

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.

TITULO

“Características de los adolescentes con antecedentes de comportamiento suicida en pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro”.

**Tesis que presenta para obtener el diploma de especialización en
psiquiatría Infantil y de la adolescencia**

PRESENTA.
DR. RAFAEL BASURTO MÉNDEZ

TUTOR TEÓRICO
DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCIA

TUTOR METODOLÓGICO
DR. DRA ROSA ELENA ULLOA

MÉXICO, D.F., 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias.

A mi *esposa Susy*, inspiración creadora de la necesidad de superación académica y humana, que en mixtura con amor despertase en mí la energía y capacidad suficiente para conquistar cualquier reto.

A mi hija *Keyri*, quien es capaz con su radiante alegría de elevar a los “cielos” el ánimo en los momentos difíciles, es lo menos que puedo dedicar a ese ser maravilloso que Dios me permitió engendrar.

A *Frida* quien es la más reciente integrante de mi familia y quien me permitió corroborar a través de sus sonrisas que Dios puede bendecir más de una vez a un hombre.

A mis *Padres*, los más sabios y buenos que sólo Dios pudo haber escogido para mí, quienes siempre me orientan, apoyan y, aun casado; de vez en cuando se siguen desvelando por mí.

A mis *hermanos*, todos y cada uno de ellos formando un equipo sin igual nutriendo por siempre el prestigio y el orgullo de ser un Basurto Méndez.

A mi tío *Pepe*, en quien me inspiré para estudiar Medicina y que seguro estoy, me sigue empujando desde el cielo: nunca te he olvidado y siempre estás en mi corazón. Tío ya somos especialistas.

A mis *asesores de tesis*, por su sabiduría para guiar mi experiencia en la investigación y permitirme disfrutar de su amistad.

A *Dios*, por supuesto, con quien ha de estar endeudado de alguna manera conmigo desde que nací pues sólo me ha rodeado de personas especiales y alegría para llegar a ser lo que anhelo.

A todos ustedes... gracias.

INDICE

	<i>Página</i>
I. Título.....	4
II. Marco teórico	
<i>Definición del problema</i>	4
<i>Revisión histórica</i>	6
III. Justificación.....	9
IV. Hipótesis.....	9
V. Objetivo general.....	10
VI. Material y método.....	10
VII. Descripción de la muestra.....	11
VIII. Instrumentos.....	12
IX. Análisis estadístico.....	14
X. Consentimiento informado.....	14
XI. Resultados.....	15
XII. Discusión.....	17
XIII. Conclusión.....	19
XIV. Referencias.....	20
XV. Anexos.....	22

I. TITULO

“Características en adolescentes con antecedentes de comportamiento suicida en pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro”.

II. MARCO TEORICO

Definición del problema y antecedentes.

El comportamiento suicida es un tema de gran interés para los médicos que tratan los problemas de salud mental de niños y adolescentes. La incidencia de las tentativas de suicidio alcanza su máximo hacia la mitad de la adolescencia y en muchos países es una de las principales causas de muerte en esas edades. (7)

El suicidio es un importante problema de salud pública en los Estados Unidos. El suicidio y la tentativa de suicidio son causas importantes de morbilidad y mortalidad en adolescentes. Las tendencias epidemiológicas en el suicidio en adolescentes apuntan hacia índices de suicidio crecientes y a un acceso elevado de intentos letales, particularmente armas de fuego. (1)

Ideación suicida.

La ideación suicida conlleva pensamientos de matarse, planes sobre el donde o el cuando y pensamientos sobre el impacto del propio suicidio en los demás. Estos pensamientos con frecuencia se producen en los niños pequeños, que tal vez no sean conscientes de que el suicidio provoca la muerte irreversible. (7)

Tentativas de suicidio.

El perfil más común de las personas que intentan suicidarse es el de un adolescente de entre 15 y 17 años, con una sobredosis pequeña o media de analgésico que no necesita receta o de la medicación de otro miembro de la familia. El comportamiento suele ser impulsivo y se produce en el contexto de una disputa o humillación con un familiar o novio. (7)

Aparentemente los grupos entre los cuales resultan comunes las tentativas de suicidio incluyen los fugitivos, niños que han sufrido abuso físico o sexual y adolescentes homosexuales. Sin embargo, hasta el momento ciertos aspectos sobre el diseño de los estudios no permiten determinar si se debe a un elevado porcentaje de psicopatologías, al consumo de sustancias en estos grupos, o a algún factor que predisponga específicamente al comportamiento suicida. (7)

Factores de riesgo.

La población con mayores índices de suicidio consumado son los jóvenes de 15 a 24 años y las mujeres entre 20 y 24 años. (8)

El concepto de conductas de riesgo comprende acciones que pueden comprometer el bienestar, la salud y el curso de la vida de un adolescente. (9)

Por lo tanto las conductas de riesgo pueden ser consideradas como factores de riesgo para que surjan repercusiones indeseables sobre la personalidad, la socialización y el desarrollo. (6)

Los síntomas de alarma o factores de riesgo a ser observados en un adolescente podrían ser irritabilidad e impulsividad extrema y poca tolerancia a la frustración. (9)

Suicidio consumado.

