



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

DELEGACION 2 NORTE DEL D.F.

**DEPRESION E IMPULSIVIDAD, EN ADOLESCENTES CON INTENTO
SUICIDA ATENDIDOS EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL CMN "LA
RAZA"**

REG: R-2016-3502-48

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN
PEDIATRÍA MÉDICA

P R E S E N T A:

DRA. STEPHANIE ADELA VÉLEZ LOZA

**ASESOR DE TESIS
MTRO.EN E. DR. JOSE DOMINGO VIDAL GUZMAN**



CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL DE 2016



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.

**DEPRESION E IMPULSIVIDAD, EN
ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA
ATENDIDOS EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL
CMN “LA RAZA”**



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3502** con número de registro **13 CI 09 002 252** ante
COFEPRIS

HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, D.F. NORTE

FECHA **17/03/2016**

MTR. JOSE DOMINGO VIDAL GUZMAN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESION E IMPULSIVIDAD, EN ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL CMN "LA RAZA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3502-48

ATENTAMENTE

DR.(A). GUILLERMO CAREAGA REYNA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3502

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DRA. LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO
Directora de Educación e Investigación en Salud de la
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General. “Dr. Gaudencio González
Garza” del Centro Médico Nacional La Raza

DRA. SILVIA GRACIELA MOYSEN RAMIREZ
Profesora Titular del Curso de Especialización en Pediatría Médica de la
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General. “Dr. Gaudencio González
Garza” del Centro Médico Nacional La Raza

MTRO EN E. DR. JOSE DOMINGO VIDAL GUZMAN
Asesor de Tesis
Jefe de Departamento Clínico y Médico Adscrito al Servicio de Admisión
Continua y Urgencias Pediatría
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General. “Dr. Gaudencio
González Garza” del Centro Médico Nacional La Raza

DRA. STEPHANIE ADELA VÉLEZ LOZA
Residente de la especialidad de Pediatría Médica de la
Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General. “Dr. Gaudencio González
Garza” del Centro Médico Nacional La Raza

ÍNDICE

Resumen	5
Marco teórico	8
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	11
Justificación	12
Trascendencia	13
Hipótesis	14
Objetivos	15
Método	16
Criterios de selección	17
Operacionalización de variables	18
Riesgos de la investigación	21
Análisis estadístico	22
Recursos	23
Consideraciones éticas	24
Resultados	25
Discusión	30
Conclusiones	32
Referencias Bibliográficas	33
Anexos	35

RESUMEN.

ANTECEDENTES.

El intento suicida y el suicidio consumado han mostrado un claro incremento en la última década convirtiéndolo en un problema de salud pública siendo el reflejo del estado mental que guarda la sociedad. El principal factor de riesgo asociado al intento suicida en la edad pediátrica es el estado depresivo encontrado en más de la mitad de los pacientes estudiados. Entre los adolescentes los principales métodos utilizados en el intento suicida en el caso de las mujeres son las sobredosis de medicamentos principalmente del grupo de los psicotrópicos, y entre los varones los métodos son más violentos como cortaduras y el ahorcamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la frecuencia de presentación de depresión e impulsividad en pacientes pediátricos con intento suicida?.

HIPÓTESIS.

La depresión e impulsividad son factores frecuentemente asociados en el intento suicida en los pacientes en edad pediátrica atendidos en el servicio de Admisión Continua Pediátrica del Hospital General CMN La Raza.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de presentación de depresión e impulsividad en adolescentes con intento suicida, atendidos en servicio de Admisión Continua Pediátrica del Hospital General CMN La Raza.

OBJETIVOS PARTICULARES.

Conocer la frecuencia de asociación de la depresión en el intento suicida en la edad pediátrica de los pacientes atendidos en Admisión Continua Pediátrica en el CMN La Raza. Conocer la frecuencia de asociación de impulsividad en el intento suicida en la edad pediátrica de los pacientes atendidos en Admisión Continua Pediátrica en el CMN La Raza. Identificar la edad de presentación más frecuente en pacientes con intento suicida atendidos en Admisión Continua Pediátrica en CMN La Raza. Distinguir el género de presentación más frecuente del intento suicida en edad pediátrica en pacientes atendidos en Admisión continua Pediátrica en CMN La Raza.

MÉTODO.

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

14 Pacientes adolescentes atendidos en servicio de Admisión Continua Pediátrica del Hospital General del CMN La Raza, por intento suicida.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Inferencial con X^2 con corrección de Yates. Los datos obtenidos en las encuestas serán vaciados en una hoja de Excel para su concentración y manejo estadístico descriptivo. Se utilizará el programa SPSS versión 17. La información se presentará en histogramas, graficas de barra o pastel para la interpretación de resultados.

RESULTADOS. Se aplicaron 14 encuestas a pacientes atendidos en Admisión Continua Pediátrica, 11 mujeres (79%) y 3 varones (21%), de edades comprendidas de

9 a 15 años; el 7% (1 paciente) cursaba la primaria y el 93% (13 pacientes) secundaria. 53% (9 pacientes) fueron identificados con impulsividad al aplicar la escala de Plutchik, 6 mujeres (75%) y dos varones que representarían el 25% del total. Se identificaron 47% (8 pacientes) con depresión al aplicar la escala de Birlson; 6 mujeres (67%) y 3 varones (33%). A la aplicación de chi cuadrada en el análisis estadístico no se encontró asociación entre depresión y/o impulsividad y la presentación de intento suicida. De los 14 pacientes atendidos 8 de ellos (57%) fue su primer intento; 3 pacientes (22%) el segundo intento y 3 pacientes (22%) el tercer intento suicida.

