

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**



**TESIS:**

Estilos de afrontamiento en sujetos adolescentes que presentan comportamiento suicida atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Adriana Calleja Salazar

**TUTORA:**

Dra. María Elena Márquez Caraveo

---

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 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.

## HOJA DE DATOS

**Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Adriana Calleja Salazar

Correo electrónico: callejamta@hotmail.com

**Nombre del Tutor (a):**

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

**Nombre de los asesores:**

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Correo electrónico: bareg7@hotmail.com

Institución donde labora: Universidad Nacional Autónoma de México, FES Zaragoza

## RESUMEN

**Antecedentes:** El comportamiento suicida es altamente prevalente en adolescentes, reportándose tasas de hasta 30%, lo anterior representa un problema de salud pública. El uso de un estilo de afrontamiento no productivo se ha identificado en adolescentes con comportamiento suicida.

**Objetivo:** Establecer si existen diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento entre los adolescentes que presentan comportamiento suicida y los que no lo presentan.

**Material y Métodos:** Se evaluaron 58 adolescentes entre 11 y 17 años de edad que solicitaron consulta en un hospital psiquiátrico infantil. Por medio de la entrevista MINI-KID se determinó la presencia de comportamiento suicida y los demás trastornos psiquiátricos que presentaban. Los sujetos se dividieron en dos grupos, de acuerdo a la presencia o ausencia de comportamiento suicida. Se examinaron las diferencias entre los grupos en relación al estilo y estrategias de afrontamiento, para establecer qué estrategias predicen el comportamiento suicida se realizó un análisis por medio de t de Student.

**Resultados:** Los sujetos con comportamiento suicida obtienen puntuaciones medias más bajas en las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo y más elevadas en el afrontamiento no productivo que los sujetos sin comportamiento suicida. Las estrategias Autoinculpase (Cu) y Reducción de la tensión (Rt) se relacionan de forma significativa con el comportamiento suicida.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio concuerdan con los reportados previamente respecto una mayor frecuencia de afrontamiento no productivo en adolescentes con comportamiento suicida.

**Términos MeSH:** Afrontamiento, comportamiento suicida, adolescentes

## ÍNDICE

### Índice general

Introducción.....	6
Marco teórico.....	7
Salud mental.....	7
Comportamiento suicida.....	10
Afrontamiento.....	15
Afrontamiento y comportamiento suicida.....	18
Planteamiento del problema.....	20
Justificación.....	20
Hipótesis.....	20
Objetivos.....	20
Material y métodos.....	21
Resultados.....	25
Discusión.....	30
Conclusiones.....	33
Limitaciones y recomendaciones.....	34
Referencias.....	35
Anexos.....	40

## Índice de figuras y tablas

Figura 1. Factores que contribuyen a la salud mental.....	8
Figura 2. Modelo de interacción de factores de riesgo y protección.....	9
Figura 3. Niveles de prevención.....	10
Figura 4. Esquema del constructo de comportamiento suicida.....	13
Figura 5. Prevalencia del suicidio a nivel mundial en el año 2012.....	14
Figura 6. Modelo de riesgo y protección.....	15
Tabla 1. Categorías y definiciones del comportamiento suicida.....	11
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes .....	25
Tabla 3. Descripción de la psicopatología, el estilo de afrontamiento y el tipo de comportamiento suicida.....	26
Tabla 4. Trastornos psiquiátricos en los sujetos con y sin comportamiento suicida.....	28
Tabla 5. Diferencias en estilos y estrategias de afrontamiento en sujetos con y sin comportamiento suicida.....	29

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo del desarrollo en el que el individuo tiene que hacer frente a cambios biofisiológicos así como emocionales, cognitivos y sociales. Esto último implica un cambio en la forma de relacionarse con los padres, otras figuras de autoridad y con las propias amistades. Muchas de las situaciones a las que se enfrentan los adolescentes en esta etapa pueden ser percibidas como estresantes. El estrés es una relación entre la persona y su ambiente que es evaluada como dura o difícil de superar y que pone en riesgo su bienestar. Esta evaluación del estrés está influida por factores individuales y por factores externos.