El suicidio consumado se produce más a menudo en la adolescencia tardía y, aunque también puede ocurrir en niños de incluso 6 años de edad, es muy infrecuente antes de la pubertad. Los estudios de autopsia psicológica han probado que el 90% de los suicidios en adolescentes se producen en personas con un trastorno psiquiátrico preexistente, a menudo presente durante varios años. En la adolescencia los trastornos más comunes son algunos tipos de los trastornos del estado de ánimo, consumo de alcohol y/o sustancias. En cuanto a las características generales, se ha descrito a muchos pacientes que han consumado el suicidio como irritables, impulsivos, volubles y proclives a estallidos de agresividad. (7)

Aunque algunos adolescentes, sobre todo las chicas que padecen trastornos depresivos mayores, pensaban en el suicidio mucho antes de consumarlo, aparentemente la mayor parte de los suicidios de adolescentes son respuestas impulsivas a un acontecimiento estresante, como un conflicto en la escuela, un enfrentamiento con los cuerpos de seguridad, una ruptura sentimental o una discusión entre amigos. En muchos casos, estos acontecimientos estresantes pueden resultar de su trastorno psiquiátrico anterior. (7)

Revisión histórica.

Uno de los elementos que nos permitió formarnos un panorama global del estado actual de cualquier fenómeno, así como del desarrollo y el curso que ha seguido a través de los años, es conocer su trayectoria histórica.

Hacia el final del siglo XIX, Durkheim definió al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida. (12)

A partir de esta conceptualización, se generó un cambio respecto a la perspectiva que se tenía de este fenómeno, ya que se otorgó importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y se comenzó a poner atención en los motivos subyacentes.

Ahora sabemos que, además de ser un problema multifactorial, el suicidio tiene un curso más o menos definido, con diferentes instancias y categorías de análisis. (13)

Hasta la década de 1950, la información sobre suicidios de jóvenes se obtenía mediante el análisis de casos nada representativos, revisiones de la demografía de suicidios extraída de los datos de los certificados de defunción. A finales de esta década, apareció el primer estudio sistemático de autopsia psicológica en adultos que demostró la importancia del trastorno psiquiátrico como uno de los motivos potenciales de la mayor parte de los suicidios (2).

A este le siguieron estudios similares con niños y adolescentes, que confirmaron esta asociación durante la adolescencia. A partir de la mitad de la década de 1960, la incidencia de los suicidios entre los varones jóvenes comenzó a incrementarse en muchos países. (7) En 1970 en el grupo de 0 a 14 años no había reportes de suicidio, pero para 1994 la tasa por cien mil habitantes había incrementado a 0.23, en el grupo de 15 a 19 años en 1970 la tasa fue de 1.49 y para el 94 aumentó a 3.30 convirtiéndose en la cuarta causa de muerte de este grupo de edad.

Hoy día se dispone de abundantes datos sobre los adolescentes que cometen suicidio, menos sobre los que lo intentan y muy escasos sobre cuál es el tratamiento adecuado de los adolescentes con tendencias suicidas. (7)

En Estados Unidos uno de los estudios más grandes y representativos es la Encuesta de Conductas de Riesgo de los Adolescentes YBRS (Youth Risk Behavior Survey), realizada por los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades CDC (Center of Disease Control and Prevention). Esta encuesta revela que el suicidio fué la tercera causa más importante de muerte en niños de 10 a 14 y de 15 a 19 años en los Estados

Unidos en el año 2000. Además nos aporta un panorama actualizado de los índices y patrones seculares de acuerdo a género, edad, raza, estrato socioeconómico, etc., que nos permiten observar adecuadamente la conducta suicida en este grupo poblacional en dicho país. (19)

Los datos con que se cuenta en nuestro país reportan en 1999 una tasa de mortalidad en México por suicidio que fue de 3.4 por 100,000 hab. 5.8 hombres y 1.0 mujeres. De 1970 a 1998 los datos de la Secretaría de Salud indican que el suicidio se incrementó un 215%, lo que representa 229% en hombres y 165% en las mujeres. (8)

En un artículo reciente se muestra una revisión de las publicaciones derivadas de investigaciones realizadas en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP), durante los últimos 25 años; un total de 56 trabajos y publicaciones derivadas de la actividad (de campo y documental) de los investigadores difundidas entre 1982 y 2003 donde la problemática suicida fue incluida ya sea como la principal variable de interés o como variable secundaria. Por lo que respecta a las unidades de análisis empleadas el 34% se enfocó en adolescentes, es decir aproximadamente 24 estudios de éstos sólo uno incluyó como parte de su muestra pacientes del H. Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. (18)

No se han estudiado bien los factores de riesgo para el suicidio en la adolescencia y la niñez. Un estudio reciente de éstos últimos arrojó algunos hallazgos interesantes; Era más probable que las víctimas de suicidio fueran varones, y era menos probable que fueran negros en comparación con la población juvenil general. La relación hombres a mujeres se incrementó con la edad en la población suicida. Era significativamente más probable que las víctimas de suicidio vivieran con una familia de origen no intacta en comparación con los controles comunitarios. Las víctimas de suicidio tenían una comunicación menos frecuente y menos satisfactoria con ambos padres. Era significativamente más probable que las víctimas de suicidio hubieran tenido una madre con una historia de síntomas de trastorno del estado de ánimo, un padre con historia de problemas con la policía y una historia familiar de conducta suicida. Las víctimas de suicidio habían experimentado más eventos de vida estresantes negativos, tales como la suspensión escolar, presentación en tribunales de menores, separación reciente de los padres o ruptura con una novia o novio. El riesgo significativo de suicidio también se asoció con dificultades en la escuela, con no estar trabajando ni en la escuela.