CONCLUSIONES. No existe asociación de depresión y/o impulsividad en la presentación del intento suicida en los adolescentes atendidos en servicio De Admisión Continua Pediátrica del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza; así como tampoco existe asociación para que depresión y/o impulsividad sean desencadenantes para presentar intento suicida en los adolescentes entrevistados en relación al sexo. Se deberá considerar la posibilidad de ampliar la muestra de pacientes entrevistados para identificar si existe asociación entre depresión, impulsividad e intento suicida. El intento suicida es más común en mujeres que en varones con edad de presentación 13 a 15 años. Se identificó que la escolaridad fue de secundaria en su mayoría (93%) en los pacientes atendidos por intento suicida. Se identificaron más pacientes con impulsividad al momento de presentación del intento suicida que con depresión y más de la mitad de los pacientes fueron entrevistados en el primer intento suicida.

MARCO TEÓRICO.

El intento suicida y el suicidio consumado han mostrado un claro incremento en la última década convirtiéndolo en un claro problema de salud pública y en un claro reflejo del estado mental de la sociedad. El suicidio es un fenómeno donde convergen múltiples factores donde muchos de ellos están bien claros y definidos; es tan amplio el número de factores asociados que se ha tratado de clasificarlos de diferentes formas, pero es la clasificación de acuerdo al tipo de psicopatología asociada la más clara y adecuada. La Organización Mundial de la Salud define al intento suicida como *“Un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito reconocido generalmente de las dosis terapéutica, lo cual está dirigido a conseguir cambios deseados por el sujeto por medio de las consecuencias reales o esperadas”* (2).

El concepto de muerte en un niño y adolescente va cambiando con la edad, antes de los dos años existe la sensación de ausencia y presencia, asociando a ello manifestaciones de angustia, no hay pensamiento operacional ni la capacidad de integrar un concepto como la muerte, entre los tres y siete años la idea de la muerte es concebida como fenómeno reversible o temporal, con atribuciones mágicas que responden a su pensamiento pre-operacional, y el concepto puede adquirir propiedades tenebrosas. Entre los siete y doce años, aparece el pensamiento operacional, donde se van adquiriendo los diferentes elementos que Piaget define como conformadores de una idea de muerte apropiada, es desde los doce años de edad que se presenta el concepto de muerte aliado a la capacidad de abstracción (9).

Los factores de riesgo conocidos asociados a intentos suicidas en la edad pediátrica se han clasificado en tres grupos:

- I Conductual (impulsividad, déficit de atención, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno de abuso de sustancias y trastorno de personalidad límite).
- II Afectivo (síndromes depresivos, trastorno adaptativo con depresión, trastorno distímico, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar).
- III Mixto (diagnósticos de ambos tipos en el mismo paciente).

El principal factor de riesgo asociado al intento suicida en la edad pediátrica es el estado depresivo encontrado en más de la mitad de los pacientes estudiados, este padecimiento clasificado dentro del grupo II Afectivo, seguido por los del grupo I Conductual como es la impulsividad. Entre los adolescentes los principales métodos del intento suicida por género son en las mujeres las sobredosis de medicamentos principalmente del grupo de los psicotrópicos, y entre los varones los métodos son más violentos como cortaduras y el ahorcamiento. En el grupo de los adolescentes se ha encontrado que al menos el 50% de los pacientes tiene un claro deseo de morir desde el primer intento, esta situación pone de manifiesta la letalidad del intento. En el estudio de Saucedo se reporta que en la totalidad de los pacientes adolescentes estudiados se encontró un cuadro psicopatológico asociado. (2)(4) Otro factor de riesgo importante que no han sido clasificado es el maltrato infantil ya que favorecen los intentos suicidas en la edad adulta, siendo productores de dolor físico y emocional, así como el antecedente de intentos de suicidio previos. El maltrato infantil puede definirse como

la acción, omisión o trato negligente que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social. Así mismo más de dos terceras partes del maltrato se presenta en el entorno familiar, siendo el agresor pariente directo o conocido de la familia o del agredido. El maltrato infantil favorece otro tipo de alteraciones aparte de los estados depresivos como son detención de su desarrollo cognitivo, alteración de los juicios de realidad y del mismo concepto de muerte entre otros. En México no existen datos fidedignos con respecto al maltrato infantil dado que existe un sub-registro del mismo, lo que dificulta su estudio, pues por cada caso conocido pueden existir hasta siete no reportados; Díaz en su estudio encontró que el principal tipo de maltrato es el emocional, seguido por el maltrato físico y la negligencia, de la misma manera una cuarta parte de los pacientes sufrió dos o más tipos de maltrato. Una cuarta parte de las personas que han intentado suicidarse lo volverán a realizar dentro de los siguientes doce meses posteriores al primer evento, y un 10% de los menores con éste antecedente consuman el suicidio dentro de los próximos 10 años siguientes del intento previo. Las mujeres intentan 5 veces más que los varones suicidarse, sin embargo estos últimos utilizan técnicas suicidas más letales con lo que logran con mayor frecuencia su consumación. En México se ha observado un incremento tres veces mayor en el número de intentos suicidas así como de suicidio en los últimos 10 años dentro del grupo pediátrico. Un factor de riesgo reportado es el genético, esta afirmación se basa en estudios realizados en gemelos monocigotos e hijos adoptivos de padres que habían cometido suicidio. Los factores de riesgo suicida pueden ser clasificados como no modificables, es decir que a pesar de un excelente manejo psiquiátrico estos difícilmente se modifican, entre estos se encuentran los intentos previos de suicidio, genéticos, edad y etnia; por el contrario con un buen tratamiento médico psiquiátrico la depresión y la ansiedad pueden ser modificables. En la edad pediátrica los padecimientos afectivos pueden aparecer enmascarados como cuadros de hiperactividad, desesperanza, agresividad y entre los adolescentes la tendencia a la delincuencia. (1) Además de los factores mencionados existen situaciones disparadoras que asociados a cualquiera de los factores mencionados pueden ser los gatillos que desencadenen el intento suicida, los más reconocidos son los problemas de disfunción familiar seguidos por los problemas interpersonales (2).

La frecuencia con la que las mujeres intentan suicidarse es mayor en relación a los hombres, sin embargo estos últimos utilizan métodos de mayor letalidad con lo que logran su objetivo más frecuentemente que las mujeres (3).

