una tentativa. Estos hallazgos son congruentes con los reportados por Diekstra y Moritz (1987) y por González-Forteza *et al* (1996) en población mexicana.

Una de las primeras cuestiones que se plantearon se refería a si había mayor prevalencia de psicopatología en el grupo de pacientes con intento de suicidio. Concretamente, se exploró de forma estructurada la posible presencia de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico. Debe mencionarse que *a priori* no se controló ex profeso la variable tiempo del intento y Trastorno, de modo que los resultados

no permiten inferir relaciones causales. Debido a que es posible y razonable pensar que los trastornos son factores que podrían tener un papel causal del comportamiento suicida, pero podría también suceder que los intentos suicidas, junto a las consecuencias asociadas, aumentaran el riesgo de presentar un determinado trastorno. Pero se observó que en todos los casos algún trastorno psicopatológico se encontraba presente desde el momento del primer intento, fuera en el presente (menos de 6 meses) o considerado pasado (mayor de 6 meses).

Sería por demás interesante y deseable realizar estudios longitudinales en los cuales se evaluara primero la presencia de distintos trastornos y posteriormente, se realizara un seguimiento de los posibles intentos de suicidio de cada uno de los participantes, así mismo se realizara el seguimiento de una muestra de sujetos con ausencia de trastorno.

Los resultados obtenidos indican que hubo mayor número de pacientes que habían realizado algún intento suicida que cumplían con criterios diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico, lo cual era congruente con la hipótesis realizada. Sin embargo, a pesar de que se observó mayor número de pacientes que cumplían los criterios de Trastorno Distímico en el grupo de pacientes caso, dichas diferencias no resultaron significativas, aún cuando el resultado fue cercano a la significación, lo cual sugiere

que en futuros estudios con mayor tamaño de muestra podría concluirse de otro modo, Habrá que considerar que al existir intento de suicidio en un paciente con Distimia, se tendría que inferir en ese momento la presencia de un Trastorno Depresivo Mayor asociado (Depresión Doble). Por otro lado, el trastorno distímico por definición requiere de un periodo largo de alteración (dos años en adultos, uno en niños y adolescentes) lo cual podría favorecer una cierta "adaptación" a niveles de malestar o de ausencia de bienestar que reducirían la probabilidad de realizar un intento suicida. En general dichos hallazgos son parecidos a los encontrados en estudios previos (Clarkin *et al*, 1984; González-Forteza, 1995; Kerfoot, 1996).

Debe destacarse que el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada en este estudio tuvieron un factor de riesgo significativo para la presencia del intento suicida.

En la misma línea, los resultados obtenidos indican la presencia de mayor severidad de sintomatología depresiva entre las pacientes que habían intentado suicidarse y los que no lo habían intentado, como lo señalaba la segunda hipótesis.

Debe comentarse que en la presente investigación sólo se evaluaron de forma estructurada cuatro trastornos (Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico), ello fue debido a la accesibilidad de este tipo de pacientes en consulta ambulatoria. Obviamente,

teniendo en cuenta el amplio espectro psicopatológico, puede considerarse que el actual estudio es limitado. Sobretudo porque son varios los trastornos que se han asociado con un mayor riesgo de conducta suicida, como el abuso de sustancias, el trastorno de personalidad antisocial y el límite (Kerfoot y Huxley, 1995), mismos que pudieran ser objetivo de otra investigación, ya que en este momento no se consideró conveniente, pensando en que el tiempo de evaluación de todo el espectro psicopatológico sería demasiado largo y resultaría cansado para el paciente, teniendo en cuenta el resto de los instrumentos a aplicar. Por otro lado, en el caso de los menores de 18 años los trastornos de personalidad (como es el caso de algunos de los sujetos de la presente investigación) no serían aplicables utilizando criterios del DSM-IV-TR.

Sería muy interesante en futuras investigaciones escanear y registrar todo el espectro psicopatológico contemplado en los sistemas clasificatorios habituales (DSM o CIE), y para ello sería necesario una muestra mucho mayor.

Respecto a los otros indicadores de psicopatología, los resultados señalaron diferencias significativas entre ambos grupos. De modo congruente con las hipótesis, se observó que el grupo de pacientes con historia de tentativa de suicidio mostraron mayores índices de impulsividad, desesperanza e ideación suicida, teniendo en éstas últimas un factor de riesgo significativo para la presencia de intento suicida.

Los resultados hallados apoyan la idea de que las personas deprimidas se caracterizan por sus expectativas negativas sobre el futuro y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas; es decir, por su desesperanza tal y como señalan Beck, *et al* (1974); y Melges y Bowlby (1969). Los resultados coinciden con los hallados en otros estudios donde también se reportaron relaciones positivas entre desesperanza y conducta suicida (Beck *et al*, 1985; Bedrosian y Beck, 1979; Weissman *et al*, 1979).

Por otro lado, los resultados referidos a la ideación suicida también coinciden con los planteamientos de la teoría cognitiva y los resultados obtenidos en otros estudios donde se observaron correlaciones positivas con la ideación suicida y el suicidio (Beck, 1963; Chioqueta y Stiles, 2003; Joiner *et al*, 2005).

Se observa también una media aritmética en el nivel de impulsividad significativamente más elevada en el grupo de pacientes que trataron de suicidarse respecto a las pacientes del grupo control. Debe recordarse que autores como Hawton, *et al* (1982b) afirman que la conducta suicida en los adolescentes suele ser primordialmente de carácter impulsivo y sin planeación, los resultados de la presente investigación no contradicen dicha inferencia. Los resultados encontrados respecto a la asociación entre impulsividad e intento suicida coinciden con los reportados por Higuera (1996) y Martínez (2003).

Otra de las asociaciones frecuentes reportadas por diferentes estudios alude al mayor riesgo de conducta suicida en aquellas pacientes que refieren haber sufrido abuso sexual (Brown *et al*, 1999; Calam, 1998). En la presente investigación también se encontró que un porcentaje significativamente mayor de pacientes que habían intentado suicidarse, refirió haber sido víctima de abuso sexual en comparación con el grupo control, siendo este evento un factor de riesgo para la realización de un intento suicida. Respecto a las características del abuso sexual, no se observaron diferencias significativas en ninguna de las características del abuso como, la edad de la víctima en el primer y en el último abuso, ni respecto al sexo del agresor, diferencia de edad entre víctima y agresor, presencia o no de violencia, si lo habían platicado o no con alguien, ni respecto al tipo de relación entre víctima y agresor. Sólo, el número de abusos sexuales sufrido fue significativamente mayor en la muestra constituida por pacientes que habían realizado intento suicida respecto a las pacientes de la muestra control.

Una de las limitaciones de la presente investigación se refiere al número de pacientes, sobretodo teniendo en cuenta la gran cantidad de variables consideradas. Por otro lado, también se observaron diferencias significativas en variables como el nivel de estudios, la ocupación y la disponibilidad de dinero no básico, y en todas estas variables el grupo desfavorecido es el grupo integrado por pacientes que habían realizado tentativas suicidas. Se considera recomendable

aumentar el número de participantes en futuras investigaciones y que ambos grupos fueran más parejos respecto a las variables sociodemográficas, quizás se podría sugerir extraer las muestras a través de muestreos estratificados por dichas variables socio-económicas.

Otra de las sugerencias para futuras investigaciones hace referencia al posible estudio separado entre aquellas pacientes que han realizados varios intentos (por ejemplo: más de tres en un año) y aquéllas que han realizado uno o pocos intentos en su vida; es posible que las características psicopatológicas de ambas muestras sean diferentes. De modo que al comparar con aquellas pacientes con ausencia de tentativas de suicidio los resultados serían diferentes.

Debe tenerse presente que el comportamiento suicida es una variable que ha sido relacionada con un elevado número de variables. Desde trastornos y rasgos patológicos, variables de tipo social, rasgos de personalidad, etc. Ello es indicador de la complejidad del objeto de estudio de la presente investigación. La aportación al conocimiento que proporcionan los resultados obtenidos es limitado, pero sirve para subrayar y ratificar la relevancia de variables que pueden actuar como factores predisponentes y precipitantes de la conducta suicida. Por ello se desprende la conveniencia de activar mecanismos de detección de aquellos indicadores (como el Trastorno Depresivo Mayor, el Trastorno de Pánico, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, la Impulsividad, la Desesperanza y la historia

de Abuso Sexual) que aumentan de forma significativa el riesgo suicida. También se sugiere que en casos donde hubiera un riesgo considerablemente aumentado, realizar intervenciones preventivas con la finalidad de reducir considerablemente el número de tentativas y suicidios consumados.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asberg, M., 1997. Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidencie fron Cerebrospinal Fluid Studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 158-181.
2. Alcántar, MI., 2002. Prevalencia del Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. Tesis. Lic. en Psicología, Facultad de Psicología. UNAM.
3. Alvarez, A., 1971. *The Savage God. A Study of Suicide*. Ed. Norton and Company.
4. Barrera, A., Jaar, E., Gómez, A., Suárez, L., Martín, M., Lolas, F., 1991. Suicide attempt and hopelessness. *Rev Med Chil*, 119: 1381-1386.
5. Bech, P., Allerup, P., Gram, L. F., Reisby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O. and Nagy, A., 1981. The Hamilton depression scale. Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta Psychiatr Scand*. 63, 290-9.
6. Bech, P., Allerup, P., Reisby, N. and Gram, L. F., 1984. Assessment of symptom change from improvement curves on the Hamilton depression scale in trials with antidepressants. *Psychopharmacology (Berl)*. 84, 276-81.
7. Bech, P., 1996. *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening*, 2a. ed. Berlin: Springer.
8. Beck, AT., Weissman, A., Lester, D., Trecler, L., 1974. The measurement of pessimism: the hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*, 42:861-865.

9. Beck, AT., 1963. Thinking and depression, I: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9:324-335.
10. Beck, AT., Beck, R., Kovacs, M., 1975. Classification of suicidal behaviors, I: Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*. 132(3):285-287.
11. Beck, A., Kovacs, M., Weissman, A., 1975. Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA*, 234: 1146-1149.
12. Beck, A., Kovacs, M., Weissman, A., 1979. Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *J.Consulti Clin. Psychol.* 47(2):343-352..
13. Beck, AT., Steer, RA., Kovacs, M., Garrison, B., 1985. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142:559-563.
14. Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G., 2001. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 13a. Edición, Ed. Desclée de Brouwer, España.
15. Bedrosian, RC., Beck AT., 1979. Cognitive aspects of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav*, 9:87-96.
16. Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., Gutiérrez R., 1996. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública de México*. 38(3):197-206.
17. Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Goldstein, C., Kolko, D., Allan, M., Zelenak, J., 1988. Risk Factors for Adolescent Suicide. *Arch Gen Psychiatry* 45:581-588.

18. Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., Roth, C., 1994. Suicide in affectively ill adolescents: a case-control study. *Journal of Affective Disorders* 31:193-202.
19. Brent, D., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., Chiapetta, L., 1999. Age and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1497-1505.
20. Brent, D., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Bodsky, B., Bridge, J., Ellis, S., Salazar, O., Mann, J., 2002. Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt. *Arch Ge Psychiatry* 59:801-807.
21. Brown, G. L., Ballenger, J. C. & Goyer, P. F., 1979. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid metabolites. *Psychiatry Res*, 1,131-139.
22. Brown, J., Cohen, P., Jonson, J., Smailes, E., 1999. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young depression and suicidality. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38(12): 1490-1496.
23. Caraveo, J., Colmenares, E., Martínez, NA., 2002. 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.
24. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control (2007). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS), www.cdc.gov/ncipc/wisqars.
25. CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS™). 2007. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC. Available at <http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm>.