El experimentar una pérdida interpersonal incrementó también el riesgo de suicidio sólo para los varones.(5) Ante estas evidencias tan significativas es importante lograr valorar de una forma confiable la adaptación psicosocial. Actualmente contamos con instrumentos clinimétricos como la Escala de Incapacidad Funcional de Columbia, CIS por sus siglas en inglés

(Columbia Impairment Scale) que en diversos estudios ha mostrado suficiente sensibilidad y especificidad en el estudio de dicha característica.(10).

Numerosos artículos de revisión y bibliografía han señalado factores de riesgo con mayor especificidad desde la ficha de identificación hasta rasgos arrojados por instrumentos psicométricos más sofisticados, por ejemplo; asociado al sexo un artículo reciente sugiere que el mayor índice de suicidio en los varones se explica menos fácilmente, pero es posible que se derive de la elección del método y la mayor prevalencia del trastorno de conducta y el riesgo implicado de éste en los varones. (4)

Otro estudio de suicidio en adolescentes mujeres en comparación con los varones en el grupo de edad de 13 a 22 años, concluyó que las mujeres jóvenes que se suicidan pueden haber sufrido una psicopatología más severa, además el abuso de sustancias también parece ser un factor importante en los suicidios de mujeres. (5)

Un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil con una muestra de población que procedía de distintos niveles socioeconómicos, el grupo que mostró mayor puntaje para intento suicida fue el de nivel socioeconómico medio. (8).

Un estudio de Wichstrom del 2000 concluyó como predictores del suicidio ser muy joven y haber iniciado tempranamente la pubertad entre otros.

Otros factores de riesgo que han sido comentados en artículos de revisión recientes sugieren además bajo rendimiento escolar, desocupación, desencadenantes e intensificadores psicosociales: suicidios en cadena, historias, películas, libros, noticias. Entorno social: familia fragmentada, pobre comunicación con los padres, antecedente de depresión en la madre, historia de suicidio en la familia. Los adolescentes que viven con solo uno de los padres tienen el doble del riesgo. Menores niveles de serotonina y colesterol también han sido correlacionados en algunos estudios. La ideación suicida anterior demostró ser el predictor más importante. 3.5 veces más riesgo de intento suicida quienes tienen antecedentes de intentos previos.

III. JUSTIFICACIÓN

El impacto del suicidio en nuestro país ha generado que se le considere como un problema de salud pública, ya que, según los registros de la Secretaría de Salud, las tasas de mortalidad por ésta causa se han incrementado de manera notoria en los últimos años. (14)

No existe un estudio descriptivo reciente ni antiguo realizado con una población clínica que corresponde a bajos estratos socioeconómicos y culturales. Es frecuente observar durante la formación como psiquiatra infantil y de adolescentes, pacientes con importante disfunción o maladaptación psicosocial, problemas de impulsividad, elevada comorbilidad, consumo de sustancias, déficit intelectual y demás morbilidad asociada a la pobreza que reportarían elevados índices de conducta suicida. Dicha circunstancia es punto de partida para desarrollar el presente protocolo de investigación que pretende mostrar sólo mediante la observación y aplicación de algunas herramientas diagnósticas las cuáles serían las características clínicas y demográficas más frecuentes que muestran los adolescentes que manifiestan conducta suicida.

IV. HIPÓTESIS

Entre los pacientes que acuden al hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro que presentan conducta suicida existe pobre adaptación psicosocial, elevada impulsividad, elevada comorbilidad psiquiátrica, elevado porcentaje de algún tipo de deficiencia o limitante intelectual.

V. OBJETIVO GENERAL

Describir la adaptación psicosocial, comorbilidad psiquiátrica, impulsividad, suicidabilidad y coeficiente intelectual de adolescentes del Hospital psiquiátrico infantil hospitalizados o con hospitalización muy reciente (menos de 1 mes).

VI. MATERIAL Y METODOS

Diseño.

Se estudió un grupo de adolescentes entre 13 y 18 años de edad, de ambos sexos quienes recibieron atención en el Hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro sea en condiciones de hospitalización en las Unidad de adolescentes varones, mujeres y PAIDEIA o que recientemente hubiesen egresado de las mismas y presentaran comportamiento suicida; además de su aceptación a participar en el estudio firmando el consentimiento informado (anexo 1) y hubiesen obtenido evaluación de procesos cognoscitivos por medio de la prueba de Wechsler. Se obtuvieron datos para el registro y ficha de identificación (Anexo 2), se evaluó la psicopatología con una escala semiestructurada para adolescentes ESA (anexo 3), se les aplicó escala de impulsividad de Plutchik (anexo 4), escala de intencionalidad suicida de Beck (anexo 5) y escala de Columbia para evaluar Adaptación psicosocial en versiones para adultos (padre o tutor) y para el paciente (anexo 6).