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y de comportamiento de un individuo dirigidos a resolver un problema cuando las demandas, ya sea internas o externas a las que se enfrenta son altamente relevantes o desafiantes para sus recursos adaptativos. No todas las estrategias de afrontamiento tiene resultados benéficos, algunas facilitan el ajuste ante los estresores y otras incrementan el riesgo de conductas maladaptativas. Algunos adolescentes enfrentan las dificultades de forma adecuada de acuerdo a sus habilidades y recursos, mientras que otros no podrán afrontarlas de una forma adaptativa y desarrollaran problemas en su comportamiento.

En los últimos años, diversos estudios han examinado el comportamiento suicida, el cual es altamente prevalente en adolescentes con psicopatología, sin embargo se conoce poco sobre qué otros factores intervienen en el desarrollo de este tipo de conductas maladaptativas. El comportamiento suicida es un problema de salud pública y aunque las prevalencias varían de acuerdo a la población estudiada, algunas estiman la prevalencia de los diversos tipos de comportamiento suicida hasta en un 30% de la población adolescente.

Debido a esto, es importante identificar el estilo y estrategias de afrontamiento en adolescentes con psicopatología para implementar estrategias de prevención o intervención dirigidas específicamente a fortalecer factores individuales y de esta forma incidir sobre conductas maladaptativas como el comportamiento suicida.

## MARCO TEÓRICO

### Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”<sup>1</sup>. Los Servicios de Administración para la Salud Mental y el Abuso de Sustancias (SAHMSA, por sus siglas en inglés) proponen que la salud mental es un continuo que va desde la salud mental positiva hacia los problemas de salud mental y finalmente los trastornos psiquiátricos<sup>2</sup>. Definen a la salud mental como un funcionamiento adecuado del estado mental que resulta en actividades productivas, relaciones interpersonales satisfactorias y la habilidad de adaptarse al cambio y afrontar las adversidades. Los problemas de salud mental son aquellos síntomas y signos que por su duración o intensidad no cumplen criterios para diagnosticar alguno de los trastornos psiquiátricos. Finalmente, los trastornos psiquiátricos son aquellos que se pueden diagnosticar y se caracterizan por alteraciones en el pensamiento, afecto o comportamiento (o una combinación de estos) que resultan en un estrés emocional o deterioro de la funcionalidad del individuo.

La salud mental es vital para el funcionamiento adecuado de un individuo y su comunidad, esta puede verse influenciada por factores y experiencias individuales, la interacción social, la estructura y recursos de la sociedad y por los valores culturales<sup>1</sup>. En la figura 1 podemos observar los factores que contribuyen a la salud mental propuestos por la OMS<sup>3</sup>. Esta misma perspectiva la comparte la psicopatología del desarrollo que es un campo de estudio diseñado para comprender la complejidad del desarrollo humano. Su principal objetivo es analizar qué características hacen a dos individuos iguales y cuáles los hacen distinto. Es decir, de qué forma, características del individuo como sus genes, la personalidad o su autoestima, y características externas al individuo como la familia, la pobreza o la igualdad social, son responsables de esas similitudes/diferencias y de qué forma esto repercute en la salud mental del individuo.