26. Clarkin, J., Friedman, R., Hurt, S., Corn, R., Aronoff, M., 1984. Affective and Character Pathology of Suicidal Adolescent and Young Adult Inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry* 45:19-22.
27. Chioqueta, AP., Stiles, TC., 2003. Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis*, 24(3):105-112.
28. Cordero_Villafafila, A., and Ramos_Brieva, J. A., 1986. Factor structure of the Castillian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 14, 339-42.
29. Davidson, S., 1992. Suicidio. En: Lorraine, S (ed). *Agonía, Muerte y Duelo*. Manual Moderno, México, 243-270.
30. Díaz, J., Bousoño, M., Bobes, J., 2008. Capítulo 1 “Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas”, tomados de Bobes J, Sáiz PA, García Portilla MP, Bascarán MT, Bousoño M. *Comportamientos Suicidas, Prevención y Tratamiento*. *Ars. Medica*, p.8.
31. Diekstra, R., Moritz, G., 1987. Suicidal Behavior among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 13:402-421.
32. Diekstra, R., 1989. Suicidal Behavior and Depressive Disorders in Adolescents and Young Adults. *Neuropsychobiology*. 22:194-207.
33. Diekstra, R., 1993. Suicide and the attempted suicide: and international perspective. *Acta Psych Scand. Suppl*. 354:124.
34. Diekstra, R., Garnefski, M., 1995. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25(1): 36-57.

35. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaria de Salud México. 1994. En Buen Plan .Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes. México DF SSR. 34-41.
36. Dhossche, D., 2000. Suicidal Behavior in Psychiatric Emergency Room Patients. *South Med J* 93(3):310-314.
37. Drake, RE., Cotton, PC., 1986. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br. J Psychiatry*, 148:554-559.
38. Durkheim, E., 1897. 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.
39. Durkheim, E., 2003. El Suicidio. Introducción y Estudio previo de Lorenzo Díaz Sánchez., 6ª. Edición, Madrid, pp. 3-7.
40. Eaton, DK., Kann, L., Kinchen, SA., Ross JG., Hawkins J., Harris WA., et al., 2005. Youth risk behavior surveillance—United States. *MMWR* 2006;55(No. SS-5):1-108.
41. Edwards, BC., Lambert, MJ., Moran, PW., et al., 1984. A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. *Br J Clin Psychol*, 23: 93-99.
42. Egmond, V., Diekstra, R., 1989. The predictability of suicidal behavior: the results of meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 16: 305-312.
43. Engleberg, H., 1992. *Lancet*, 339:727-729.

44. Estrada, C., Hernández, MA., Juárez, B., Pérez, L., Samperio, R., Vázquez, E., 1995. Revictimización. *Psicología Iberoamericana*, 3(3):37-40.
45. Espinosa, A., 2000. La autoestima: Un factor protector para el consume de drogas en adolescents estudiantes del Distrito Federal. Tesis. Lic. en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
46. Farmer, R., Hirsch, S., 1980. *The Suicide Syndrome*. Croom Helm Press London.
47. Farmer, R., 1988. Assessing the Epidemiology of Suicide and Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 153:16-20.
48. Finkelhor, D., Dziuba-Leatherman, J., 1994. Victimization of children. *Am Psychol*, 49(3):173-183.
49. Galit, D., Overholser, J., 1999. Depression, Hopelessness, and Self-Esteem: Accounting for Suicidality in Adolescent Psychiatric Inpatients, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4):309-318.
50. Gardner, D., Lucas, P. B. & Cowdry, R. W., 1990. CSF metabolites in borderline personality disorder compared with normal controls. *Biol Psychiatry*, 28, 247-254.
51. Garrison, C., 1989. The study of suicidal behavior in the schools. *Suicide and Life Threatting Behavior*, 19:120-130.
52. Gastpar, M., Gilsdorf, U., 1990. The Hamilton Depression Rating Scale in a WHO collaborative program, in *The Hamilton Scales (Psychopharmacology Series 9)*. Ed. Bech P, Coppen A. Berlin, Springer-Verlag.

53. Gibbons, R. D., Clark, D. C., and Kupfer, D. J., 1993. Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure? *J Psychiatr Res.* 27, 259-73.
54. Goldsmith, SK., Pellmar, TC., Kleinman, AM., Bunney, WE., editors. 2002. *Reducing suicide: a national imperative.* Washington (DC): National Academy Press.
55. Gómez, M., Rico, H., Caraveo, J., Guerrero, G., 1993. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.* 204-208.
56. Gómez, C., 1996. Relación entre el nivel de estrés psicosocial y la ideación suicida en estudiantes del nivel medio y medio superior del distrito federal. Tesis, Lic. En Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
57. Gómez, C., Borges, G., 1996. Estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*, 19(1): 45-55.
58. González, S., Díaz-Martínez, A., Ortiz, S., González-Forteza, C., González, J.J., 2000. 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.
59. González-Forteza, C., 1992. Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. UNAM.
60. González-Forteza, C., 1995. Aspectos psicosociales del suicidio en adolescentes mexicanos. *Psicopatología.* 15 (4): 128-161.

61. González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C.C., Jiménez, T.A., 1996. Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*.19: 33-38.
62. González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.A., Sánchez, M.A., 1998. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*. 21 (3):1-9.
63. González-Forteza, C., et al., 2001. 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.
64. González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Bermúdez, P., Amador, N., 2002. Prevalencia de Intento Suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México:1997-2000. *Salud Mental*, 25(6)1-12.
65. González-Forteza, C., Chávez-Hernández, AM., Alvarez, M., Saldaña, A., Carreño, S., et al., 2005. Prevalence of deliberate self-harm in adolescents students in Guanajuato State, México. *Measurement: 2003. Social Behavior Personality*, 33(8):777-792.
66. González-Serratos, R., 1995. Informe preliminar sobre algunos aspectos de la investigación en sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. *Salud Reproductiva Sociedad*, 6(7):14-17.
67. Gutiérrez-García, A., Contreras, M., Orozco-Rodríguez, R.C., 2006. El Suicidio conceptos actuales, *Salud Mental* 29 (5), 66-74.
68. Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. 23, 56-62.

69. Hamilton, M., 1967. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol.* 6, 278-96.
70. Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., Osborn, M., 1982. Motivational Aspects of Deliberate Self-Poisoning in Adolescents. *British Journal of Psychiatry.* 141: 286-291.
71. Hawton, K., Osborn, M., O'Grady, J., Cole, D., 1982b. Classification of adolescents who take overdoses. *British Journal of Psychiatry.* 140: 124-131.
72. Hawton, K., 1987. Assessment of Suicide Risk. *British Journal of Psychiatry.* 150: 145-153.
73. Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., Bond, A., 1997. 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.
74. Higuera, R. F., 1996. Intento suicida en niños y adolescentes ¿Impulsividad o Depresión?, Tesis, UNAM.
75. Híjar, M., Rascón, R., Blanco, J., López, L., 1996. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental.* 19(4): 14-21.
76. Hoberman, H., Garfinkel, B., 1988. Completed Suicide in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 27(6):689-695.
77. Holmes, WC., Slap, GB., 1998. Sexual abuse of boys. Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA,* 281(21):1855-1865.

78. Hurry, J., 2000. Deliberate self-harm in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*. 12: 31-36.
79. Hurry, J., Storey P., 2000. Assessing young people who deliberately harm themselves. *British Journal of Psychiatry*. 176:126-131.
80. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001. México; INEGI.
81. Joiner, TE., Brown, JS., Wingate, LR., 2005. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*, 56:287-314.
82. Karch, D., Crosby, A., Simon, T., 2006. Toxicology testing and results for suicide victims—13 States, 2004. *MMWR* 55:1245-8.
83. Kelly, L., 1988. *Surviving Sexual Violence*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
84. Kerfoot, M., Dyer, E., Harrington, V., Woodham, A., Harrington, R., 1996. Correlates and Short-Term Course of Self-Poisoning in Adolescents. *British Journal of Psychiatry*. 168:38-42.
85. Kerfoot, M., Huxley, P., 1995. Suicide and deliberate self-harm in young people. *Current Opinion in Psychiatry*. 8:214-217.
86. Krug, EG., Dahlberg, LL., Mercy, JA., Zwi, A., Lozano, R., editors. 2002. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
87. Lazard, SP., 1988. Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o por abandono. Tesis del Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

88. Linnoila, M., Virkunen, M., & Scheinin, M., 1983. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxy-indoleacetic acid concentration differentiates impulsive from non-impulsive violent behavior. *Life Sci*, 33, 2609-2614.
89. Maier, W., Philipp, M., Hauser, I., et al., 1988. Improving depression severity assessment: reliability, internal validity and sensitivity to change of three observer depression scales. *J Psychiatr Res.* 22: 3-12.
90. Martínez, MP., 2003. Detección de conductas suicidas y factores de riesgo asociados en adolescentes atendidos en el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Tesis.
91. McCaig, LF., Nawar, EN., 2006. National hospital ambulatory medical care survey: 2004 emergency department summary. Advance data from vital and health statistics. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics. Report no. 372.
92. Melges, FT., Bowlby, J., 1969. Types of hopelessness in psychopathological process. *Arch Gen Psychiatry*, 20(6):690-699.
93. Miller, N., Mahler, J., Gold, M., 1991. Suicide Risk Associated with Drug and Alcohol Dependence. *Journal of Addictive Diseases*, 10(3): 41-61.
94. Misrahi, A., 2003. Adios mundo cruel. Ed. Océano, España.
95. Morón, P., 1992. ¿Qué sé? El Suicidio. Edit. Publicaciones Cruz O. S.A., México.
96. Mondragón, L., 1997. La ideación Suicida en relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Tesis. Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.

97. Mondragón, L., Saltijeral, M.T., Bimbela, A., Borges, G., 1998. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 21(5): 20-27.
98. Mondragón, L., Borges, G., Gutiérrez, R., 2001. La Medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. *Salud Mental*. 24(6):4-15.
99. National Center for Health Statistics. 2007. Multiple cause-of-death public-use data files, 1990 through 2004. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics.
100. Organización Panamericana de la Salud., 1995. *Salud del Adolescente*. OPS/OMS Washington.
101. Organización Panamericana de la Salud., 1999. *Manual de Salud para la atención del adolescente*. Serie Paltext.
102. Orvin, G.H.. *Understanding the Adolescent. Normality and Adolescence*. American Psychiatric Press. p.p.73-77.
103. Pancheri, P., Picardi, A., Pasquini, M., Gaetano P., and Biondi M., 2002. Psychopathological dimensions of depression: a factor study of the 17-item Hamilton depression rating scale in unipolar depressed outpatients. *J Affect Disord*. 68, 41-7.
104. Patisson, EM., Kahan, J., 1983. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*,140:867-872.
105. Pedersen, W., Skrondal, A., 1996. Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 91(4):565-581.