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal, abierto.

VII. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes de uno u otro sexo y edad de 13 a 18 años con antecedente de comportamiento suicida en hospitalización o reciente egreso (menor a 1 mes).
- Aceptación voluntaria a participar en el estudio.
- Capacidad suficiente para responder los cuestionarios.

Criterios de exclusión

- Presencia de cualquier otro diagnóstico, médico o psiquiátrico grave (psicosis, delirium,etc.).

Criterios de eliminación.

- No haber aceptado responder los cuestionarios.

VIII. INSTRUMENTOS

1. Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA) del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

La ESA fue desarrollada dentro de la Clínica de adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), considerando algunos elementos de otros instrumentos clínicos afines como el K-SADS, el ISC, el DISC y el SCAN. La ESA fue diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSMIV). (20) La entrevista tiene un tiempo de aplicación de 60 a 90 minutos ha sido validada y empleada en diversos protocolos de investigación en diversas instituciones nacionales. (11)

2. La Escala de Incapacidad funcional de Columbia (CIS).

Por sus siglas en inglés (Columbia Impairment Scale), con dos versiones una para Adultos y Niños/adolescentes. Ambas cuentan con 13 Items. Validada en nuestro país para establecer la adaptación psicosocial y empleada en diversos protocolos de investigación. (12)

3. La escala de inteligencia Wechsler-Bellevue (WAIS).

Además de proporcionar una medida general de la capacidad mental, brinda información sobre las áreas de mayor fuerza o debilidad intelectual. (13)

4. La escala de Impulsividad de Plutchik (EI).

Es una escala diseñada para evaluar conductas impulsivas. Consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a “hacer cosas sin pensar” o de forma impulsiva. Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas:

- Capacidad para planificar (3 ítems).
- Control de los estados emocionales (3 ítems).

- Control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales (3 ítems).
- Control de otras conductas (6 ítems).

Las respuestas se recogen en una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3 (nunca, a veces, a menudo, casi siempre). Los ítems 4,6,11 y 15 se puntúan en sentido inverso.

Es un instrumento autoaplicable. (15)

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. En la versión española los autores proponen un punto de corte de 20. (16)

5. La Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

Es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se lleva a cabo (aislamiento, precauciones, etc), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.

Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).

Consta de tres partes bien diferenciadas:

- ◆ Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
- ◆ Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
- ◆ Es un instrumento heteroaplicado.

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 a 15 (los últimos 5 ítems no puntúan).

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación mayor gravedad. (17)

IX. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

X. CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud investigación catalogada con *riesgo mínimo*, a pesar de ello se obtiene la autorización escrita del paciente o su representante legal.

XI. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Se incluyeron en el estudio un total de 15 pacientes adolescentes. De ellos, 8 fueron mujeres (53.3% de la muestra) y 7 hombres (46.7% de la muestra). (Gráfica 1). Ambos géneros con un rango de edad entre 15 y 17 años los varones con una media de 15.85 años; las mujeres con una media de 15.75.

El Nivel socioeconómico se consignó con base en el registro de evaluación de Trabajo Social en categorías del “1” otorgado al estrato socioeconómico más bajo y conforme se eleva la categoría mejora dicha condición siendo la máxima el “4”. Para nuestro estudio los pacientes que cuentan con un nivel socioeconómico entre 1 y 2 corresponden a un porcentaje acumulado del 86.7% de la muestra lo que nos ubica en una población estudiada que corresponde al estrato socioeconómico bajo.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES Y DE ABUSO

De la muestra el 66.7% de los pacientes reconoció la circunstancia de vivir con ambos padres, solo el 33.3% de los pacientes no lo hacen así.

El 53.3% de nuestra muestra comenta la presencia de otro u otros intentos suicidas previos, mientras que para el 46.7% restante fue su primer intento. Si observamos los datos obtenidos en relación al género en el sexo masculino únicamente el 28% de los pacientes tiene dicho antecedente y en el sexo femenino la cifra se eleva hasta el 75%, lo que nos daría una relación de 2.6:1.

El 26.7% de nuestros pacientes cuenta entre su historia con el antecedente de intento suicida en algún otro familiar de primera línea.

El 46% de nuestros pacientes estudiados tiene antecedente de abuso físico y el 13.3% de abuso sexual.

COMORBILIDAD

Los resultados de la aplicación de la entrevista semiestructurada para adolescentes nos reporta que el diagnóstico más frecuente fue el trastorno depresivo en el 100% de la muestra; seguido del trastorno por abuso de sustancias y trastorno desafiante oposicionista 46.7 y 40.0% respectivamente; el trastorno de conducta y el trastorno por crisis de angustia ocupan el siguiente lugar ambos con 26.7%, el trastorno por déficit de atención y las fobias simples con 13.3% y al final los trastornos de ansiedad por separación, abuso físico/sexual y esquizofrenia todos ellos con 6.7%. En nuestra muestra con este instrumento no conseguimos

documentar trastorno bipolar, tics, trastorno obsesivo compulsivo ni trastornos de eliminación.