Figura 1. Factores que contribuyen a la salud mental

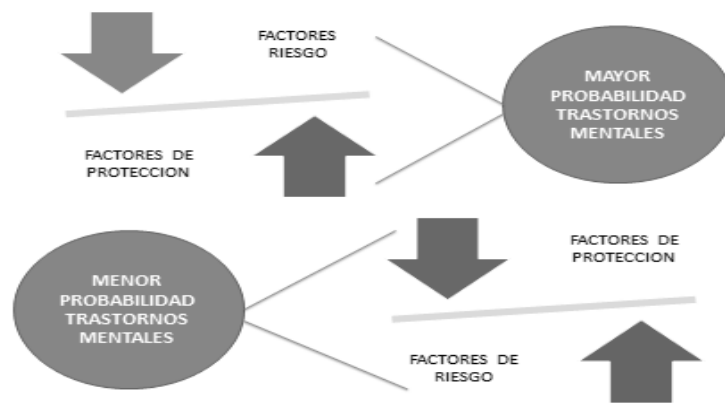


Fuente: Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors, OMS, 2012

En concordancia con lo expuesto anteriormente, la investigación científica ha estudiado factores de riesgo, protección, estrés, vulnerabilidad y afrontamiento para poder entender la naturaleza etiológica, de mantenimiento y del desenlace de la interacción de estos factores en la adaptación/maladaptación del comportamiento humano<sup>4</sup>. Los factores de riesgo son características a nivel biológico, psicológico, familiar, social o cultural que se asocian con una mayor probabilidad de afectar el bienestar del individuo, los cuales se pueden manifestar en cualquier momento de la vida. Por otro lado, los factores de protección son características que reducen el impacto de los factores de riesgo a los que está expuesto el individuo. Algunos de estos factores, tanto los de riesgo como los de protección, son constantes, es decir que no cambian a lo largo del tiempo; sin embargo otros son dinámicos y pueden ir cambiando a lo largo de la vida. Por ejemplo, la pobreza en la infancia, que es considerado un factor adverso, puede no serlo más si es que el individuo logra desarrollar estrategias para salir de ese ambiente desfavorable. Con el propósito de desarrollar e implementar políticas en salud mental la OMS buscó identificar factores en el individuo para detectar tempranamente alguna patología haciendo uso del modelo de riesgo y protección como un modelo teórico para explicar de forma integral el desarrollo de ciertos problemas de salud<sup>3</sup>. Dentro de los factores del individuo se encuentran las características biológicas y psicológicas que pueden perjudicar o proteger al individuo ante situaciones que se consideran estresantes. Los factores externos al individuo son los llamados del plano social,

en donde se encuentra la familia, la escuela, la comunidad, entre otros. Tanto los factores del plano individual como los sociales interactúan entre ellos y tienen un efecto acumulativo, cuanto más factores de riesgo, mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental y viceversa (Figura 2).

Figura 2. Modelo de interacción de factores de riesgo y protección



Fuente: Imagen elaborada a partir de Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors, OMS, 2012

Este modelo de riesgo y protección establece que para cada población o individuo se deben de identificar cuáles son los factores de mayor impacto y una vez que se identifiquen se deben de realizar estrategias de prevención dirigidas a reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, tanto los del plano individual como los del plano social. En este punto podemos subrayar la importancia de la promoción y prevención de la salud, ya que estas intervenciones pueden ayudar a identificar los factores de riesgo o protección modificables para fortalecerlos y de esta forma evitar el desarrollo de alguna psicopatología. El modelo de salud pública obedece una serie de pasos para promover y prevenir las enfermedades<sup>2</sup>:

1. Definir el problema
2. Identificar factores de riesgo y protección
3. Desarrollar, implementar y probar intervenciones
4. Asegurar que se adopten ampliamente estas prácticas basadas en evidencia

La promoción de la salud mental es una estrategia y un conjunto de acciones positivas con el objetivo de mejorar la importancia y visión de la salud mental a nivel de las sociedades, subpoblaciones de la sociedad y del propio individuo; además de proteger, mantener y

mejorar la salud mental de las personas. Una promoción de la salud mental efectiva resulta en el mejoramiento del bienestar del individuo, una mejor calidad de vida, un menor sufrimiento de la persona, una menor prevalencia de trastornos mentales, un mejor uso de los servicios de salud, un mejor funcionamiento social, entre otras<sup>5</sup>.

Las intervenciones de prevención deben estar dirigidas de forma específica desde el punto de vista del individuo o población que consideramos en riesgo para poder impactar de forma directa, ya que como se mencionó previamente no todas las personas tienen la misma probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental.

Estas intervenciones se dividen en 3 categorías, prevención universal, dirigida e indicada; cada una más específica que la anterior para poder actuar en grupos o personas con diferentes características (Figura 3).