106. Peters, SD., Wyatt, GE., Finkelhor, D., 1986. Prevalence. En: Finkelhor D (ed.). A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Sage, 15-59, Beverly Hills.
107. Pfeffer, C., 1997. Childhood Suicidal Behavior: A Developmental Perspective. The Psychiatric Clinics of North America. 20(3): 551-562.
108. Ramos-Lira, L., Saldivar-Hernandez, G., Medina-Mora, ME., Rojas-Guiot, E., Villatoro Velásquez, J., 1998. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. Salud Pública México, 40(3):221-233.
109. Rehm, L., O'Hara, M., 1985. Item characteristics of the Hamilton Taring Scale for Depresión. J Psychiatr Res, 19: 31-41.
110. Reynolds, WM., Kobak, KA., 1995. Reliability and validity of the Hamilton Depression Inventory: a paper-and-pencil version of the Hamilton Rating Scale Clinical Interview. Psychological Assessment, 7: 472-83.
111. Roy, A., 1982. Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch. Gen Psychiatry, 39, 1089-1095.
112. Roy, A., DeJong, J. & Linoila, M., 1989. Extraversion in pathological gamblers: correlates with indexes of noradrenergic function. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 679-681.
113. Sarró, B., 1984. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. Rev Psiquiatr Psicol. Med Eur Am Lat. 16:512-516.
114. Saltijeral, T., Terroba, G., 1987. Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. Salud Pública Mex. 29: 345-360.

115. Shanee, N., Apter, A., Weizman, A., 1997. Psychometric Properties of the K-SADS-PL in an Israeli Adolescent Clinical Population. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 34(3): 179-186.
116. Shneidman, E., 2001. *Comprehending Suicide Landmarks in 20th-Century Suicidology.*
117. Siever, L. J. & Trestman, R. L., 1993. The serotonin system and aggressive personality disorder. *Int Clin Psychopharmacol. Supl.*, 8, 33-39.
118. Soto, F., 1996. La violencia sexual en la mujer y el trauma silenciado. *Psicología Iberoamericana*, 4(3):31-36.
119. Stengel, E., 1965. *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas.* Buenos Aires. Horme.
120. Tollefson, GD., Holman, SL., 1993. Analysis of the Hamilton Depression Rating Scale factors from a double-blind, placebo –controlled trial of fluoxetine in geriatric mayor depression. *Int Clin Psychopharmacology*, 8: 253-259.
121. Van Egmond, M., Diekstra, R., 1989. *The Predictability of Suicidal Behavior : The results of a Meta-analysis of Published Studies.* New York.
122. Vázquez, C., Jiménez, F., 2000. Depresión y manía. En: Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (eds). *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Barcelona: Masson S.A. p 263-265, 297-300.
123. Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cardiel, H., Villa, G., Alcantar, E., Vazquez, L., Fleiz, C., Navarro, C., Blanco, J., Nequiz, G., 1999. Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: Medición Otoño 1997. *Reporte Global de Escuelas de Secundaria, Bachillerato y Técnicas.* SEP, IMP, México.

124. Wagner, K., Rouleau, M., Joiner, T., 2000. Cognitive Factors Related to Suicidal ideation and Resolution in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 157:2017-2021.
125. Weissman, MM., 1974. The epidemiology of suicide attempts, 1960-61. *Arch Gen Psychiatry*, 30:737-746.
126. Weissman, AN., Beck, AT., Kovacs, M., 1979. Drug abuse, hopelessness, and suicidal behavior. *Int J Addict* 14:451-464.
127. Wekstein, Louis., 1979. *Handbook of Suicidology*. Brunner Mazel Pub. New York.
128. Wetzel, RD., Reich, T., 1989. The cognitive triad and suicide intent in depressed in-patients. *Psychol Rep*. 65:1027-1032.
129. Winchel, RM., Stanley, M., 1991. Self-Injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*, 148:306-317.
130. WHO. 1976. Suicide and attempted suicide. *Public Health Papers*. 58:16-130.
131. World Health Organization. 2001. *Figures and Facts about Suicide*, Geneva: WHO.

D8. ¿QUE RELIGION TIENES?

1. Católica
2. Protestante
3. Testigo de Jehová
4. Cristiana
5. Otra
6. Ninguna

D9. TU FAMILIA TIENE SUFICIENTE DINERO PARA:

- A) Comprar comida
- B) Pagar transportes
- C) Pagar las cuentas (Renta, Luz, Agua, etc)
- D) Mantener la casa arreglada
- E) Comprar útiles escolares
- F) Comprar la ropa
- G) Para divertirse
- H) Comprar regalos
- I) Para salir de vacaciones
- J) Para pagar al médico y comprar medicinas

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
A) Comprar comida				
B) Pagar transportes				
C) Pagar las cuentas (Renta, Luz, Agua, etc)				
D) Mantener la casa arreglada				
E) Comprar útiles escolares				
F) Comprar la ropa				
G) Para divertirse				
H) Comprar regalos				
I) Para salir de vacaciones				
J) Para pagar al médico y comprar medicinas				

EDB

INSTRUCCIONES: Por favor lee con cuidado cada pregunta y coloca una "X" en la respuesta que más se asemeje al estado en el que te encuentras actualmente: V= Verdadero, F= Falso. Recuerda que no hay respuestas buenas, ni malas, lo que es muy importante es que contestes con sinceridad

	1	2
B1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
B2. Puedo darme por vencido y renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
B3. Cuando las cosas van mal, me alivia saber que las cosas no pueden permanecer más tiempo así	V	F
B4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
B5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera hacer	V	F
B6. En el futuro, espero conseguir mis metas	V	F
B7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
B8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente en general logra conseguir	V	F
B9. No logro hacer que las cosas cambien, y no tengo razones para creer que cambiarán en el futuro	V	F
B10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro	V	F
B11. Todo lo que puedo ver en mi futuro es más desagradable que agradable	V	F
B12. No creo conseguir lo que realmente deseo	V	F
B13. Cuando miro hacia el futuro, espero ser más feliz de lo que soy ahora	V	F
B14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
B15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
B16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
B17. Es poco probable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
B18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
B19. Espero más épocas buenas que malas	V	F
B20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

EIP

Por favor, lee cada pregunta e indica que tan frecuentemente actúas o te sientes de esta forma, marcándola con una "X" en el espacio correspondiente.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	MUY FRECIENTE MENTE
1.-¿Te resulta difícil esperar en una fila?				
2.- ¿Haces cosas sin pensarlas?				
3.-¿Gastas dinero impulsivamente?				
4.-¿Planeas con anticipación?				
5.-¿Pierdes fácilmente los estribos?				
6.-¿Te resulta fácil concentrarte?				
7.-¿Te resulta difícil controlar tus impulsos sexuales?				
8.-¿Dices lo primero que te viene a la mente?				
9.-¿Comes aunque no tengas hambre?				
10.-¿Eres impulsivo?				
11.-¿Terminas las cosas que empiezas?				
12.-¿Te resulta difícil controlar tus emociones?				
13.-¿Te distraes con facilidad?				
14.-¿Encuentras difícil permanecer quieto mientras estás sentado?				
15.- ¿Eres precavido?				

MOTIVO DE CONSULTA:

Trastornos Depresivos

Afecto depresivo

P N S

Se refiere a los sentimientos subjetivos de depresión basados en quejas verbales o por sentimientos depresivos, tristeza, infelicidad, vacío, malos sentimientos, **ganas de llorar**. No incluye componentes cognoscitivos (como desánimo, pesimismo, desprecio), intentos suicidas o apariencia depresiva.. Algunos niños negarán sentirse tristes y sólo mencionan que se sienten mal por lo que es importante investigar acerca de cada afecto disfórico. No se toman en cuenta los sentimientos de ansiedad o tensión. La irritabilidad sin algún otro afecto disfórico persistente no debe ser cuantificada (rasgo).. En la entrevista con los padres, el “sentido intuitivo” de la mamá de que el niño con frecuencia se siente triste puede ser considerado como evidencia positiva del afecto deprimido del niño siempre y cuando el padre no se encuentre deprimido en la actualidad.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 No del todo o menos de una vez por semana.

2 2 2 Subumbral: Con frecuencia experimenta ánimo disfórico al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión.

3 3 3 Umbral: Se siente “deprimido” casi todo el día.

Duración del síntoma:

¿Te has sentido triste, vacío, melancólico o desanimado? ¿Tenías ganas de llorar? ¿Cuándo fue esto? ¿Te sientes _____ ahora? ¿Hubo algún otro momento en que te sintieras _____? ¿Tuviste algún otro sentimiento malo? ¿Tuviste algún mal sentimiento todo el tiempo del cual no podías deshacerte? ¿Lloraste o tenías ganas de llorar? ¿Te sentías _____ todo el tiempo o solo parte del tiempo? (¿Que porcentaje del día pasó el niño manifestando estos síntomas?)

Pasado:

P (____) N (____) S (____)

Duración del síntoma:

¿Este sentimiento iba y venía? ¿Con qué frecuencia? ¿Diario? ¿Cuánto duraba? ¿Qué crees que lo ocasionaba?

(Evalúe la relación entre el afecto depresivo y la separación con el responsable del niño) ¿Te sentías triste cuando tu mamá no estaba? Si la separación de la mamá es dada como una causa: ¿Te sentías _____ cuando tu mamá estaba contigo? ¿Te sentías un poco mejor o el sentimiento estaba ausente? ¿Otras personas podían decir cuando estabas triste? ¿Cómo podían decirlo? ¿Te veías diferente?

Nota: En ocasiones, al inicio de la entrevista el niño dará una respuesta negativa a lo que se le pregunta pero en el transcurso de la entrevista llegará a estar triste. Por lo tanto, las preguntas iniciales se repetirán empleando el estado de ánimo actual y usándolo como ejemplo para determinar la frecuencia. De forma similar, si el reporte de la mamá indica que el niño se encuentra triste casi todo el tiempo y el niño lo niega, éste debe ser confrontado con la opinión de la mamá para posteriormente preguntarle el porqué cree que su mamá piensa que él se siente triste con tanta frecuencia.

Nota: Cuando el niño o el padre reportan frecuentes períodos de tristeza a lo largo del día, es probable que el niño siempre se encuentre triste y que sólo se reporten las exacerbaciones, para lo cual la evaluación del afecto depresivo será de 3. Además, es esencial preguntar acerca del tiempo restante: “¿Además de estos momentos en el que te sientes _____ el resto del día te sientes feliz o estabas más triste que tus amigos?”

Irritabilidad y enojo

P N S

Sentimientos subjetivos de irritabilidad, enojo, mal carácter, resentimiento, ya sea expresado abiertamente o no.