La correlación diagnóstica con los servicios de atención sea del área de urgencias o de su unidad de hospitalización es del 80%; aunque cabe señalar que hasta el 53.3% de la muestra reunió criterios para 3 diagnósticos o más empleando el instrumento.

Solo el 6.7 de la muestra presentó enfermedad física al momento de la investigación (1 solo paciente, vitiligo incipiente).

COEFICIENTE INTELECTUAL

El CI promedio de la muestra es de 96.14 con una desviación estándar de 5.10; que corresponde a la normalidad.

IMPULSIVIDAD

Las calificaciones de la Escala de Impulsividad se encuentran en rangos que van del 10 al 28; con una media de 22.13 y con una desviación estándar de 5.26.

INTENCIONALIDAD SUICIDA

Las calificaciones totales de la Escala de Intencionalidad suicida de Beck nos reportan una media de 14.20 con una desviación estándar de 2.18.

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

Los puntajes totales de las dos versiones de la Escala de Incapacidad funcional de Columbia reportan medias de 24 y 23.67 con desviaciones estándar de 7.92 y 9.11 en la respuesta de padres y pacientes respectivamente.

CORRELACION DE VARIABLES

Al intentar correlacionar los totales de las escalas de impulsividad, suicidabilidad y funcionamiento psicosocial por medio de la prueba de Pearson; encontramos significancia únicamente entre las dos versiones de la Escala de Incapacidad Funcional de Columbia. ($R=.863$, $P= 0.01$)

XII. DISCUSION

Los pacientes que conformaron el protocolo de estudio son una muestra representativa y plural de la población que acude a recibir atención en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Pensábamos que la condición de hospitalización de los pacientes implicaría facilidades para su abordaje, pero en la práctica esto sólo fue “aparente”. A pesar de que en el periodo de evaluación aproximadamente 30 sujetos cumplían con criterios de inclusión, sólo el 50% aceptó participar. Entre las razones que nos presentaban eran de diversos tipos, desde la familia que niega que haya habido conducta suicida y por ende rechaza su inclusión en un protocolo de estas características, otros pacientes o familiares que no desean volver a tocar el punto pues tienen la “fantasía” de que eso tal vez disminuya los riesgos o su sufrimiento, y otros argumentaban falta de tiempo o disposición tampoco acceden a integrarse. Se logró conformar un grupo de 15 adolescentes que son representativos de las tres diferentes áreas de hospitalización de dicha sede clínica y que cooperaron a suficiencia para ayudarnos a entender un poco mejor el fenómeno de la conducta suicida en el adolescente de nuestro medio de atención cotidiano.

Observamos así que la muestra que obtuvimos tiene una edad promedio de 15.7 años y no es distinta a la que se reporta en la literatura revisada y comentada el marco teórico.

La gran mayoría de nuestra población tiene un nivel socioeconómico bajo pero en términos generales pertenecen al tipo de población que con mayor frecuencia demanda los servicios de los hospitales públicos.

Otras condiciones sociodemográficas que encontramos en los resultados y que han sido señaladas con insistencia en la literatura nacional e internacional (4,5,6) como características importantes se replican en nuestra muestra así vemos cifras relevantes como el porcentaje de pacientes que tiene antecedente de abuso físico o sexual, los que no viven con ambos padres, la historia de intentos suicidas previos en la familia de origen, reportado en más de la cuarta parte de los casos. Pero uno de los datos que más atrajo nuestra atención es respecto a los intentos suicidas previos que observamos en más de la mitad de la muestra y que al momento de hacer la diferenciación genérica, mostró un claro predominio en el género femenino con cifras muy similares a las referidas en la literatura. (6)

El abordaje de la patología y la comorbilidad fue adecuado con el instrumento de la entrevista semiestructurada; a pesar de ser la herramienta que más tiempo consumía para su aplicación, los familiares y el paciente impresionaban sentirse “atendidos” y evaluados de otros distintos aspectos que pudiesen estar coexistiendo. Aunque encontramos un buen nivel de

correlación con el diagnóstico o la impresión inicial de los servicios de atención, nos llamó la atención que se diagnostica muy poco la comorbilidad ya que con el instrumento precisamos en la mayoría de los casos más de dos entidades francamente coexistentes. Específicamente hablando del tipo de patología, la que se determinó con mayor frecuencia de procesos depresivos y muy de cerca le sigue la patología externalizante. Dichas características y cifras no son sustancialmente distintas de las que comentamos en nuestro marco teórico y que son reportadas por los servicios de investigación médica en nuestro país y fuera de él. Tenemos una alta comorbilidad con abuso de sustancias pero esto obedece a que un porcentaje de la muestra de varones corresponde a la unidad de Paideia en donde la línea principal de atención es de pacientes con esta problemática de base.

El coeficiente intelectual obtenido en nuestra muestra es el promedio, para fines de comparación con otros reportes la muestra es limitada.

Los resultados obtenidos en la observación de la impulsividad con la escala de Plutchik son elevados, obtenemos un puntaje promedio que se encuentra más de siete puntos por arriba del punto de corte sugerido por el propio autor. Esto sugeriría que no es un simple rasgo inherente a la condición de la adolescencia, sino que revela consistentes y elevados índices en pacientes con conducta suicida.