La intencionalidad juega un papel importante en el intento suicida, en este sentido menos del 30% de los menores tenían la intención de morir desde el primer intento, esto deja ver que la impulsividad y el enojo tienen un efecto directo en la decisión de autolisis, predominando sobre la razón. Los niños con psicopatología depresiva tienen hasta 8.8 veces más riesgo de presentar ideación suicida, y los menores con un nivel bajo de autoestima hasta 3.7 veces más éste riesgo de ideación suicida, y los menores con presencia de ansiedad 2.6 veces más el mismo riesgo (5).

Un factor que recientemente se ha asociado al intento suicida y que ha sido poco estudiado en la edad pediátrica, es el uso mismo de los antidepresivos, principalmente los inhibidores de la recaptura de serotonina, pues al parecer incrementan la ideación suicida cuando son utilizados en la edad pediátrica, efecto observado con el mayor riesgo de ideación o intento suicida durante las tres primeras semanas posteriores a iniciado el tratamiento con dichos fármacos, ya que es el tiempo que tardan

generalmente en observarse el efecto farmacológico deseado, de igual manera se sabe que conforme se prolongue el uso de este tipo de medicamentos la ideación e intento suicidas disminuyen de forma considerable, por este motivo también se ha considerado que la aparente aparición de ideación suicida no está relacionada con la medicación de este tipo de fármacos y que más bien forma parte del comportamiento clínico de la psicopatología del menor. Otra situación en contra de la posibilidad de que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina favorezca la presencia de ideación suicida es el hecho de que su prescripción no garantiza la continuidad y apego al tratamiento, por lo que la falta de respuesta al medicamento en estos casos puede ser hasta del 30%. Otra situación de riesgo es cuando los trastornos bipolares son confundidos como trastornos unipolares (depresión) y son manejado con antidepresivos de este tipo donde en realidad existe contraindicación de uso a no ser que se acompañen del uso de estabilizadores del ánimo como el ácido valproico, carbamazepina, oxcarbazepina entre otros (8). Al parecer estos medicamentos al ser suspendidos de forma súbita después de haber sido utilizados por tiempo inadecuado favorecen que los niveles de serotonina disminuyan con lo que las ideaciones se incrementan en frecuencia acompañados de sensación de ansiedad, insomnio, discomfort e impaciencia, esta situación mejora cuando se reinstaura el tratamiento antidepresivo suspendido.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En México la conducta suicida es considerado un problema de salud pública, la investigación sobre la conducta suicida se ha realizado en áreas epidemiológica y social, en menor proporción en la clínica; la impulsividad es un rasgo de la personalidad asociado a diversos trastornos mentales y la depresión en la adolescencia es una factor de riesgo asociado al intento suicida que es la tercera causa de muerte en adolescentes, en México las tasas de suicidio se ha ido incrementado en las últimas décadas, presentándose como mayor frecuencia en la adolescencia; con el presente estudio se desea determinar:

¿Cuál es la frecuencia de presentación de depresión e impulsividad en pacientes pediátricos con intento suicida?

JUSTIFICACIÓN

La Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional “La Raza” es centro de referencia nacional para el estudio de pacientes en edad pediátrica, por esta razón el servicio de Admisión Continua Pediátrica recibe a todos los pacientes pediátricos derechohabientes del IMSS con intento suicida entre otros padecimientos. En los últimos años se ha observado un incremento paulatino de casos de intento suicida en la edad pediátrica en edades que van de los 6 a los 16 años de edad. En el 2013 aparece el intento suicida así como el suicidio consumado en niños dentro de las primeras diez causas de mortalidad en la unidad sin que hasta el momento se conozcan los principales factores asociados a dicho fenómeno social de estos pacientes atendidos en la unidad. En promedio la prevalencia de intento suicida en adolescentes mexicanos es de 4.26%, 2,14% en hombres y 6.37% en mujeres (15).

TRASCENDENCIA.

El estado de bienestar de cualquier sociedad se ve reflejado en el estado de salud física y mental que guarda la población, en este sentido el grupo pediátrico es de vital importancia para el desarrollo de cualquier nación pues son el futuro de cualquier sociedad. También en este sentido son los niños el reflejo de la psicopatología del grupo social donde se desenvuelven. Al identificar la frecuencia de asociación de depresión e impulsividad en intento suicida en este grupo de edad se podrán proponer estrategias encaminadas a la disminución de dicho fenómeno en los pacientes de alto riesgo.

HIPÓTESIS

La depresión e impulsividad son factores frecuentemente asociados en el intento suicida en los pacientes en edad pediátrica atendidos en el servicio de Admisión Continua Pediátrica del Hospital General CMN La Raza.

OBJETIVO GENERAL.

- Conocer la frecuencia de presentación de depresión e impulsividad en adolescentes con intento suicida, atendidos en servicio de Admisión Continua Pediátrica del Hospital General CMN La Raza.

OBJETIVOS PARTICULARES.

1. Conocer la frecuencia de asociación de la depresión en el intento suicida en la edad pediátrica de los pacientes atendidos en Admisión Continua Pediátrica en el CMN La Raza.
2. Conocer la frecuencia de asociación de impulsividad en el intento suicida en la edad pediátrica de los pacientes atendidos en Admisión Continua Pediátrica en el CMN La Raza.
3. Identificar la edad de presentación más frecuente en pacientes con intento suicida atendidos en Admisión Continua Pediátrica en CMN La Raza.
4. Distinguir el género de presentación más frecuente del intento suicida en edad pediátrica en pacientes atendidos en Admisión continua Pediátrica en CMN La Raza.

MÉTODO

DISEÑO.

Tipo de estudio: Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo

TAMAÑO DE LA MUESTRA

14 pacientes adolescentes atendidos en Admisión Continua Pediátrica de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” CMN La Raza

Tamaño de la muestra calculado en base a la siguiente fórmula: (15)

$$\frac{Z\alpha^2 \times P Q}{d^2}$$

Dónde:

$$Z\alpha^2 = 0.05$$

$$Q = 1 - P$$

$$d = 10\%$$

$$P = 4.26$$

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

Servicio de Admisión Continua Pediátrica de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del CMN La Raza

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Los datos se recolectarán a través de la aplicación de las Escalas de Impulsividad de Plutchik (12) y Escala de Depresión (11) de a todos los pacientes en edad pediátrica de comprendidos en el grupo de edad de 8 a 16 años atendidos en el servicio de Admisión Continua Pediátrica de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” del CMN La Raza.