Evalúe la intensidad y duración del sentimiento

<i>¿Hubo algún momento en el que te sentías irritable o enojado por cosas insignificantes? ¿Hubo algún momento en que te enojaste mucho? ¿Cuándo? ¿Estás así en este momento? ¿Hubo algún otro momento en el que te sentiste _____? ¿Qué cosas te hacen _____?</i>	0	0	0	Sin información.
<i>¿Te sentías enojado aunque no lo demostrabas? ¿Qué tan enojado? ¿Más que antes? ¿Que cosas te hacen enojar? ¿Alguna vez te sentiste enojado o irritado y no sabías el porqué? ¿Te ocurre con frecuencia? ¿Te enojas demasiado? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos? ¿Con alguien más? ¿En la escuela? ¿Qué hacías? ¿Te decían algo acerca de eso? ¿Cuanto tiempo te sentías enojado o irritado? ¿Todo el tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Sólo ahora y entonces? ¿En ningún momento? ¿Cuando te enojabas, que pensabas? ¿Pensabas en matar a otros o en lastimarte? ¿Lastimar a otros o torturarlos? ¿A quien? ¿Tenías un plan? ¿Cuál?</i>	1	1	1	Menos de una vez por semana.
	2	2	2	Subumbral: Se siente más enojado o irritable de lo que la situación amerita, al menos 3 veces por semana por más de 3 horas en cada ocasión. Expresa con facilidad su molestia.
	3	3	3	Umbral: Se siente irritado o enojado diario o casi diario, por lo menos el 50% del tiempo. O con frecuencia grita, o pierde el control

Duración del síntoma:

Pasado:

P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma

Si la irritabilidad se presenta por períodos breves junto con un estado depresivo especialmente no provocado, debe tomarse en cuenta al evaluar manía/hipomanía

Anhedonia, pérdida de interés, apatía, baja motivación o aburrimiento P N S

Aburrimiento es un término que todos los niños comprenden y que con frecuencia se refiere a la pérdida de la capacidad de goce (anhedonia) o la pérdida de interés o ambos. La pérdida de placer e interés no son mutuamente excluyentes y pueden presentarse en forma conjunta.

0 0 0 Sin información.

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Diversas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático al menos 3 veces por semana durante estas actividades.

¿Qué cosas haces para divertirte? ¿Te diviertes? (De ejemplos: nintendo, deportes, amigos, juegos favoritos, materias escolares, excursiones, actividades familiares, programas televisivos favoritos, juegos de video o computadora, música, baile, jugar solo, leer, salir, etc?)

¿Hubo algún momento en que estuvieras aburrido por mucho tiempo? ¿Cuándo? ¿Te sientes aburrido ahora? ¿Te sientes aburrido cuando piensas en hacer cosas que usualmente te divertían? (De ejemplos como los mencionados con anterioridad) ¿Esto te impedía hacer las cosas? ¿Te sientes aburrido mientras haces cosas que antes disfrutabas?

Anhedonia se refiere a la pérdida parcial o total de la habilidad para tener placer, disfrutar o divertirse en la realización de actividades que eran atractivas para el niño como las mencionadas anteriormente. También se refiere a los placeres básicos resultado de las comidas favoritas y, en adolescentes, de las actividades sexuales.

¿Buscas hacer las cosas que antes disfrutabas? ¿Tratas de involucrarte en ellas? ¿Tienes que forzarte para hacer tus actividades favoritas? ¿Te interesan? ¿Te emocionas o te sientes entusiasmado al hacerlas? ¿Por qué no? ¿Te divertirías igual que antes al hacer estas actividades antes de que te sintieras triste? ¿Si las disfrutas menos, es tan sólo un poco menos? ¿Mucho menos? ¿No las disfrutas? ¿Te diviertes igual que tus amigos? ¿Cuántas cosas son menos divertidas ahora de lo que eran antes? ¿Cuántas eran igual de divertidas? ¿Más divertidas? Hacías _____ menos que antes? ¿Qué tanto menos?

En adolescentes si es sexualmente activo: *¿Disfrutas el sexo igual que antes? ¿Tienes menos actividad sexual que antes?*

Este reactivo no se refiere a la incapacidad para realizar las actividades (pérdida de habilidad para concentrarse en la lectura, en juego, T.V., materias escolares, etc.

Deben realizarse dos comparaciones en cada evaluación: Diversión comparada con aquella de los compañeros y/o comparada con la que el niño tenía antes de estar deprimido. La segunda no es posible llevarla a cabo en episodios crónicos ya que normalmente las preferencias del niño se modifican con la edad. La severidad se determina por el número de actividades que el niño disfruta con menos intensidad, y por el grado de pérdida de la habilidad para disfrutar.

Umbral: Muchas actividades son menos placenteras o interesantes. Aburrido o apático diario o casi diario, al menos el 50% del tiempo durante estas actividades.

Duración del síntoma:

Pasado:
P () N () S ()

Duración del síntoma:

a. Pensamiento recurrentes de muerte

P N S

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?

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

P N S

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.

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.

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

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:

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).

¿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?

2 2 2 Subumbral: Presente, pero muy ambivalente
3 3 3 Umbral: Intento suicida explícito.

Duración del síntoma: (número de IS en los últimos 6 meses)

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).

¿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?

2 2 2 Subumbral: ejem., tomó 10 aspirinas, gastritis leve.
Umbral: ejem., tomó 10 benzodicepinas breve inconsciencia
3 3 3

Duración del síntoma: (número de IS en los últimos 6 meses)

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

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).

Trastorno por ansiedad generalizada/trastorno por ansiedad excesiva

1.- Preocupación no realista acerca del futuro. P N S

<i>¿Hubo algún momento en que te preocupaste demasiado por cosas que aún no habían ocurrido?</i>	0	0	0	Sin información.
<i>¿Crees que te preocupabas más que otros niños de tu edad? ¿Puedes darme algunos ejemplos? ¿Alguien te ha dicho que te preocupas demasiado? ¿Sabes por qué dicen eso?</i>	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia se preocupa de forma excesiva (al menos 3 veces por semana) por eventos que aún no han ocurrido o por el comportamiento actual.

Nota: No se califica si la única preocupación del niño es en torno a la figura parental o a una fobia simple. Solo se evalúa como positivo si el niño se preocupa por demasiadas cosas.

Umbral: La mayor parte de la semana se preocupa demasiado por al menos dos circunstancias o eventos anticipados o comportamiento actual.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2.- Quejas somáticas P N S

<i>¿Alguna vez te has enfermado con mucha frecuencia? ¿Has faltado mucho a la escuela, gimnasio o a otras actividades porque no te sentías bien? ¿Hubo algún momento en el que tenías demasiados dolores? ¿Tenías dolores de cabeza, estomacales, dolores en tus piernas o de espalda? ¿Algún otro tipo de problemas? ¿Diario? ¿De vez en cuando? ¿Cuándo se presenta _____? (mañana, tarde, fines de semana, etc) ¿Sólo en los días que vas a la escuela?</i>	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral: Síntomas/quejas ocasionales. Los síntomas /quejas se experimentan con mayor frecuencia y severidad que cualquier otro niño de su edad.
	3	3	3	Umbral: Síntomas/quejas frecuentes (más de una vez por semana o dan problemas)

Nota: No se califica si se encuentra relacionado con situaciones de separación o rechazo a la escuela.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3.- Marcada conciencia de si mismo	P	N	S	
<i>Algunos niños <u>se preocupan mucho</u> por lo que otras personas piensen de ellos? ¿Esto te ocurre a ti? ¿Ha habido momentos en los que piensas mucho lo que vas a decir, antes de hablarlo? ¿Te preocupaba que otras personas pensarán que eras tonto/estúpido o que decías cosas tontas?</i>	0	0	0	Sin información.
	1	1	1	Ausente.
	2	2	2	Subumbral:, al menos tres veces por semana una marcada conciencia de si mismo
Para adolescentes: <i>¿Algunos chavos se preocupan un buen por lo que otros piensen de ellos? ¿Tu eres así?</i>	3	3	3	Umbral: La mayor parte de la semana está marcadamente consciente de si mismo.
				Duración del síntoma: _____
				Pasado: P (___) N (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____
4. Marcados sentimientos de tensión/ incapaz para relajarse	P	N	S	
<i>¿Ha habido algún momento en que te sientas muy tenso?, que no puedas relajarte aunque lo intentes en serio. ¿Te sentías tan nervioso que no podías estar tranquilo?, ¿Te sentías excesivamente tenso, en el límite?</i>	0			sin información
	1	1	1	No está presente
	2	2	2	Subumbral: frecuentemente nervioso/ansioso (más de una vez por semana, ocasiona problemas)
	3	3	3	Umbral: La mayor parte de la semana está ansioso/nervioso.
				Duración del síntoma: _____
				Pasado: P (___) N (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____

__ Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación actual de cualquiera de los reactivos, complete la sección actual de trastorno generalizado de ansiedad del suplemento #3, trastornos de ansiedad, después de finalizar el tamizaje inicial.

__Si recibió un puntaje de 3 en la evaluación del pasado de cualquiera de los reactivos, complete la sección del pasado de trastorno generalizado de ansiedad del suplemento #3, trastornos de ansiedad, después de finaliza el tamizaje inicial

__Sin evidencia de trastorno generalizado de ansiedad.

Nota: (registre las fechas de posibles trastornos de ansiedad generalizados actuales o pasados.

Suplemento de Trastornos Afectivos K-SADS-PL-Mex

Suplemento de Depresión

1.- Falta de respuesta ante estímulos positivos por ánimo deprimido o irritable P N S

Se extiende hasta una mejoría temporal en el afecto cuando éste se encuentra asociado a eventos ambientales positivos. Para pacientes con trastorno por ansiedad de separación, diferencie entre mejoría en síntomas de ansiedad y depresivos (especialmente en pacientes hospitalizados durante la entrevista), lo cual será evaluado posteriormente. Las calificaciones toman en cuenta tanto la extensión como la duración en la mejoría del afecto.

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente: Buen respondedor a eventos ambientales, tanto en extensión como en duración de la mejoría.

2 2 2 Subumbral: Responde algo a los estímulos pero aún así se siente deprimido. El afecto mejora de forma parcial y se mantiene por más de unos cuantos minutos.

¿Si alguien tratara de animarte, lo lograría? ¿Te ha ocurrido algo bueno desde que empezaste a sentirte _____?

3 3 3 Umbral: "Picos Breves". El afecto se eleva por no más de unos cuantos minutos en respuesta a estímulos positivos, luego el ánimo baja nuevamente.

Si, ¿que fue?

No, ¿estás seguro?

¿Algo un poco bueno? ¿Esto hizo que te sintieras un poco mejor?

Duración del síntoma:

Si, ¿qué tan bien te sentías? ¿Te sentías feliz? ¿Te reías por algo? ¿Cuando te sentías peor, alguna vez este sentimiento se fue? ¿Cuando tenías tu mente en otras cosas o cuando algo bueno ocurría, el sentimiento se iba? ¿Se iba todo el sentimiento? ¿Qué hacía que el sentimiento se fuera? (ejem., ¿cuando jugabas con otros niños?) ¿Cuánto duraba el sentimiento de felicidad? ¿Minutos? ¿Horas? ¿Todo el día? ¿Te sentías mal sin importar lo que estuviera pasando?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2.- Calidad del ánimo disfórico diferente a la pena P N S

Se extiende hasta los sentimientos subjetivos de depresión que siente el niño los cuales son 0 0 0 Sin información o incapaz de entender la pregunta. cualitativamente diferentes de la clase de sentimientos que debería sentir tras la muerte de alguien a quien quería, una mascota o por la soledad o por el sentimiento de perder a alguien en una experiencia de separación (más común en la vida del niño). De ser posible, obtenga una evaluación inicial para hacer una comparación de los sentimientos de ausencia, pena, o soledad durante el período en el que el niño no estaba deprimido.

Ausente: Sin diferencia o sólo más severo.

1 1 1

Subumbral: Cuestionable o sólo una diferencia mínima.

2 2 2

Umbral: Definitivamente diferente.