La intencionalidad suicida medida con la escala de Beck no tiene punto de corte sugerido por el autor, únicamente se menciona que a mayor puntaje más sería intención, y los puntajes promedio, no están por arriba de las reportadas en estudios previos.

El grupo de adolescentes y sus tutores observan dificultades en el funcionamiento psicosocial y existe un índice de correlación con significancia estadística entre ambas observaciones, siendo esta cuantificada en casi el doble del punto de corte sugerido por los autores de la escala de incapacidad funcional de Columbia .

Los resultados de éste estudio deben ser evaluados tomando en cuenta que el tamaño de la muestra es pequeña, por lo que se requieren futuros estudios donde se evalúe a un mayor número de sujetos a fin de poder establecer con mayor precisión los factores asociados al intento suicida en los adolescentes.

XIII. CONCLUSION

La experiencia del contacto con la investigación para quien tiene expectativas más ligadas al desempeño predominante del área clínica siempre es nutricia; mayormente cuando se obtienen los resultados que resultan aplicables en nuestra práctica cotidiana. Intentamos enunciarlos en forma concluyente aunque consideramos que resultan más preguntas que respuestas lo que se convierte en un paradigma cotidiano que siempre permite abrir la posibilidad de nuevas líneas de investigación.

El diagnóstico más frecuentemente observado en la muestra de adolescentes con conducta suicida es el trastorno depresivo mayor presente en el 100% de los casos; en segundo lugar los trastornos externalizados y es común la comorbilidad múltiple. Si bien, ha sido elevado el grado de concordancia del diagnóstico primario inicial con el diagnóstico realizado mediante el empleo de la entrevista semiestructurada para adolescentes; es de mencionar, que frecuentemente se omite la consideración de otros diagnósticos asociados en la entrevista clínica inicial.

El grado elevado de impulsividad mostrado en todos los casos podría explicar los resultados relativamente bajos obtenidos con la escala de Beck que mide intencionalidad y planeación suicidas.

Hay concordancia significativa entre la percepción que tienen los padres respecto a los problemas de los pacientes y la que éstos mismos poseen.

Por último señalaremos que más de la mitad de los pacientes habían realizado intentos suicidas previos, lo cuál también constituye un factor de riesgo muy importante a considerar.

Estos resultados son semejantes en términos generales a los reportados en bibliografía nacional e internacional y nos obliga a plantear esquemas sistematizados a fin de adoptar una terapéutica multimodal y entender que el intento suicida en adolescentes es un problema frecuente, complejo y asociado como la gran mayoría de la psicopatología a factores biológicos, clínicos y sociales y que la evaluación tiene que tomar en cuenta esto para planear mejor la terapéutica y mejorar el pronóstico.

XIV. REFERENCIAS

1. Catalozzi,; Pletcher R.; Schwarz F. MD; MPH. (2001). Prevention of suicide in adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*. 13(5):417-422.
2. Robins, E.R., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., et al., (2000). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *American Journal of public Health*. 49: 888-99.
3. Gould, Madelyn S. PhD, MPH; Fisher, Prudence MS; Parides, Michael PhD; Flory, Michael PhD; Shaffer, David MD. (1996). Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(12): 1155-1162.
4. Brent A, ; Baugher, Marianne M.A.; Bridge, Jeffrey B.S.; Chen, Tuhaio Ph.D.; Chiappetta, Laurel B.S., (1999). Age and sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 38(12): 1497-1505.
5. Marttunen, Mauri J. MD, PhD; Henriksson, Markus M. MD, Hillevi M. Aro MD, PhD; Heikkinen, Martti E. MD, PhD; Isometsa, Erkki T. MD, PhD; Lonnqvist, Jouko K. MD, PhD). (1995). Child. Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34(10): 1297-1307.
6. Jessor R. (1998). New perspectives on adolescent risk behaviour. *Cambridge University press*.
7. Michael G. Gelder, Lopez Ibor Juan J. , y cols. *Tratado de Psiquiatría* 1ª Ed, reimpression 2004, Edit. Ars Médica Vol 3 pag 2163-67.
8. Garnica, G.R., (2003). *Estudio descriptivo en pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro S.S.A.* (tesis).
9. Del Bosque, G.J., Suárez M.C., y cols., (2003). *Conducta del adolescente*. Programa de actualización continua en Psiquiatría (PAC-4) Libro 8, Cap 2. Pag 453, 457.
10. Bird, Hector r. M.D.; Davies, Mark M.M.H.; Fisher, Prudence Ph.D.; Darrow, William E. M.D.; Jensen, Peter S. M.D.; Hoven, Christina Dr.P.H.; Cohen, Patricia Ph.D.; Dulcan, Mina k. M.D. (2000). How Specific Is Specific Impairment? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 39(9):1182-1189
11. De la Peña F, Patiño M, Mendizábal A y cols. (1998) La Entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA), descripción del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal, *Salud Mental*,; 21: 11-18.
12. Durkheim E: *El suicidio*. UNAM, México, 1974.