CRITERIOS DE SELECCION.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- A) Pacientes de 8 a 16 años de edad, genero mujer y hombre atendidos en servicio de Admisión Continua Pediátrica del Hospital General del CMN La Raza, por intento suicida.
- B) Pacientes a los que se haya aplicado la escala validadas de evaluación para impulsividad y depresión.
- C) Pacientes que cuenten con aceptación de consentimiento informado por parte de padres y/o tutores y con carta de asentimiento por parte del paciente.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- A) Pacientes con diagnóstico de Enfermedad Psiquiátrica ya conocida diferente a depresión y ansiedad.
- B) Pacientes con diagnóstico de Epilepsia de Lóbulo temporal.
- C) Pacientes que por su grado de compromiso neurológico o psiquiátrico impida la correcta aplicación de las escalas validadas de evaluación para impulsividad y depresión.
- D) Pacientes que no cuenten con aceptación de consentimiento informado por parte de padres y/o tutores así como con la carta de asentimiento por parte del paciente.

CRITERIOS ELIMINACION.

- A) Pacientes que decidan retirarse voluntariamente del estudio.
- B) Pacientes con respuestas en Escala de Plutchik y Escala de Birleson incompletas.
- C) Pacientes en quienes no sea posible la aplicación de Escalas de Plutchik y Escala de Birleson.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Intento Suicida.

Definición conceptual.

Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Definida por la Organización Mundial de la Salud define al intento suicida como *“Un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito reconocido generalmente de las dosis terapéutica, lo cual está dirigido a conseguir cambios deseados por el sujeto por medio de las consecuencias reales o esperadas”* (2)

Definición operacional.

Paciente con el diagnóstico de intento suicida atendido en Admisión Continua Pediátrica.

Tipo de variable.

Cualitativa

Escala de medición.

Nominal.

Unidad de análisis: Presente 1
Ausente 2

Impulsividad.

Definición conceptual.

Cualidad de impulsivo. Dicho de una persona: Que suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento.

Definición operacional.

Se catalogará cuando la escala aplicada confirme esta cualidad.

Tipo de variable.

Cualitativa. Dicotómica.

Escala de medición.

Nominal.

Unidad de análisis. Presente 1
Ausente. 2
Se identifica a través de la escala de Plutchik.

Escala de Plutchik

Definición conceptual.

Escala que estudia los correlatos neurobiológicos de los trastornos mentales, instrumento que mide la impulsividad y agresividad para el estudio de la conducta suicida; validada y traducida en 1996.

Descripción del Instrumento.

Consiste en 15 reactivos contestados en una escala de frecuencia de tres puntos, preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, todas las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual.

Unidad de análisis. Los reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente” a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 que se califican en forma inversa. Punto de corte es 20 puntos para identificar la impulsividad (12)

Depresión.

Definición conceptual.

Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Definición operacional.

Se catalogará cuando la escala aplicada confirme el diagnóstico.

Tipo de variable.

Cualitativa. Dicotómica.

Escala de medición.

Nominal.

Unidad de Análisis. Presente 1

Ausente. 2

Se identifica a través de a escala de Birleson.

Escala de Birleson:

Definición conceptual.

Primera escala validada en México en 1996, escala diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.

Descripción del instrumento.

Escala autoaplicable tipo Licket que consta de 18 reactivos, todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación treinta y seis.

Unidad de análisis.

10 de los reactivos se califican de 0 a 2 (reactivos1, 2,4,7,8,9,11,13,15) y 8 reactivos se califican de 2 a 0 (reactivos 3,5,6,10,14,16,17) Punto de corte son 15 puntos para considerar depresión. (11)

VARIABLES UNIVERSALES:

Edad

Definición operacional.

Vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta el momento de obtener la información.

Definición conceptual.

Se valorará a través de recolección de información proporcionada por el paciente entrevistado

Tipo de variable.

Cuantitativa continua.

Escala de medición.

Será dividida en grupos según los años exactos cumplidos del paciente

Unidad de medición.	8 años	1
	9 años	2
	10 años	3
	11 años	4
	12 años	5
	13 años	6
	14 años	7
	15 años	8
	16 años	9

Género.

Definición operacional.

Formas de agrupación de los seres vivos según sus características que pueden compartir varios de ellos entre sí, vinculado a la sexualidad y valores y conductas que se atribuyen de acuerdo al sexo.

Definición conceptual.

Recolección de información proporcionada por el paciente entrevistado en la hoja de entrevista y en el consentimiento informado.

Tipo de variable.

Cualitativa.

Escala de Medición.

Nominal.

Unidad de análisis. Mujer 1
Hombre 2

Escolaridad

Definición operacional.

Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.

Definición conceptual.

Recolección de información proporcionada por el paciente entrevistado.

Tipo de Variable.

Cualitativa.

Escala de medición.

Nominal Se considerara de acuerdo al nivel de estudios realizados.

Unidad de medición. Primaria 1
Secundaria 2
Ninguno 3

RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN.

El riesgo es mínimo ya que la información será obtenida a través de escalas validadas para estos grupos de edad que serán aplicadas a través de una entrevista, por lo que se solicitará carta de consentimiento informado a padres o tutores del menor y carta de asentimiento para aplicación de escala a paciente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó un estudio transversal analítico descriptivo Inferencial con X^2 con corrección de Yates.

La X^2 se calculó por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, una tabla de 2x2 con dos variables: impulsividad y depresión, y por sexo hombre y mujer, calculando las frecuencias esperadas para cada celda.

Los datos obtenidos en las encuestas se vaciaron en una hoja de Excel para su concentración y manejo estadístico descriptivo.