NOTA: El padre sólo puede reportar este reactivo si el niño ha manifestado esto de forma espontánea previamente.

3 3 3

Duración del síntoma:

¿Este sentimiento es diferente al que tuviste cuando algún amigo se mudó, o cuando alguno de tus padres salió de la ciudad por algún tiempo? ¿Es como “extrañar a alguien” o un sentimiento de “soledad”? ¿Cómo es diferente? ¿Alguien cercano a ti ha muerto? ¿Una mascota? ¿El sentimiento que tienes ahora de estar (triste, deprimido) es diferente al sentimiento que tuviste después de que _____murió?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3.- Variación diurna del afecto

P N S

Peor por la Mañana

Al menos durante una semana hubo una fluctuación persistente del afecto (deprimido o irritable) en la primera o segunda mitad del día. Califique a pesar de los cambios regulares del ambiente. No califique positivo si el sentimiento empeora sólo cuando el niño se va a dormir, cuando va a la escuela u otros momentos de separación. El peor período debe tener una duración de al menos 2 horas. Pregunte acerca de fines de semana. Asegúrese que el empeoramiento se refiera a un ánimo disfórico y no a los efectos de la ansiedad o del medio ambiente.

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente: No es peor en las mañanas o es variable o no está deprimido por las mañanas
- 2 2 2 Subumbral: Empeoramiento mínimo o cuestionable o por menos de dos horas.
- 3 3 3 Umbral: Empeoramiento notable por al menos 2 horas.

Duración del síntoma:

¿Te sientes más _____ en las mañanas cuando te despiertas, o en las tardes o por las noches? ¿Te sientes mucho peor o sólo un poco mal? ¿Cuánto dura? ¿Ocurre cuando llegas de la escuela, después de cenar? ¿Cuándo te empiezas a sentir mejor?

Pasado: P (___) N(___) S (___)

Duración del síntoma:

¿Qué tan peor? ¿Cuando te sientes peor, es un sentimiento diferente o es el mismo sentimiento aumentado?

Peor por las Tardes y/o Noches

(Utilice eventos regulares como base: almuerzo, la segunda clase de la mañana, programas de TV, después de cenar, etc.)

- 0 0 0 Sin información
- 1 1 1 Ausente: No se encuentra peor por las noches o es variable o sin afecto deprimido.
- 2 2 2 Subumbral: Empeoramiento mínimo o cuestionable o por menos de 2 horas.
- 3 3 3 Umbral: Empeoramiento notable por al menos 2 horas.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

4.- Alteraciones del dormir

Los trastornos del dormir incluyen la dificultad inicial, media y terminal para conciliar o mantenerse dormido. No califique si el niño no siente la necesidad de dormir. Tome en cuenta el número de horas estimadas que el niño duerme y la experiencia subjetiva de pérdida del dormir.

Normalmente un niño de 6-8 años debe dormir aproximadamente 10 horas +/- una hora. Entre 9-12 años - 9 horas +/- una hora. Entre 12-16 años - 8 horas +/- 1 hora.

a.- Insomnio inicial

P N S

¿Tienes problemas para quedarte dormido? ¿Cuánto tiempo tardas en quedarte dormido?

0 0 0 Sin información.
 1 1 1 Ausente
 2 2 2 Subumbral: Menos de 2 horas la mayoría de las noches.

Umbral: Dos horas o más la mayoría de las noches.

3 3 3

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- Insomnio intermedio

P N S

¿Te despiertas a la mitad de la noche? ¿Cuántas veces? ¿Cuánto tiempo tardas en volverte a dormir?

0 0 0 Sin información
 1 1 1 Ausente
 2 2 2 Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.

3 3 3 Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

c.- Insomnio Terminal

P N S

¿Cuando te sientes triste, a que hora te despiertas por las mañanas? ¿Te despiertas antes de lo que deberías?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Menos de 30 minutos la mayoría de las noches.

3 3 3 Umbral: Más de 30 minutos la mayoría de las noches.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

d.- Ciclo circadiano invertido

P N S

¿Cuando te sientes deprimido, duermes a distintas horas de lo usual? ¿En ocasiones estás despierto hasta tarde, como a las 4:00 a.m., y luego duermes al día siguiente hasta la tarde?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Menos de 1 día por semana.

3 3 3 Umbral: Más de un día por semana.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

e.- Sueño no reparador	P	N	S	
<i>¿Te sientes descansado cuando te despiertas?</i>	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Experiencia subjetiva de haber dormido poco y dificultad para levantarse. Efecto mínimo o nulo en el funcionamiento una vez ya levantado.
	3	3	3	Umbral: Sentimiento subjetivo de cansancio junto con dificultad para levantarse y que provoca un sentimiento de flojera que persiste sólo una parte del día.
				Duración del síntoma: _____
				Pasado: P (___) N (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____
f.- Hipersomnia	P	N	S	
No califique positivo si el tiempo de dormir en el día más el de la noche equivale al tiempo normal de dormir (siestas compensatorias)	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente: O necesita dormir menos de lo usual
Aumento de la necesidad de dormir, dormir más de lo usual. Investigue acerca de hipersomnia aunque el insomnio se haya calificado 3. Duerme más de lo usual en un período de 24 horas.	2	2	2	Subumbral: Duerme al menos 1 hora más de lo usual varias veces por semana.
<i>¿Estás durmiendo más de lo usual? ¿Te vuelves a dormir después de que te despiertas en las mañanas? ¿Cuándo empezaste a dormir más de lo usual? ¿Antes tomabas siestas? ¿Cuántas horas dormías antes de que empezaras a sentirte triste?</i>	3	3	3	Umbral: Duerme al menos 2 horas más de lo usual varias veces por semana.
				Duración del síntoma: _____
Los padres pueden referir que si no despertaran al niño, regularmente él podría dormir > 11-12 horas y que actualmente lo hace, cada vez que está solo. Esto recibe un puntaje de 3.				
				Pasado: P (___) N (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____

5.- Fatiga, falta de energía y cansancio

P C S

Esto es un sentimiento subjetivo (**No confundir con la falta de interés**) (Evalúe la presencia aunque el sujeto sienta que es secundario al insomnio).

0 0 0 Sin información.

1 1 1 No del todo o más energía de lo usual.

¿Te has sentido cansado? ¿Con qué frecuencia?

¿Te sientes cansado todo el tiempo? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Parte del tiempo? ¿Ahora y antes? ¿Cuándo empezaste a sentirte tan cansado? ¿Fue después de que empezaste a sentirte _____? ¿Tomas siestas porque te sientes cansado? ¿Qué tanto? ¿Tienes que descansar? ¿Sientes tus brazos y piernas pesadas? ¿Te es difícil hacer algo?¿Mover tus piernas? ¿Te sientes así todo el tiempo?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente más cansado o con menos energía de lo usual.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se siente cansado y sin energía. Tiene que descansar (no dormir) durante el día.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

6.- Alteraciones cognoscitivas

P N S

a.- Concentración, falta de atención o lentitud del pensamiento

(La información de la escuela puede ser crucial para la evaluación de este reactivo)

0 0 0 Sin información

*Quejas (o evidencia del maestro) de habilidad disminuida para pensar o concentrarse que no estaba presente en el mismo grado antes del inicio del episodio. **Distinga de la falta de interés o motivación. (No incluya si se encuentra asociado con un trastorno formal del pensamiento)***

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Consciente de su falta de atención pero no causa dificultades más que el esforzarse más en el trabajo escolar.

¿Sabes lo que significa concentrarse? Algunos niños tienen muchos problemas para concentrarse. Por ejemplo, tienen que leer una página de un libro y no pueden tener su mente en ello por lo que se tardan mucho en hacerlo o no lo pueden hacer, no pueden poner atención.

3 3 3 Umbral: Interfiere con el trabajo escolar. olvidadizo.

Duración del síntoma:

¿Has tenido esta clase de problemas? ¿Cuándo comenzó? ¿Tu pensamiento es más lento? ¿Si te esfuerzas mucho puedes concentrarte? ¿Te toma más tiempo hacer tu tarea? ¿Cuando tratas de concentrarte en algo, tu mente se distrae con otros pensamientos? ¿Puedes poner atención en la escuela? ¿Puedes poner atención cuando quieres hacer algo que te gusta? ¿Se te olvidan demasiado las cosas? ¿A qué cosas le puedes poner atención? ¿No te puedes concentrar? o ¿son cosas que no te interesan o no te importan? ¿Tenías antes este problema? ¿Cuándo comenzó?

Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit de atención, no califique positivo, a menos que los problemas para concentrarse empeoren y que esté asociado con el inicio del ánimo deprimido.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- Indecisión

P N S

¿Cuando te sentías triste, se te dificultaba tomar decisiones? ¿Como darte cuenta que el recreo había terminado antes de que pudieras decidir que era lo que querías hacer?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente. |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Dificultad para tomar decisiones, con un efecto moderado en el funcionamiento. |
| | | | Umbral: Dificultad para tomar decisiones. Con un |
| 3 | 3 | 3 | efecto moderado a severo en el funcionamiento |

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

7.- **Apetito / Peso**

P N S

a.- **Apetito disminuido**

0 0 0 Sin información.

Compare el apetito con el usual o con el de los compañeros si el episodio es de mayor duración. Asegúrese de diferenciar entre la disminución de comida ingerida debido a una dieta o por pérdida de apetito.

1 1 1 No del todo - normal o incrementado.

2 2 2 Subumbral: Disminución del apetito diario o casi diario (ejem.. botanas regulares no son consumidas).

Sólo evalúe la pérdida del apetito.

¿Cómo está tu apetito? ¿Con frecuencia sientes hambre? ¿Comes más o menos que antes? ¿Dejas comida en el plato? ¿Cuándo comenzaste a perder tu apetito? ¿En ocasiones te tienes que forzar a comer? ¿Cuándo fue la última vez que te sentiste hambriento? ¿Estás haciendo dieta? ¿Qué clase de dieta?

3 3 3 Umbral: Disminución moderada en el apetito diario o casi diario (ejem., come menos de lo usual, deja de hacer algunas comidas).

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- **Pérdida de Peso**

P N S

Pérdida total del peso normal desde el inicio del episodio (o un máximo de 12 meses). Asegúrese de que no ha estado a dieta. En la evaluación de la pérdida de peso es preferible obtener el peso de registros médicos anteriores o por el pediatra del niño. Si el niño tiene entre 5-11 años de edad y no ha subido aproximadamente 1.5 kg. en un período de 6 meses, se considera como pérdida de peso. Los agrupamientos son: Debajo del tercer percentil: entre 3-10, 10-25, 25-50, 50-75, 75-90, 90-97, y por encima del percentil 97. Evalúe este reactivo aunque posteriormente el niño haya subido de peso o tenga sobrepeso. De ser posible, verifique el peso en el momento de la entrevista.

0 0 0 Sin información

1 1 1 Sin pérdida de peso (se mantiene en el mismo grupo de percentil).

2 2 2 Subumbral: Pérdida del 3-4% del peso o menos.

3 3 3 Umbral: Pérdida del 5% o más.

¿Has perdido peso desde que te empezaste a sentir triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Te queda grande tu ropa? ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron? ¿Cuánto pesabas entonces? ¿Y ahora? (pese al niño).

Duración del síntoma:

NOTA: No califica positivo si el niño padece anorexia.