13. Diekstra R. (1993) The Epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta psychiatr Scand*, 371 (supl.): 9-20.
14. Mondragón L, Borges G, Gutierrez RA. (2001) La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6):4-15.
15. Plutchik, R; Van Praag, HM. (1989) The measurement of suicidality, agresivity and impulsivity. *Prog Neuropsychoparmacol. Biol Psychiatr.* 13 (suppl); 23-24.
16. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martinez ML,Álvarez S, Marín JJ y cols.(1998) Validación de la Escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)* 61: 223-232.
17. Beck, AT; Schuyler, D; Herman, I. (1974) Developmen of suicidal intent scales. The prediction of suicide. Bowie; *Charles Press.* 45-56.
18. Jimenez A, Gonzalez C,. (2003), Veinticinco años de investigación suicidio en la Dirección de Investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental.* 36(6) 35-46.
19. Madelyn S.G., Greenberg T.M. MD et al.,(2003). Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *Journal American Acaemy of Child Adolescent Psychiatry.* 42(4): 386-405.
20. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

XV. ANEXOS

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente solicitamos su autorización para participar en el estudio *“Características de adolescentes con antecedentes de comportamiento suicida en pacientes del Hospital psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro”*.

Este estudio tiene como finalidad evaluar las características de los adolescentes con comportamiento suicida. Le garantizamos que se mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada sin alterar la atención que su hijo recibe en ésta institución.

Tendremos gusto en poderle resolver cualquier duda antes de firmar este consentimiento.

Nombre y firma del paciente:

Nombre y firma del tutor o su Representante legal.

Fecha _____

Investigador.

Dr. Rafael Basurto Méndez

Médico Residente Psiquiatría Infantil.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____
Edad: _____ años.
Sexo: M F
Escolaridad: (en años). _____
Religión: _____
Lugar de Residencia: _____
Nivel socioeconómico: (clasif. Trabajo social). (A) (B) (C) (D) (E)

DATOS ADICIONALES:

Intentos suicidas previos: si ___ no ___ ¿Cuántos?
Vive con ambos padres. si ___ no ___
Antecedente suicida en la familia: si ___ no ___
Abuso físico. si ___ no ___
Abuso sexual. si ___ no ___

Impresión diagnóstica:

En el área de Urgencias. _____

En la Unidad hospitalaria. _____

Enfermedad física. si ___ no ___ ¿cuál? _____

Coeficiente intelectual: (CI)

CI. Verbal _____
CI. Ejecutivo _____
CI. Total _____

Dx ESA _____

Anexo 3.

Escala semiestructurada para adolescentes (ESA)
Del Instituto Mexicano de Psiquiatría
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

Índice

- A. Presentación
- B. Procedimiento.
 - 1. Datos generales
 - 2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual.
 - 3. Trastorno Depresivo Mayor
 - 4. Distimia
 - 5. Trastorno Bipolar (Episodio Maniaco)
 - 6. Trastorno por Déficit de Atención
 - 7. Trastorno de Conducta
 - 8. Trastorno Desafiante Opositor
 - 9. Trastorno por Tics
 - 10. Trastorno de Ansiedad de Separación
 - 11. Trastorno Obsesivo Compulsivo
 - 12. Trastorno de Crisis de Angustia
 - 13. Trastorno por Fobia Específica
 - 14. Abuso de Sustancias
 - 15. Dependencia de sustancias
 - 16. Esquizofrenia
 - 17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual
 - 18. Trastornos de la Eliminación
 - 19. Historia del desarrollo
 - 20. Antecedentes
 - 21. Evaluación del Funcionamiento psicosocial

(Sólo carátula).

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)

(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

Hoja de Respuestas

Nombre de quien entrevista: _____

Nombre de quien califica: _____

Fecha test: _____ Fecha retest: _____

Fecha de llenado de ésta hoja de respuestas: _____

Lugar de aplicación: _____

1.1. Nombre: _____

1.2. Edad: _____ (años cumplidos) Expediente _____

1.3. Fecha y lugar de nacimiento: _____

1.4. Año que cursa o último año cursado _____

Nombre y dirección de la Escuela: _____

1.5. Tiempo en meses que dejó la escuela: _____

1.6. Años que reprobó: _____

1.7. Trabajo, tiempo en meses que lleva trabajando: _____

1.8. Numero de trabajos que ha tenido: _____

1.9. Dirección: (Calle, número, colonia, código postal y ciudad): _____

1.10. Teléfono: _____

1.11. Miembros de la familia que viven con él: _____

1.12. Tiempo de vivir con ellos: _____

1.13. Religión: _____

1.14. Nombre del padre que acompaña: _____

1.15. Relación familiar con el paciente: _____

1.16. Estudios del padre: _____

1.17. Ocupación del padre: _____

1.18. Vive con el paciente: _____ no: _____

Motivo de consulta:

	Problema (síntoma o síndrome)	Evolución en semanas.
2.1		
2.2		
2.3		
2.4		
2.5		

(Es únicamente la página inicial de la hoja de respuestas)

Anexo 4.