La información se presentará más adelante en el apartado de resultados en graficas de pastel para la interpretación de resultados.

RECURSOS

HUMANO.

Investigador principal.

Residente de cuarto año de la especialidad de pediatría médica.

MATERIAL.

Papelería, computadora, internet, hojas blancas, bolígrafos, copias de hojas de recolección de datos, asentimiento y consentimiento informado. Proporcionados por los investigadores.

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Escalas de evaluación.

Se aplicarán escalas de evaluación de Impulsividad de Plutchik validada en su versión en castellano desde 1996 y escala de depresión de Birleson validada en su versión en castellano en 1996 (anexos 1, 2)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizado por padres de pacientes entrevistados (anexo 4), así como hoja de asentimiento firmado por el propio paciente aceptando o rechazando su participación en el estudio.

PAPELERIA

Copias de escalas, asentimiento y consentimiento informado, bolígrafos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio tiene apego a los principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki, la Ley General de Salud vigente para la República Mexicana y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por la aplicación de escalas de evaluación psiquiátrica requiere de consentimiento informado por parte de los padres o tutores de los menores incluidos en el estudio.

RESULTADOS.

Se realizó un estudio Descriptivo, observacional, transversal, prospectivo a través de entrevistas realizadas en el servicio de admisión continua pediátrica de la UMAE Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del CMN La Raza a todos los pacientes pediátricos atendidos con diagnóstico de Intento suicida que cumplieron con los criterios de inclusión aplicando la Escala de Impulsividad de Plutchik y Escala de Depresión de obteniendo los siguientes resultados:

Gráfico 1: Intento suicida distribuidos por sexo.



Fuente: Elaboración propia

Se aplicaron 14 encuestas a pacientes atendidos en Admisión Continua Pediátrica, 11 mujeres (79%) y 3 varones (21%).

Gráfico 2: Intento suicida distribuidos por edad.



Se entrevistaron 14 pacientes con edades comprendidas de 9 a 15 años, de los cuales un paciente fue de 9 años (7%), un paciente de 12 años (7%), tres pacientes de 13 años (21%), 5 pacientes de 14 años (36%) y 4 pacientes de 15 años de edad (29%).

Gráfico 3: Escolaridad de pacientes atendidos por intento suicida.



Fuente: Elaboración propia

De los 14 pacientes atendidos por intento suicida el 7% (1 paciente) cursaba la primaria y el 93% (13 pacientes) su grado de estudios fue el de secundaria.

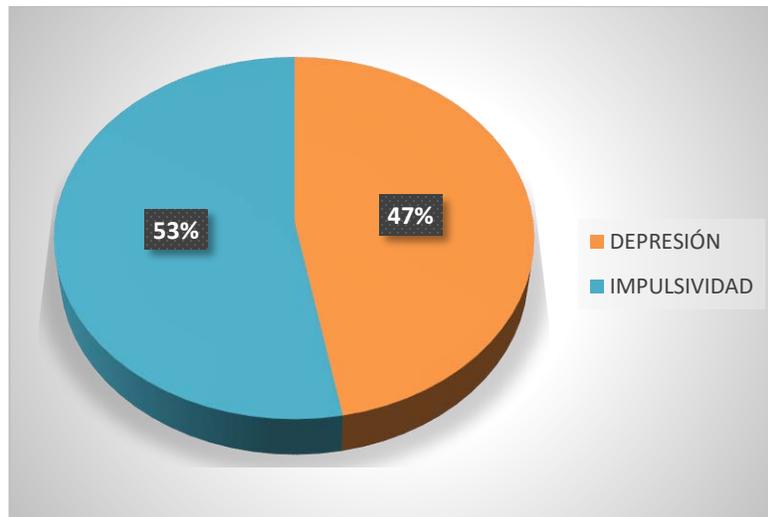
Gráfico 4: Número de intento suicida.



Fuente: Elaboración propia

De los 14 pacientes atendidos con diagnóstico de intento suicida, 57% (8 pacientes) fue su primer intento suicida, sin embargo el 22% de la muestra (3 pacientes) el segundo intento y 21% (3 pacientes) el tercer intento suicida.

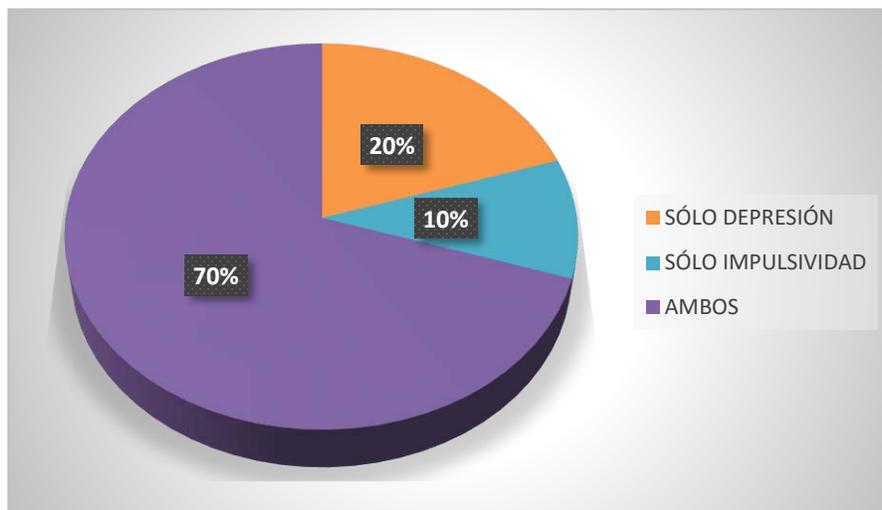
Gráfico 5: Pacientes con Impulsividad y/o depresión que se encontraron posterior a aplicación de escalas de Plutchik para impulsividad y de Birleson para depresión.