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

c.- Aumento de apetito

P N S

Comparado con el usual. Investigue acerca de este reactivo aunque los reactivos de anorexia y/o pérdida de peso hayan recibido una puntuación de 2-3.

0 0 0 Sin información
1 1 1 No del todo - normal o disminuido.

¿Has estado comiendo más que antes? ¿Desde cuándo? ¿Te sientes con hambre todo el tiempo? ¿Te sientes así todo el día? ¿Comes menos de lo que te gustaría comer? ¿Por qué? ¿Tienes antojo de dulces? ¿Qué cosas comes demasiado?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones come entre comidas más de lo usual, o sus comidas son más abundantes.
Umbral: La mayoría de los días come entre comidas mucho más de lo usual o sus comidas son mayores en cantidad.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

d.- Aumento de Peso

P N S

Aumento en el peso comparado con el usual durante el presente episodio (o el máximo de los últimos 12 meses) No incluye el aumento de peso que anteriormente había perdido o el aumento de peso de acuerdo al percentil usual del niño.

0 0 0 Sin información.
1 1 1 Sin aumento de peso (se mantiene dentro del mismo percentil).

¿Has subido de peso desde que empezaste a sentirte triste? ¿Cómo lo sabes? ¿Has tenido que comprar ropa porque la que tenías ya no te quedaba? ¿Cuánto pesabas la última vez que te pesaron? ¿Cuándo fue la última vez que te pesaron?

2 2 2 Subumbral: Ha subido del 3-4% o menos.
Umbral: Ha subido 5% o más.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

8.- Alteraciones Psicomotoras

a.- Agitación

P N S

Incluye la incapacidad para estar quieto, movimientos continuos, inquietud, movimientos repetitivos de labios o dedos, torcer las manos, jalarse la ropa y hablar demasiado. Para que se califique positivo, tales actividades deben presentarse **mientras el sujeto se siente deprimido, no asociado a un síndrome de manía**, y no limitado a períodos aislados cuando se discuten temas molestos. **No se incluyen los sentimientos subjetivos de tensión o inquietud** que con frecuencia son llamados agitación. Tome en cuenta sus observaciones durante la entrevista, lo reportado por el niño y lo reportado por el padre en cuanto al comportamiento del niño durante el episodio.

0	0	0	Sin información
1	1	1	No del todo, retardado o asociado con un síndrome maníaco.
2	2	2	Subumbral: En ocasiones incapaz para estar quieto en una silla, se mueve o se jala y/o frota.
3	3	3	Umbral: Con frecuencia no puede permanecer sentado en clase, se mueve continuamente, etc., casi siempre se muestra perturbado.

¿Desde que te sientes triste, hay momentos en los que no puedes estar quieto, o tienes que estar moviéndote y no puedes parar? ¿Caminas de arriba a abajo? ¿Tuerces tus manos? (Demostrar) ¿Jalas tu ropa, cabello, piel u otras cosas? ¿La gente te dice que no hables tanto? ¿Hacías esto antes de que te empezaras a sentir (triste)? ¿Cuando haces estas cosas, es porque te sientes triste o porque te sientes con mucho ánimo o grandioso? ¿Si alguien te hubiera filmado mientras desayunabas y hablabas con tu (mamá) y lo hubieran hecho antes de que te (deprimieras) y lo volvieran hacer estando (deprimido), podrías ver alguna diferencia? ¿Cuál sería? ¿Qué es lo que yo vería? Prueba: ¿Te tomaría más tiempo antes o mientras estás (deprimido)? ¿Un poco más? ¿Mucho más? ¿Si yo viera un vídeo o escuchara una cinta de su hijo mientras estaba deprimido y otra cuando no estaba deprimido, podría decir si hay alguna diferencia?

Si, ¿Qué es lo que vería o escucharía diferente?

Asegúrese de que la referencia no sea en torno al contenido del lenguaje o actos o expresión facial. Se refiere sólo a la velocidad y ritmo.

Nota: Si el niño tiene un trastorno por déficit de atención, no califique como positivo el reactivo de agitación psicomotora a menos de que exista un empeoramiento en la agitación que corresponda con el inicio del ánimo deprimido.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b. Retardo psicomotor

P N S

Enlentecimiento visible y generalizado del movimiento físico, reacciones y lenguaje. Incluye latencias en el lenguaje.

0 0 0 Sin información.

Asegúrese de que el enlentecimiento se presenta en la actualidad y que no es tan solo un sentimiento subjetivo. Para la calificación del reactivo tome en cuenta sus observaciones durante la entrevista, lo reportado por el niño y sus padres acerca del comportamiento del niño durante el episodio.

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: La conversación es notablemente retardada pero no deformada, y/o movimiento corporal lento.

¿Desde que empezaste a sentirte (triste) has notado que no te puedes mover tan rápido como antes? ¿Has notado que se te dificulta empezar a hablar? ¿Ha disminuido la velocidad de tu lenguaje? ¿Hablas mucho menos que antes? ¿Desde que empezaste a sentirte triste, sientes que te mueves como en cámara lenta? ¿Otras personas lo han notado?

3 3 3 Umbral: Le es difícil mantener la conversación, y/o sus movimientos son muy lentos.

Duración del síntoma:

¿Si alguien tomara un vídeo mientras estabas comiendo o hablando con tu (mamá), y tomaran ese mismo vídeo antes de que estuvieras (deprimido) y cuando estás deprimido podría ver alguna diferencia? ¿Que sería? ¿Qué es lo que vería? ¿Qué es lo que escucharía?

Prueba: ¿Tomaría más tiempo antes o cuando estabas deprimido? ¿Un poco más? ¿Mucho más?

¿Si viera un vídeo o escuchara alguna cinta de su hijo en casa mientras está deprimido y otra cuando no estaba deprimido, podría yo identificar la diferencia? Si, ¿qué es lo que vería (escucharía) diferente?

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

9.- Percepciones de sí mismo

a. Autodesprecio/imagen negativa de sí mismo

P N S

Incluye sentimientos de inadecuación, inferioridad, fallas y autodevaluación, depreciación, menosprecio.

0 0 0 Sin información

Evalúe sin hacer caso de qué tan “realista” es la evaluación negativa de sí mismo.

1 1 1 No del todo

¿Cómo te sientes acerca de ti mismo? ¿Te gusta cómo eres? ¿Por qué o ¿Por qué no? ¿Piensas que eres bonito o feo? ¿Piensas que eres brillante o tonto? ¿Te gusta tu personalidad o te gustaría ser diferente? ¿Con qué frecuencia te sientes así?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente inadecuado o le gustaría cambiar un aspecto de sí mismo (ejem., imagen, inteligencia o personalidad). Es capaz de identificar algunos atributos positivos de sí mismo.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se siente inadecuado o le gustaría cambiar 2 o más aspectos de sí mismo (ejem., imagen, inteligencia o personalidad).

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

b.- Culpa excesiva o inadecuada

P N S

Investigue acerca del autoreproche, por cosas hechas o no hechas, incluyendo delirios de culpa. Evalúe de acuerdo a la proporción entre la intensidad de los sentimientos de culpa o la severidad del castigo que el niño piensa que merece y las fechorías actuales.

0 0 0 Sin información

1 1 1 No del todo.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se siente muy culpable por acciones del pasados, significando que el niño exagera y que la mayoría de los niños ya hubieran olvidado.

Cuando las personas dicen o hacen cosas buenas, usualmente se sienten bien, y cuando dicen o hacen cosas malas se sienten mal . ¿Te sientes mal por cosas que has hecho? ¿Qué hiciste? ¿Con qué frecuencia piensas en eso? ¿Cuándo haces eso? ¿Qué significa que te sientas culpable por algo? ¿Cuánto tiempo te sientas así? ¿La mayor parte del tiempo? ¿Mucho tiempo? ¿Poco tiempo? ¿No del todo?

3 3 3

Umbral: Con frecuencia siente culpa que no puede explicar o por cosas que objetivamente no son su culpa. (excepto sentirse culpable por la separación de los padres y/o divorcio el cual es normativo y no recae en él a una evaluación positiva de culpa en el reactivo, excepto si ésta persiste después de repetidas pláticas con los padres).

¿De qué cosas te sientes culpable? ¿Te sientes culpable por cosas que no has hecho? ¿O que no son tu culpa? ¿Te sientes culpable por cosas que tus padres u otras personas hacen? ¿Sientes que tú provocas cosas malas? ¿Piensas que debes ser castigado por eso? ¿Qué castigo mereces? ¿Te gustaría ser castigado? ¿Qué es lo que hacen tus padres para castigarte? ¿Piensas que es suficiente?

Duración del síntoma:

Para muchos niños es mejor dar un ejemplo concreto

como: *“Te voy a platicar acerca de tres niños y me vas a decir a cuál te pareces más. El primero es un niño que hace algo malo y se siente mal por haberlo hecho, va y se disculpa con la persona, las disculpas son aceptadas y se olvida lo que ocurrió. El segundo niño es como el primero pero después de que las disculpas fueron aceptadas, no puede olvidar lo que hizo y sigue sintiéndose mal por una o dos semanas. El tercer niño que no hizo algo muy grave, se siente culpable incluso por cosas que en realidad no eran su culpa como... ¿Cuál de estos tres niños es como tú? Es útil que se ratifique la comprensión del niño a las preguntas pidiéndole que dé un ejemplo, como la última vez que se sintió culpable “como el niño de la historia”.*

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

10.- Desesperanza, vulnerabilidad, desánimo y pesimismo P N S

Visión negativa hacia el futuro, con respecto a su vida y problemas actuales. Este reactivo se refiere al contenido de las ideas y no a los sentimientos.

0 0 0 Sin información

1 1 1 No se muestra tan desanimado con respecto al futuro.

¿Qué piensas que te va a pasar? ¿Piensas que vas a estar mejor? ¿Un poco mejor? ¿Crees que podemos ayudarte? ¿Cómo? ¿Crees que alguien te puede ayudar? ¿Quién? ¿Cómo? ¿Qué te gustaría hacer (ser) cuando seas grande? ¿Crees que la vas a hacer? ¿Por qué no? ¿Te has rendido? ¿Has sentido que tu muerte está cerca? ¿Has sentido que el mundo está cerca de terminar? ¿Piensas que vas a sufrir para siempre? ¿Con qué frecuencia te sientes así? ¿Estás seguro de que no hay esperanza para ti? ¿Cómo lo sabes? ¿Puede haber una pequeña esperanza para ti?

2 2 2

Subumbral: Sentimientos transitorios de desánimo moderado a severo con respecto al futuro.

3 3 3

Umbral: Con frecuencia se siente pesimista con respecto al futuro. Las expectativas a futuro aparecen oscuras.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

11.- Sensibilidad al rechazo P N S

¿Te sientes desanimado cuando un amigo te dice que te va a hablar y no lo hace? ¿Cuánto tiempo te sientes así? ¿Si te peleas con tu mamá y piensas que ella está enojada contigo, hace que te derrumbes? ¿Cuánto dura este sentimiento? ¿Qué tan malo es? ¿Hay veces en que tus amigos o alguien de tu familia te ignora y te deja? ¿Qué pasa? ¿Hace que te desanimas?

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2

Subumbral: El niño experimenta breves períodos transitorios de rechazo que precipitan disforia. La disminución en el ánimo no persiste por más de un día y no se encuentra asociado con severa sintomatología depresiva (ejem.. tendencias suicidas).