Figura 3. Niveles de prevención



Fuente: Imagen elaborada a partir de SAMHSA, 2007<sup>2</sup>

### **Comportamiento suicida**

En base a esta breve descripción de la salud mental y los factores que determinan el desarrollo de psicopatología se procederá al abordaje del constructo del comportamiento suicida considerándolo una respuesta maladaptativa ante situaciones de estrés que afecta la salud mental del individuo. Se define al suicidio como “el acto de quitarse la propia vida de forma deliberada iniciada y realizada por la persona en completo conocimiento de su desenlace fatal”<sup>6</sup>. Se sugiere que en el suicidio existen dos condiciones: que el locus de origen se encuentre en el individuo (auto-iniciado) y que la intención del acto sea el terminar

con la propia vida (causar la muerte), independientemente del desenlace. A partir de los distintos desenlaces y de los diferentes grados de intencionalidad, entre otros factores, es que nos enfrentamos a un espectro mucho más complejo que únicamente definir al suicidio, esto es, el comportamiento suicida. Múltiples autores mencionan la importancia de unificar criterios en relación con el comportamiento suicida, ya que cada uno de los aspectos que engloba este constructo son distintos en términos de prevalencia, objetivos, correlatos clínicos y desenlaces.

Debido a la heterogeneidad en los términos se han hecho esfuerzos para estandarizar la nomenclatura relacionada al suicidio tal es el caso del Algoritmo de Columbia para la clasificación y evaluación del suicidio (C-CASA, por sus siglas en inglés) en el que se describen 8 categorías para la clasificación, las cuales se exponen en la tabla 1<sup>7</sup>.

**Tabla 1. Categorías y definiciones del comportamiento suicida**

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
<b>Eventos suicidas/Suicidio consumado</b>	Comportamiento auto-dañino que resulta en la muerte y asociado con al menos alguna intención de morir
<b>Intento suicida</b>	Comportamiento potencialmente autodañino, asociado con al menos alguna intención de morir. La evidencia de la intención de muerte puede ser explícita o inferida de acuerdo al comportamiento o circunstancia. Un intento de suicidio puede o no resultar en alguna lesión
<b>Actos preparatorios hacia un comportamiento suicida inminente</b>	El individuo realiza acciones preliminares para auto-dañarse pero es detenido, por el mismo u otros, antes de causar el daño potencial
<b>Ideación suicida</b>	Pensamientos pasivos acerca de desear la muerte o pensamientos activos acerca de quitarse la vida sin que se acompañe de un comportamiento preparatorio
<b>Eventos no suicidas/Autodaño no suicida</b>	Comportamiento auto-dañino sin la intención de morir. El comportamiento tiene otras intenciones como aliviar el estrés o causar un efecto en otras personas
<b>Otro auto-daño no deliberado</b>	No hay evidencia de suicidabilidad o auto-daño deliberado asociado con el evento. El evento se caracteriza por un daño accidental, síntomas psiquiátricos o médicos únicamente
<b>Evento suicida indeterminado o comportamiento potencialmente dañino con intención suicida desconocida</b>	Comportamiento auto-dañino en donde la intención de morir es desconocida y no se puede inferir. La lesión o potencial de lesión es clara pero el motivo no lo es
<b>Sin información suficiente</b>	No se cuenta con información suficiente para determinar si el evento estuvo relacionado con intención o ideación suicida

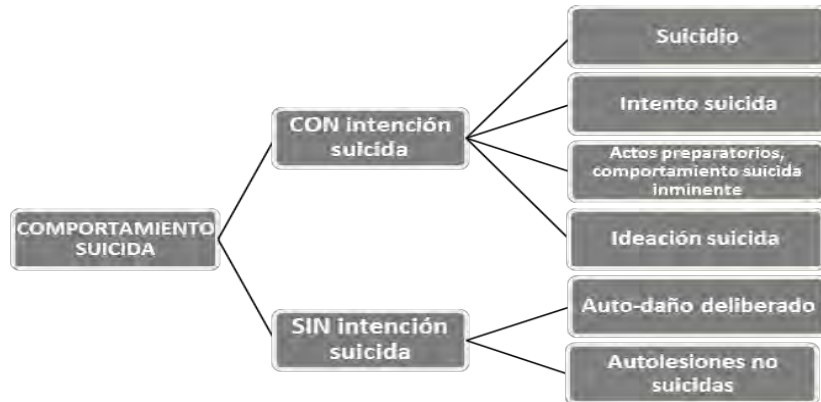
**Adaptado de Posner et al.,2007. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assesment, C-CASA.**