Fuente: Elaboración propia

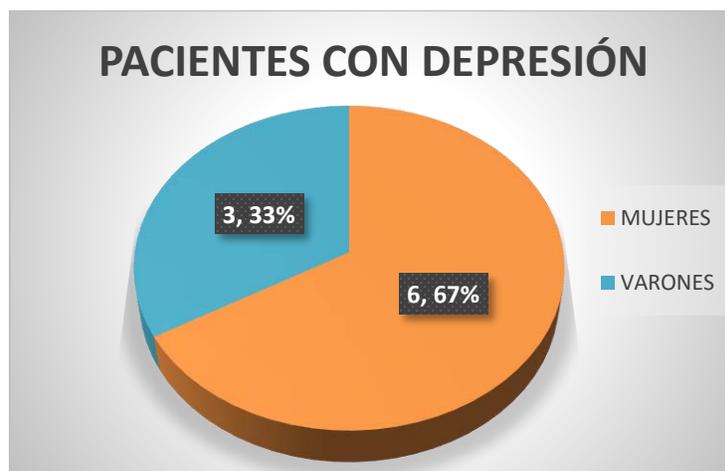
Del total de pacientes entrevistados, se identificó 53% (9 pacientes) con impulsividad identificados al aplicar la escala de Plutchik y 47% (8 pacientes) con depresión identificados al aplicar la escala de Birleson. De los cuales como se puede ver en la gráfica 6, 20% cursaban sólo con depresión el momento del intento suicida, 10% lo hicieron por impulsividad y 70% de los entrevistados cursaban tanto con depresión como con impulsividad el momento del intento suicida.

Gráfica 6: Pacientes que cursan sólo con depresión, sólo impulsividad y pacientes que cursan con impulsividad y depresión.



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 7. Distribución de pacientes con depresión por sexo.



Fuente: Elaboración propia

De los pacientes entrevistados aplicando la escala de Birleson, se identifica depresión en 6 mujeres (67%) y 3 varones (33%), que representarían al 100% de los varones entrevistados.

Gráfica 8. Distribución de pacientes con impulsividad por sexo.



Fuente: Elaboración propia

De los pacientes del estudio, 6 mujeres (75%) cursan con impulsividad en el momento del intento suicida y dos varones que representarían el 25% del total de pacientes.

En el análisis estadístico se aplicó la Chi cuadrada con corrección de Yates, en una tabla de contingencia de 2x2, con resultado de 0.4355, mismo resultado que se interpreta según grados de libertad con nivel de confianza de 0.05 con valor de 3.8415; se identificó que no existe asociación de depresión y/o impulsividad en la presentación del intento suicida en los adolescentes entrevistados, así como tampoco existe asociación para que

depresión y/o impulsividad sean desencadenantes para presentar intento suicida en estos adolescentes entrevistados en relación al sexo.

DISCUSIÓN.

El registro de intentos suicidas inicia en 1916 para la Ciudad de México, registrando número y sexo y es recién a partir de 1926 que se obtiene información a nivel nacional; iniciando la publicación sistemática y regular de intentos de suicidio y suicidios en los años treinta, siendo en 1995 año en que se inicia la publicación detallada de esta información por INEGI con registros de intento suicidas hasta 2005; año en el que se registran a nivel nacional 227 intentos de los cuales fueron hombres 108 y mujeres 119, registrándose solo 1 intento suicida en menores de 15 años, del sexo femenino en este año; sin embargo de los 3553 suicidios consumados registrados en 2005 eran 9 personas menores de 15 años 7 varones y 2 mujeres.(16)

En nuestro estudio, se observó predominio de intento suicida en sexo femenino con 11 casos (79%) en relación al sexo masculino con 3 casos (21%) encontrando 3.6 casos en mujeres por cada varón que contrasta con la literatura que indica que las mujeres intentan 5 veces más que los varones suicidarse (1,3), sin embargo son los varones los que utilizan técnicas suicidas más letales con lo que logran con mayor frecuencia su consumación, información que es respaldada por registros de INEGI.

En México se ha observado un incremento en el número de intentos suicidas así como en suicidios dentro del grupo pediátrico, es así que en 1970 la tasa fue de 1.13 por 100 mil habitantes, en 2007 se incrementó a 4.12 y la prevalencia de intento de suicidio en adolescentes mexicanos entre los 12 y 17 años es de 4.26%, 2.14% en hombres y 6.37% en mujeres (14,17); no encontrando registros para menores de 12 años en la literatura consultada; sin embargo en nuestros datos recogidos en el presente estudio encontramos a un paciente de 9 años con intento suicida, siendo en el momento de la entrevista el tercer intento suicida que presentó antes de ser captado para su atención en higiene mental. El encontrar pacientes con intento suicida a temprana edad se relaciona al concepto de muerte que tiene un niño, el cual va cambiando con la edad. Entre los tres y siete años la idea de la muerte es concebida como fenómeno reversible o temporal, con atribuciones mágicas que responden a su pensamiento pre-operacional, y el concepto puede adquirir propiedades tenebrosas. Entre los siete y doce años, aparece el pensamiento operacional, donde se van adquiriendo los diferentes elementos que Piaget define como conformadores de una idea de muerte apropiada (inmovilidad, universalidad, irrevocabilidad, entre otros). Por otro lado, el niño es capaz de ver las situaciones bajo distintos puntos de vista, pero aún es incapaz de generar un pensamiento abstracto para comprender lo permanente y absoluto de la muerte. Es desde los doce años de edad que se presenta el concepto de muerte aliado a la capacidad de abstracción. El tema es más difícil cuando se trata de abordar la propia muerte. En el niño, esta necesidad es mucho menos perentoria: no hay deudas que saldar, no hay trabajos que concretar. (9).