3 3 3

Umbral: El rechazo que precipita disforia persiste por varios días o se asocia con sintomatología depresiva severa (ejem.. tendencias suicidas).

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Códigos: 0=sin información, 1=no, 2=si

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
Otros Criterios						
1.- Evidencia de un precipitante						
(Especifique):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

2.- Los Síntomas se presentan o empeoran con el período menstrual						
(Para mujeres adolescentes): <i>¿Has encontrado alguna relación entre tu ciclo menstrual y tu ánimo? ¿Te deprimas cada mes justo antes o después de que empezaste tu período?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
3.- Deterioro						
a. Social (con compañeros):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

b. Familiar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

c. Escolar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

**4.- Evidencia de EDM
(DSM-III-R / DSM-IV)**

1.- Cumple los criterios (puntuación 3) de al menos 5 síntomas depresivos que se encuentran presentes durante el mismo período de dos semanas, incluyendo un síntoma de los reactivos (ejem., animo deprimido, animo irritable, o anhedonia), además de desesperanza/culpa, alteraciones del sueño, fatiga, concentración / indecisión, cambio en apetito / peso, alteraciones psicomotoras, o pensamientos recurrentes de muerte / suicidio; y

2. Se ha descartado etiología orgánica (farmacológica) ;

3. La depresión no es una reacción normal ante la pérdida de un ser querido (VER DSM-III-R);

4.- En ningún momento se han presentado delirios o alucinaciones por al menos dos semanas en la ausencia de prominentes síntomas afectivos; y

5.- No cumple los criterios para esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme

**Sumario
EA**

0 1 2

**Sumario
EMSP**

0 1 2

5.- Cumple los Criterios para Depresión melancólica

a.- Criterios del DSM-III-R

Cumple los criterios para EDM, y al menos 5 de los siguientes rasgos están presentes: anhedonia, falta de reactividad emocional, depresión más severa en la mañana, insomnio terminal (2 horas o más), anorexia o pérdida de peso, antecedentes de un episodio previo seguido de una completa recuperación, adecuada respuesta previa a terapia antidepresiva, alteraciones no significativas de la personalidad anteriores al primer episodio de depresión.

0 1 2 0 1 2

b.- Criterios del DSM-IV

Cumple los criterios para EDM, presenta disminución de placer en todas o casi todas las actividades o disminución de reactividad. Además, 3 de los siguientes: diferente calidad del ánimo deprimido (el ánimo difiere del sentimiento experimentado después de la muerte o pérdida de alguien querido); depresión más severa por las mañanas, insomnio terminal (2 horas o más), alteraciones psicomotoras; anorexia o pérdida de peso; o culpa.

0 1 2 0 1 2

6.- Evidencia de un patrón estacional

Existe una relación temporal regular entre el inicio del episodio Recurrente de Depresión Mayor (o Trastorno Depresivo NE) y un período particular de 60 días del año (ejem.. aparición regular de la depresión entre los primeros días de octubre y finales de noviembre). **No incluye los casos en que existe un efecto obvio de la estación del año relacionada con un estresor psicosocial.**

0 1 2 0 1 2

7.- Evidencia de depresión atípica

Cumple los criterios para EDM, Distimia, o Trastorno Depresivo NE, con ánimo depresivo en respuesta a eventos positivos, y 2 de las siguientes características están presentes: hipersomnias, extrema inercia corporal/ sensación de pesantez, aumento del apetito o aumento de peso, y sensibilidad al rechazo.

0	1	2	0	1	2
----------	----------	----------	----------	----------	----------

8.- Evidencia de EDM con rasgos psicóticos

1.- Cumple los criterios para EDM y
 2.- en algún momento durante el episodio de DM, el sujeto de forma concurrente presenta delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida de asociaciones, comportamiento catatónico o afecto aplanado o inapropiado; y
 3.- los síntomas psicóticos sólo están presentes durante el episodio de DM.

0	1	2	0	1	2
----------	----------	----------	----------	----------	----------

9.-Evidencia de trastorno esquizoafectivo del tipo depresivo

1.- Cumple los criterios para EDM y;
 2.- en algún momento durante el episodio de DM, el sujeto de forma concurrente presenta delirios, alucinaciones, incoherencia, pérdida de asociaciones, comportamiento catatónico o afecto aplanado o inapropiado; y
 3.- en algún momento del episodio, han existido delirios o alucinaciones por al menos dos semanas en la ausencia de síntomas afectivos prominentes.

0	1	2	0	1	2
----------	----------	----------	----------	----------	----------

10.- Evidencia de Distimia

El ánimo deprimido (o irritable) se presenta más días que los que no, por al menos un año, además de dos de los siguientes síntomas adicionales durante el período: alteraciones en el apetito, alteraciones del sueño, fatiga, baja autoestima, pobre concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. No existe evidencia de EDM durante el primer año de la alteración, sin antecedentes de episodios maníacos o episodios hipomaníacos, no está sobrepuesto a un trastorno psicótico crónico y no existe evidencia de etiología orgánica

0 1 2**0 1 2****11.- Distimia - tipo primario**

Las alteraciones del ánimo no se encuentran relacionadas a un trastorno preexistente, crónico del Eje I que no sea un trastorno afectivo (ejem.. anorexia, Trastorno de Ansiedad Excesiva) o un trastorno del Eje III.

0 1 2**0 1 2****12.- Distimia - tipo secundario**

Las alteraciones del ánimo aparentemente se encuentran relacionadas a un trastorno preexistente, crónico del Eje I o Eje III.

0 1 2**0 1 2****13.- Evidencia de un trastorno depresivo NE**

Trastornos con rasgos depresivos que no cumplen los criterios de cualquier trastorno específico del ánimo o Trastorno de Ajuste con ánimo deprimido (ejem., trastorno recurrente con depresión leve que no cumple los criterios para Distimia, episodios depresivos no relacionados a estrés que no cumplen los criterios para EDM).

0 1 2**0 1 2**

14.- Evidencia de trastorno de ajuste (adaptativo) con ánimo deprimido

1.- Reacción debida a un estresor psicosocial identificable (o múltiples estresores) que se presenta en los tres meses siguientes a la presencia del estresor.

0 1 2

2.- Evidencia de un deterioro o síntomas excesivos en respuesta a una reacción normal o esperable a un estresor.

0 1 2

3.- Presencia de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para cualquier trastorno mental específico y que no representa un duelo complicado.

4.- Duración menor de 6 meses.

Suplemento de Trastornos de Ansiedad K-SADS-PL-Mex

Suplemento de trastornos de pánico

Te voy a preguntar un poco más de esos sentimientos de nerviosismo o miedo. ¿Cuándo los tenías.....

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
Criterios:						
0 = Sin información.						
1 = Ausente.						
2 = En ocasiones se presenta durante un ataque.						
3 = Siempre o casi siempre se presenta durante un ataque.						
1.- Dificultad para respirar (disnea)						
<i>¿Sientes que no puedes respirar? ¿Se te dificulta jalar suficiente aire?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2.- Mareos (vértigo) / desmayos						
<i>¿Te sientes mareado, como si las cosas giraran a tu alrededor? ¿Sientes que te puedes caer o perder el equilibrio? ¿Te sientes débil? ¿Como si te pudieras desmayar? ¿Caerte?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3.- Palpitaciones						
<i>¿Tu corazón latía demasiado fuerte o rápido? ¿Podrías sentirlo?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4.- Temblores						
<i>¿Tiemblas o te sacudes? ¿Como si no pudieras detener un vaso con agua? ¿Tiemblas todo el tiempo?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5.- Sudoración						
<i>¿Sudas? ¿Tu manos, cara cuello se sienten húmedos?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6.- Sofocación						
<i>¿Sientes que te sofocas? ¿O que algo está alrededor de tu cuello que impide que puedas respirar?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7.- Náusea						
<i>¿Te duele el estómago? ¿Sientes que vas a vomitar?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

8.- Despersonalización/ desrealización						
<i>¿Sientes que las cosas a tu alrededor no son reales o como si estuvieras en una película? ¿Sientes como si estuvieras en un sueño? ¿O como si estuvieras fuera de tu cuerpo?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9.- Entumecimiento						
<i>¿Se te entumen las manos o pies? ¿Como si hubiera agujas o como si no pudieras sentirlos?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10.- Bochornos o calofríos (escalofríos)						
<i>¿De repente sientes bochornos o escalofríos?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
11.- Dolores de Pecho						
<i>¿Te duele el pecho? ¿O sientes como si algo te apretara el pecho?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
12.- Temor a Morir						
<i>¿Cuando tienes estos ataques, tienes miedo a morir?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
13.- Temor a Perder el Control						
<i>¿Tenías miedo de volverte loco o de que pudieras hacer algo loco o algo que no quisieras hacer?</i>	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Códigos para los Reactivos Restantes:	Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
0 = Sin información 1 = No 2 = Si							
14.- Estímulos específicos	Los ataques no solo se presentan antes o durante la exposición a una situación específica u objeto.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	<i>¿Los ataques sólo se presentan en una situación específica? ¿Cuál?</i>						
15.- Ataques no anticipados	Al menos un ataque inesperado; no se presenta inmediatamente antes o después de una situación que siempre provoca ansiedad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	<i>¿Cuando tienes un ataque, ocurre algo que lo provoca o sientes como si llegara sin razón alguna? ¿Que estabas haciendo la primera vez que tuviste uno de estos ataques?</i>						
16.- Criterios mínimos de síntomas	Al menos un ataque con 4 síntomas	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	<i>¿Has tenido un ataque en donde tenías todos estos sentimientos que me describiste (liste los síntomas que refiera el niño)? ¿Qué me puedes platicar acerca de tu primer ataque?</i>						

	Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
17.- Frecuencia de los ataques							
	Cuatro ataques en un período de 4 semanas	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	<i>¿Cuál es el mayor número de ataques que has tenido en un mes?</i>						
	<i>¿Con qué frecuencia has tenido estos sentimientos de miedo?</i>						
	Registre el máximo número de ataques en un mes	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Registre el número de ataques en la semana pasada.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
18.- Temor a tener otro ataque							
	Uno o más ataques seguidos de al menos un mes de temor persistente a tener otro ataque.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	<i>¿Después de que esto ocurrió, te has preocupado o temes que vuelva a pasar? ¿Qué tanto piensas sobre esto? ¿Por cuánto tiempo (días, semanas, meses)?</i>						
19.- Inicio de los ataques							
	Durante al menos un ataque, 4 síntomas se desarrollaron de forma repentina, haciéndose más intensos en los 10 minutos siguientes.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	<i>¿Cuánto tiempo tarda desde que empiezas a tener estos sentimientos de miedo a cuando están peor? (liste síntomas positivos)</i>						
	<i>¿Generalmente cuántos minutos?</i>						
20.- Agorafobia							
	Restricción al viajar o requiere de compañía cuando está fuera de casa debido al miedo de tener una ansiedad extrema al estar fuera .	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	<i>¿Desde que empezaste a tener estos ataques, has estado más tiempo en casa? ¿Has evitado estar en multitudes, estar solo fuera de tu casa o viajar? ¿Has empezado a dejar estas cosas porque tienes miedo de tener un ataque?</i>						
	<i>¿Cuando sales, sientes mucho miedo al pensar lo que podría pasar si tienes un ataque?</i>						