Escala de impulsividad de Plutchik

Nombre: _____

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Instrucciones:

Por favor, lea cada pregunta e indique que tan frecuentemente usted actúa o se siente de esta forma, colocando una "X" en el espacio apropiado.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEENTE- MENTE	MUY FRECUEENTE- MENTE
1.-¿Le resulta difícil esperar en una fila?				
2.-¿Hace cosas sin pensarlas?				
3.-¿Gasta dinero impulsivamente?				
4.-¿Usted planea con anticipación?				
5.-¿Pierde fácilmente los estribos?				
6.-¿Le resulta fácil concentrarse?				
7.-¿Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?				
8.-Dice lo primero que le viene a la mente?				
9.-¿Usted come aunque no tenga hambre?				
10.-¿Es usted impulsivo?				
11.-¿Termina las cosas que empieza?				
12.-¿Le resulta difícil controlar sus emociones?				
13.-¿Se distrae con facilidad?				
14.-¿Encuentra difícil permanecer quieto mientras está sentado?				
15.-¿ Es usted precavido?				

Anexo 5.

Escala de intencionalidad suicida de Beck

(20 reactivos)

CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO.

Por favor evalúe la situación del paciente y califique encerrando en un círculo el número que antecede a la frase que usted considere adecuada para el caso.

1.-Aislamiento

- 0. Alguien estaba presente cuando intentó suicidarse
- 1. Alguien estaba cerca o en contacto (v.g. por teléfono)
- 2. Nadie estaba cerca o en contacto

2.-Tiempo

3.-Tomó alguna precaución para evitar que alguien lo descubriera y pudiera evitar la consumación del intento

4.-Actuar para obtener ayuda durante / después del intento

5.-Actos finales en la anticipación de la muerte

6.-Grado de planeación del intento suicida

7.-Nota sobre el suicidio

8.-Comunicación abierta sobre el intento antes del acto

9.-Propósito del intento

10.-Expectativas con relación a la fatalidad del acto

11.-Métodos de mortalidad

12.-Seriedad del intento

13.-Ambivalencia hacia el vivir

14.-Concepción de reversibilidad

15.-Grado de predeterminación

16.-Reacción al intento

17.-Visualización de la muerte

18.-Número de intentos previos.

19.-Consumo de alcohol durante el intento

20.-Consumo de drogas durante el intento

Únicamente mostramos los reactivos.

Anexo 6

ESCALA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE COLUMBIA (ADULTOS)

Instrucciones: Lea con cuidado las frases que se mencionan a continuación y marque con una cruz la respuesta que indique lo que usted cree que le ocurre a su hijo en cada situación.

Su hijo (a)

1. CUANDO HACE ALGO QUE NO DEBE HACER, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

2. PARA LLEVARSE BIEN CON SU MAMÀ, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

3. PARA LLEVARSE BIEN CON SU PAPÀ, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

4. CON LA TRISTEZA Y CON LA FELICIDAD, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

5. CON SU CONDUCTA EN LA ESCUELA (O EL TRABAJO), TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

6. PARA DIVERTIRSE, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

7. PARA LLEVARSE BIEN CON PERSONAS QUE NO SON SUS PAPAS, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

8. CON LA PREOCUPACIÓN O EL NERVIOSISMO, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

9. PARA LLEVARSE BIEN CON SU (S) HERMANOS (AS), TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

10. PARA LLEVARSE BIEN CON OTROS NIÑOS DE SU MISMA EDAD, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

11. PARA PARTICIPAR EN DEPORTES Y PASATIEMPOS, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

12. PARA HACER SUS TAREAS ESCOLARES (SU TRABAJO), TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

13. CON SU CONDUCTA EN LA CASA, TIENE:

a)Muy pocos problemas B) Pocos problemas c) Ningún problema d)Algunos problemas e)Muchos problemas

Nombre del Niño (a) _____

Edad _____ Fecha _____

Contestó: Padre () Madre () Hermano (a) Otro ()

**ESCALA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE COLUMBIA
(NIÑOS, ADOLESCENTES)**

Encierra en un círculo el grado de problema que tienes.

En general, ¿Hasta que punto tienes problemas...

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.-Por estar haciendo lo que no debes? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 2.-Para llevarte bien con tu (madre/figura materna)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 3.-Para llevarte bien con tu (padre/figura paterna) ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |

En general, ¿hasta que punto es un problema para ti...

- | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.- El sentirte feliz o triste? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|

En general, ¿Hasta qué punto tienes problemas con...

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 5.-Tu conducta en la escuela (o en el trabajo)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 6.- Divertirte? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 7.- Llevarte bien con otros adultos que no sea (n)
tu padre y/o madre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |

En general, ¿Hasta que punto es un problema para ti...

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 8.- Sentirse nervioso (a), asustado (a)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|

En general, ¿Hasta que punto tienes problemas...

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9.- Para llevarte bien con tu (s) hermano/a (s)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 10.-Para llevarte bien con otros niños/as de tu edad? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 11.-Para participar en actividades como deportes o pasatiempos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 12.-Con tus tareas escolares (tu trabajo)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| 13.-Con tu conducta en la casa? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |

CLAVE DE RESPUESTAS.

- 0...No hay ningún problema
- 1...Muy poco
- 2...Poco
- 3...Regular
- 4...El problema es muy serio
- 8...No aplicable
- 9...No sé

Nombre del paciente _____ Edad _____ años.
Fecha _____