La escolaridad de los pacientes entrevistados fue predominantemente de secundaria con 93% y 7% (1 paciente) primaria, esto se relaciona directamente al grupo de edad de nuestros pacientes, ya que solo uno de ellos tenía 9 años (estudiante de primaria). El ser estudiantes pone en contacto a nuestros pacientes con medios masivos de comunicación, redes sociales donde se pueden encontrar “clubs de suicidio”, publicaciones como “manual del suicida” (Libro de escritor japonés Wataru Tsurumi publicado en 1993 que en sus 98 páginas, se dedica a describir con gran detalle y de manera explícita, la forma de quitarse la vida con métodos como sobredosis, ahorcamiento, ahogamiento, auto-defenestración, envenenamiento por monóxido de carbono, etc.) o blogs como el organismo hiperpensantes punto com con su “manual práctico del perfecto suicida” publicado en diciembre 2009; que si bien son textos que no incitan el suicidio, si explican cómo hacerlo y la letalidad de cada método.

Una cuarta parte de las personas que han intentado suicidarse lo volverán a realizar dentro de los siguientes doce meses posteriores al primer evento, y un 10% de los menores con éste antecedente consuman el suicidio dentro de los próximos 10 años siguientes del intento previo (1). Es así que la intencionalidad juega un papel importante en el intento suicida, en este sentido menos del 30% de los menores tenían la intención de morir desde el primer intento, esto deja ver que la impulsividad y el enojo tienen un efecto directo en la decisión de autolisis, predominando sobre la razón. Los niños con psicopatología depresiva tienen hasta 8.8 veces más riesgo de presentar ideación suicida, y los menores con un nivel bajo de autoestima hasta 3.7 veces más éste riesgo de ideación suicida, y los menores con presencia de ansiedad 2.6 veces más el mismo riesgo (5); entre nuestros entrevistados encontramos 57% con el primer intento y 21% con el tercer intento, localizándose en este último grupo nuestro paciente de 9 años. Los medios que utilizaron los pacientes para el intento suicida fueron varios desde ingesta de pastillas hasta cortes en muñecas, o ingesta de sustancias tóxicas; destacándose en nuestros pacientes la ingesta de pastillas desde acetaminofén, hipoglucemiantes, naproxeno, ansiolíticos y la ingesta de organofosforados, ácido bórico; siendo el desencadenante según las entrevistas: disfunción familiar, peleas con sus parejas, "bullying" escolar.

CONCLUSIONES.

1. No existe asociación de depresión y/o impulsividad en la presentación del intento suicida en los adolescentes atendidos en servicio de Urgencias Pediatría – Admisión continua del Hospital General Dr. Gaudencio González Garza; así como tampoco existe asociación para que depresión y/o impulsividad sean desencadenantes para presentar intento suicida en los adolescentes entrevistados en relación al sexo. Se deberá considerar ampliar la muestra de pacientes entrevistados para identificar si existe asociación entre depresión, impulsividad e intento suicida.
2. El intento suicida es más común en mujeres que en varones.
3. La edad más frecuente de presentación fue de 13 a 15 años.
4. Se identificó que la escolaridad fue de secundaria en su mayoría en los pacientes atendidos por intento suicida.
5. De los pacientes entrevistados se identificaron más pacientes con impulsividad al momento de presentación del intento suicida que con depresión.
6. Más de la mitad de los pacientes fueron entrevistados en el primer intento suicida.
7. En relación al sexo se identificaron 67% de mujeres con depresión y 75% de mujeres con impulsividad.
8. Es importante por lo tanto que el pediatra tenga un rol prioritario en la identificación de factores de riesgo que lleven a los niños y adolescentes a intentar el suicidio; poder identificar factores de riesgo y comportamiento de sus pacientes ya que como menciona DSM V, los niños manifiestan la depresión de manera diferente a la manifestación de los adolescentes, es así que acuden a consulta pediátrica por dolor abdominal, cefalea, constipación insomnio o hipersomnia, irritabilidad entre otros, que deben ser identificados por el médico pediatra para anticipar un intento suicida que puede ocurrir incluso en las siguientes horas.(18) Esto con el fin de identificar la ideación suicida y poder de alguna forma atenuar o evitar un intento suicida; esto en conjunto con personal psiquiátrico y la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC, EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. *Salud Mental* 2006; 29 (5):66-74
2. Saucedo-García JM, Lara-Muñoz MC, Fócil-Márquez M, Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63:223-31
3. González-Forteza C, Arana-Quezada DS, Jiménez-Tapia JA, Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: Vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud mental* 2008; 31(1):23-27
4. Páramo-Castillo D, Chávez-Hernández AM, MALTRATO Y SUICIDIO INFANTIL EN EL ESTADO DE GUANAJUATO. *Salud Mental* 2007; 30 (3): 59-67
5. Miranda de la Torre I, Cubillas-Rodríguez MJ, Román-Pérez R, Valdez EA, Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental* 2009; 32 (6): 495-502
6. Juárez-Olguín H, Barranco-Garduño M, Flores-Pérez J, Flores-Pérez C, Acosta-Bastidas M, Intentos suicidas con uso de medicamentos.1 Informe de dos casos y revisión de la literatura.. *Acta Pediatr Mex* 2006; 27(2): 55-59
7. González-Forteza C, Romero-Basaldúa L, Jiménez-Tapia A, Lesiones autoinfligidas deliberadamente y sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes. *Rev Med Ins Mex Seguro Soc* 2009; 47(supl 1):S41-S46
8. Martínez AC, González LC, Antidepresivos y suicidio: Una polémica actual. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78(5):461-471
9. Zañartu C., Krämer C., Wietstruck MA. La muerte y los niños. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79 (4): 393-397
10. Mondragón L., Borges G., Gutierrez R. La Medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, Vol. 24, No. 6, diciembre 2001: 4-15
11. De la Peña F., Lara MC., Cortés J., Nicolini H., Páez F., Almeida L. Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental* V. 19, Suplemento octubre 1996: 17-23
12. Páez F., Jiménez A., López A., Raull-Ariza JP., Ortega-Soto H., Nicolini H. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental* V. 19, Suplemento octubre 1996:10-12
13. Jiménez-Genchi A., Senties-Castella H., Ortega-Soto HA. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental* V.20, No1, marzo 1997: 36-41.
14. Vázquez-Pizaña E., Fonseca-Chon I., Padilla-Villarreal JR., Pérez-Hernández ML., Gómez-Rivera N. Diagnóstico de Depresión con la Escala de Birlson en Adolescentes con Intento de Suicidio y sanos. *Archivos de Investigación Pediátrica de México* volumen 9 No 2 Mayo - Agosto 2006
15. Sánchez-Loyo LM., Mofin T., Garcia de Alba JE., Quintanilla R., Hernández R., et al. Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta de Investigación Psicológica* 2014, 4(1), 1446-1458
16. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005. Primera edición. INEGI. 2007.