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
21. Deterioro						
a.- Social: (con compañeros):	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
b.- Familiar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
c.- Escolar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Sumario EA	Sumario EMSP
22.- Evidencia de Trastorno de Pánico sin Agorafobia		
a.- Criterios del DSM-III-R		
1.- Al menos un ataque no anticipado;	0 1 2	0 1 2
2.- Ya sea 4 ataques en un período de 4 semanas o un ataque seguido de al menos un mes de miedo persistente de tener otro ataque;		
3.- Al menos 4 de los síntomas contenidos en el suplemento de reactivos del 1 al 13 de forma conjunta durante al menos uno de los ataques (ejem., dificultad para respirar, mareos, palpitaciones, temblores, sudoración, sofocación; náusea; despersonalización o desrealización, entumecimiento, bochornos o escalofríos; dolores de pecho, temor a morir; temor a perder el control);		
4.- Al menos algunos ataques se desarrollan de forma repentina y su intensidad se incrementa en los 10 minutos siguientes; y		
5.- Etiología orgánica no identificada		

	Sumario EA			Sumario EMSP		
b.- Criterios del DSM-IV						
1.- Recurrentes ataques inesperados con al menos un ataque con 4 síntomas asociados;	0	1	2	0	1	2
2.- Al menos un ataque ha sido seguido por un mes o más de: preocupación persistente de tener otro ataque; preocupación por las implicaciones o consecuencias del ataque (ejem., perder el control, tener un ataque cardíaco); o un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques;						
3.- Al menos algunos ataques se desarrollan de forma repentina y su intensidad se incrementa en los 10 minutos siguientes;						
4.- Los ataques de pánico no son producto de una etiología orgánica o farmacológica; y						
5.- Los ataques de pánico no se encuentran relacionados con otro trastorno mental (ejem., TPSP, fobia social, trastorno de ansiedad por separación).						
23.- Evidencia de ataques de síntomas limitados						
Los mismos criterios del DSM-III-R para Trastorno de Pánico excepto que todos los ataques involucran menos de 4 síntomas.	0	1	2	0	1	2

Nota: Revisar para los criterios diagnóstico de crisis de angustia con agorafobia.

Suplemento de trastorno de ansiedad generalizada

1.- Preocupación por lo adecuado del comportamiento pasado P N S

<i>¿Piensa mucho en las cosas que ya pasaron? Por ejemplo ¿te preocupas de haber dado la respuesta correcta en la escuela? ¿Después de que hablas con tus amigos, te preguntas si dijiste las cosas correctas?</i>	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia se preocupa de forma excesiva (al menos 1 vez por semana) por eventos/comportamientos pasados .
	3	3	3	Umbral: La mayoría de los días dela semana se encuentra excesivamente preocupado por eventos / comportamientos pasados.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

2.- Preocupación excesiva por la competencia P N S

<i>¿Es muy importante para ti el ser bueno en todo lo que hagas? ¿Te preocupas si no sabes algunas preguntas del examen aunque obtengas una buena calificación? ¿Te preocupas demasiado por como haces deportes o por como haces otras cosas? ¿Piensas demasiado en los errores que cometes?</i>	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia se preocupa (al menos 3 veces por semana) por la competencia en al menos dos áreas.
	3	3	3	Umbral: La mayoría de los días de la semana se preocupa de forma excesiva por la competencia en diversas áreas.

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

3.- Excesiva necesidad de reconfirmar P N S

¿Con qué frecuencia le preguntas a tus padres /maestros si lo que estás haciendo está bien?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | Sin información |
| 1 | 1 | 1 | Ausente |
| 2 | 2 | 2 | Subumbral: Con frecuencia (al menos 1 vez por semana).necesita reconfirma |
| 3 | 3 | 3 | Umbral: La mayoría de los días de la semana requiere reconfirmar |

Duración del síntoma:

Pasado: P (___) N (___) S (___)

Duración del síntoma:

Códigos: 0=sin información, 1=no, 2=si

	Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
4.- Capacidad para controlar su Preocupación							
	<i>Conoces las cosas que me has dicho te preocupan (ejem., liste los reactivos puntuados como positivo), ¿puedes sacar de tu mente estos miedos y preocupaciones si lo intentas? ¿Por cuánto tiempo puedes olvidarte de estas preocupaciones?</i>	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	Se le dificulta controlar su preocupación (es).						

5.- Otros Síntomas de trastorno de ansiedad generalizada

¿Son más días que te preocupas que los que no te preocupas?: (No califique positivo si se libera completamente por la presencia de la figura parental, o si sólo se presenta durante un crisis de angustia o en una situación específica)

	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP	
a.- Tensión Muscular, dolores o quejas.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
b.- Inquietud.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
c.- Se fatiga con facilidad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
d.- Inquietud o sentimiento de estar en el límite.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
e.- Dificultad para concentrarse o su mente se pone en blanco debido a la ansiedad.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
f.- Dificultad para dormirse o mantenerse dormido.	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
g.- Irritabilidad	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
6.- Duración							
(Especifique): _____ 6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
7.- Evidencia de Deterioro:							
a.- Social (con compañeros): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	
	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP	
b.- Familiar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	

c.- Escolar:	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

8.- Evidencia de un precipitante						
(Especifique): _____	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

	Sumario EA	Sumario EMSP
9.- Evidencia de un trastorno de ansiedad excesiva (Solo Criterios del DSM-III-R)		
1.- Cumple los criterios de al menos 4 de los 7 síntomas de (ejem.. preocupación no realista con respecto al futuro, quejas somáticas, marcada auto-conciencia; tensión marcada; preocupación por lo apropiado de comportamientos pasados, preocupación excesiva por la competencia; excesiva necesidad de reconfirmar);	0 1 2	0 1 2
2.- Duración de los síntomas de al menos 6 meses.		
3.- No ocurre exclusivamente durante el curso de un Trastorno Afectivo, Trastorno Persistente del Desarrollo, Esquizofrenia o cualquier trastorno psicótico, y		
4.- Si está presente otro diagnóstico del Eje I (ejem., Trastorno de Ansiedad por Separación, TOC), el origen de los síntomas no se encuentra limitado a esto.		

10.- Evidencia de un Trastorno de ansiedad generalizado (DSM-IV)

Criterios del DSM-IV:

Los criterios 1-4 del DSM-III-R no cambian. Los individuos pueden reportar que les es difícil controlar sus preocupaciones, o que experimentan ansiedad o deterioro. En el criterio C, en lugar de que se requieran 6 de los 18 síntomas, los criterios del DSM-IV sólo se cumplen si 3 de los siguientes 6 síntomas está presente: 1) Tensión muscular (#2); 2) Agitación o sentimiento de estar al límite, (#3 o 14); 3) Se fatiga con facilidad; (#4); 4) Dificultad para concentrarse o su mente se pone en blanco; (#16); 5) Dificultad para dormirse o mantenerse dormido. (#17 o 6) ; o irritabilidad (#18).

**Sumario
EA**

0 1 2

**Sumario
EMSP**

0 1 2

EISB

IS1. *Deseo de vivir*

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Débil
- 2. Ninguno

IS2. *Deseo de morir*

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

IS3. *Razones para vivir/morir*

- 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
- 1. Aproximadamente iguales
- 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

IS4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a fuerte

IS5. *Deseos pasivos de suicidio*

- 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
- 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
- 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

IS6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Por amplios períodos de tiempo
- 2. Continuo (crónico) o casi continuo

IS7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

IS8. *Actitud hacia la ideación/deseo*

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

IS9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Inseguro
- 2. No tiene sentido del control

IS10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*

- 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
- 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
- 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

IS11. *Razones para el intento contemplado*

- 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

IS12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*

- 0. No considerado
- 1. Considerado, pero detalles no calculados
- 2. Detalles calculados/bien formulados

IS13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*

- 0. Método no disponible, inaccesible.No hay oportunidad
- 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
- 2. Método y oportunidad accesibles
- 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

IS14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*

- 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
- 1. Inseguridad sobre su valor
- 2. Seguros de su valor, capacidad

IS15. *Expectativas/espera del intento actual*

- 0. No
- 1. Incierto
- 2. Sí

IS16. *Preparación actual para el intento contemplado*

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
- 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

IS17. *Nota suicida*

- 0. Ninguna
- 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
- 2. Nota terminada

IS18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*

- 0. Ninguno
- 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
- 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

IS19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*

- 0. Reveló las ideas abiertamente
- 1. Frenó lo que estaba expresando
- 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

En nuestra vida, todos tenemos experiencias desagradables. Sea como sea, quienes las hemos sufrido no tenemos la culpa de que estas cosas ocurran. Te vamos a pedir que nos contestes a continuación si es que te acuerdas de un tipo de experiencia que pudo haber sido desagradable para ti.

<p>A1.- ¿Alguna vez alguien te ha tocado sexualmente o ha acariciado alguna parte de tu cuerpo que NO querías que te tocara o acariciara? ¿O te han forzado o presionado a tocar sexualmente a acariciar órganos sexuales o a tener contacto sexual? Es decir, ¿te han obligado a que tú lo/la tocaras sexualmente, o ha tener relaciones sexuales con esta persona en contra de tu voluntad, por miedo, porque te sentías presionado/a o sentías vergüenza o cuando tú no querías hacerlo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sí 2) No estoy seguro (a), tengo un recuerdo muy borroso 3) Nunca me ha pasado
<p>A2.- ¿Cuántas veces te ha pasado?</p>	<p>_____ veces</p>
<p>A3.- ¿Qué edad tenías cuando te pasó por primera vez?</p>	<p>_____ años de edad</p>
<p>A4.- ¿Qué edad tenías la última vez que te ocurrió?</p>	<p>_____ años de edad</p>
<p>A5.- ¿Esta única o última vez, la persona que te lo hizo ¿era mujer u hombre?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mujer 2) Hombre
<p>A6.- ¿Qué relación tenías con esa persona?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Era de tu familia 2) Era amigo de la familia 3) Era tu amigo 4) Era un compañero de la escuela 5) Era tu novio (a) 6) Era una autoridad (profesor, médico, etc.) 7) Era un vecino 8) Era alguien que habías visto pero que no conocías bien 9) Era un desconocido 10) Otra persona
<p>A7.- ¿Cuántos años tenía la persona que te lastimó?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Era más o menos de tu edad 2) Te llevaba cinco años o más

A8.- ¿Le has platicado a alguien de esta situación para pedirle consejo o ayuda?	1) SI 2) NO
--	----------------

A9.- ¿Alguien sabía del abuso sin que tú se lo dijeras? ¿Quién?	1) Papá 2) Mamá 3) Hermanos 4) Tíos 5) Abuelos 6) Padrastro 7) Madrastra 8) Maestro (a) 9) Amigos 10) Empleada doméstica 11) Otra persona 12) Nadie
--	--

A10.- ¿Existió violencia física?	1) SI 2) NO
----------------------------------	----------------

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Eugenio y Patrocinia, por su ejemplo y
apoyo incondicional

A mi marido

Ferran gracias por apoyarme y
ayudarme a culminar este proyecto.

A mi hija Laura

Por darme el último impulso para terminar
este tramo de la vida.

A Caty

A mis maestros

Al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Al Centro Michoacano de Salud Mental

Al Dr. Daniel Herrera Guzmán por todas las facilidades prestadas para este trabajo