17. Borges, G., Orozco, M., Benjet, C., & Medina, M. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 2010, 52, 292-304
18. Dilillo D., Mauri S., Mantegaza C., Fabiano V., Mameli C., Vincenzo-Zucotti G. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics* 2015, 2-
19. Zañart C., Krammer C., Wietstruck MA. La muerte y los niños. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79 (4): 393-397
20. Borges G, Nock, M.K., Medina-Mora, ME, Lara, C., Chiu, W.T., Kessler, R.C. (2007). The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6), 627-640.
21. Niméus A, Alsén M, Träskman-Bendz L. The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 416-423.
22. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adultos) Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adolescentes). INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE WMHS-OMS 2003 – 2010 en imp.edu.mx
23. Cabra OL., Infante DC., Sossa FN. El Suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev Médica. Sanitas* 13 (2):28-35, 2010
24. Caños-Buitrago SC. actores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*. Volumen N°11, enero-junio 2011. Universidad de Manizales Colombia: 62-67
25. Cárdenas M., Feria M., Palacios L., De La Peña F. Guía para los Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes. Ed. S. Berezob, J de Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. 2010 (Serie Guías Clínicas para atención de Trastornos Mentales)
26. Iribarre MM., Jimenez-Gimenez M., Garcia de Cecilia JM., Rubio-Valladolid G. Validación y Propiedades psicométricas de la escala de Impulsividad Estado. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 (1):49-50
27. LeFevre M. Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. Volume 160. N°10 2014: 719-727.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CMN LA RAZA**

NOMBRE: _____
 FECHA: _____ EDAD: _____
 OCUPACIÓN: _____ ESCOLARIDAD: _____
 GÉNERO: M F
 SERVICIO: _____ CAMA: _____
 NRO. DE INTENTO SUICIDA: 1 2 3 ó más ENVIO A HIGIENE MENTAL: SI NO

Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias!

Oraciones	Siempre	A veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mi mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

Por favor lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones, señale la respuesta que se ajuste a su caso. Gracias!

Oraciones	Nunca	A veces	A menudo	Casi Siempre
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?				
4. ¿Planea cosas con anticipación?				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
8. ¿Dice Usted lo primero que le viene a la cabeza?				
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?				
10. ¿Es usted impulsivo/a?				
11. ¿Termina las cosas que empieza?				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?				
13. ¿Se distrae fácilmente?				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?				
15. Es Usted cuidadoso o cauteloso?				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: DEPRESION E IMPULSIVIDAD, EN ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA ATENDIDOS EN URGENCIAS PEDIATRIA DEL CMN "LA RAZA"

Patrocinador externo (si aplica): NO

Lugar y fecha: México DF a

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Conocer si la depresión e impulsividad son factores de riesgo relacionados al intento suicida en adolescentes atendidos en servicio de urgencias de Pediatría del Hospital General CMN La Raza, ya que en los últimos años se ha observado un incremento paulatino de casos de intento suicida en la edad pediátrica y se debe conocer cuáles son los factores de riesgo que lleva a este acto.

Procedimientos: Aplicación de escala de impulsividad de Plutchik y escala de depresión de Birlson para el estudio de depresión e impulsividad en adolescentes, escalas validadas para la población mexicana.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer si el intento Suicida se relaciona más a impulsividad o depresión que cursa el adolescente en ese momento.

Participación o retiro: Estoy informado de que puedo cancelar la participación de mi hijo en cualquier momento.

Privacidad y confidencialidad: Los investigadores nos comprometemos a no difundir la información obtenida en apego a la confidencialidad de datos.

En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA

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

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio: Se realizará envío al servicio de Higiene Mental de la unidad para continuar vigilancia y tratamiento específico.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. José D. Vidal Guzmán. Telf: 57245900 Ext: 23370/23363

Colaboradores: Dra. Stephanie A. Vélez Loza Residente 4to año Pediatría Telf: 57245900 Ext: 23370/23363

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS:

Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

TESTIGO

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

MÉDICO RESPONSABLE EN APLICACIÓN DE LAS ESCALAS:

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

TESTIGO

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

Clave: 2810-009-013



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

HOJA DE ASENTIMIENTO

FECHA: México DF, a ____ de _____ del 2016

Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número _____

Mi nombre es Stephanie Adela Vélez Loza, soy residente de pediatría en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente el Instituto está realizando un estudio llamado DEPRESIÓN E IMPULSIVIDAD, EN ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDAD ATENDIDOS EN URGENCIAS PEDIATRÍA DEL CMN LA RAZA que nos sirve para conocer cuáles son los factores de riesgo que te llevaron al intento suicida.

Tu participación en el estudio consistiría en responder a unas preguntas sencillas. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no.

Es TU decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será **confidencial**, esto quiere decir que **no diremos a nadie tus respuestas, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio y a tus papás en caso de que TU así lo decidas**. Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Gracias!!!

SÍ QUIERO PARTICIPAR	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE: _____ FIRMA: _____
MÉDICO QUE APLICA LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN NOMBRE: _____ FIRMA: _____	TESTIGO NOMBRE: _____ FIRMA: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante, podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC de IMSS: Avenida Cuahutemoc 330 4to piso bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México D.F. CP: 06720. Teléfono (55) 56276900. Extensión 21230, correo electrónico: comisión_etica@imss.gob.mx

Hoja de Recolección de Datos

NRO PACIENTE	EDAD	GÉNERO	ESCOLARIDAD	INTENTO SUICIDA	IMPULSIVIDAD	DEPRESIÓN
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						