De acuerdo a los términos utilizados por el Centers of Disease Control de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), se hace una distinción en la violencia suicida auto-dirigida y la violencia auto-dirigida sin un fin determinado o sin intención suicida<sup>8</sup>. Dentro de la primera se definen tres aspectos, al suicidio como la muerte ocasionada por un comportamiento dañino auto-dirigido realizado con la intención de morir; un intento suicida como un desenlace no fatal como consecuencia de un comportamiento potencialmente dañino auto-dirigido realizado con la intención de morir, aun cuando dicho comportamiento no ocasione una lesión; finalmente un plan suicida se define como pensar, considerar o planear el suicidio. Por otro lado, las autolesiones no suicidas se encuentran en el DSM-5 dentro del apartado de “condiciones que requieren de más estudios”, siendo la principal razón el poder diferenciarlas de los intentos suicidas<sup>9</sup>. Las autolesiones no suicidas se distinguen de los intentos de suicidio en términos de motivación (intención de morir vs. liberarse de un estrés emocional), prevalencia (mayor prevalencia de autolesiones no suicidas), frecuencia (las autolesiones no suicidas se realizan múltiples ocasiones, mientras que los intentos de suicidio solo una o pocas veces) y severidad (rara vez las autolesiones no suicidas causan lesiones severas)<sup>10,11,12</sup>.

El estudio europeo de autodaño en niños y adolescentes (CASE, por sus siglas en inglés) define al autodaño deliberado como un acto no fatal en el que el individuo deliberadamente realiza uno o varios de los siguientes: inicia un comportamiento con la intención de ocasionarse daño; ingiere una cantidad mayor de la prescrita o reconocida como terapéutica de algún medicamento; ingiere una sustancia ilícita o recreacional con la intención de causarse daño o ingiere una sustancia no-ingerable o un objeto<sup>13</sup>.

Integrando las diferentes definiciones dentro del constructo del comportamiento suicida, proponemos el siguiente esquema, Figura 4.

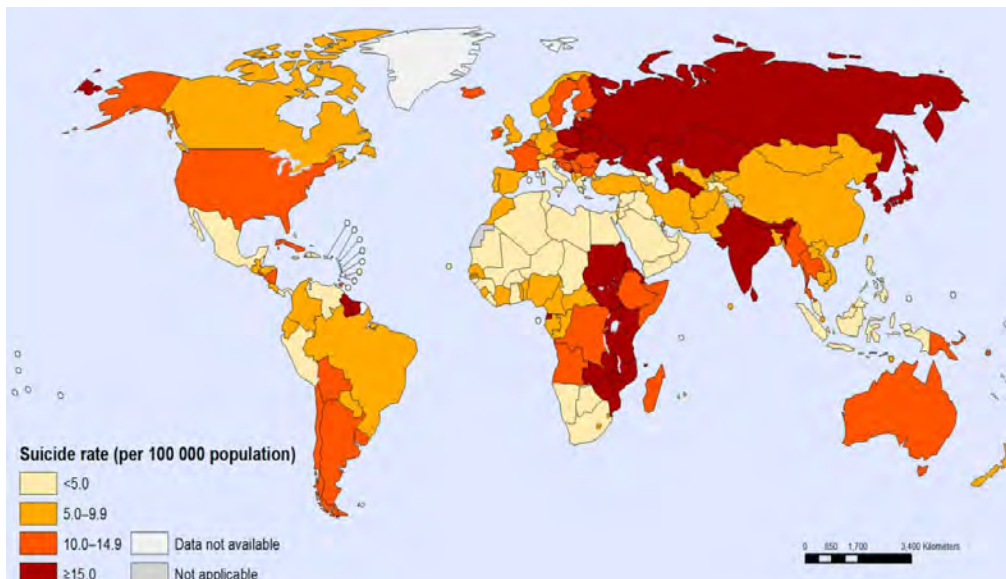
Figura 4. Esquema del constructo de comportamiento suicida



Fuente: Elaborado a partir de Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)<sup>7</sup>; Definiciones: Self-directed Violence. Atlanta: CDC; 2015<sup>8</sup>; Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> edition), APA;2015<sup>9</sup>.

En cuanto a la prevalencia del suicidio alrededor de 800 mil personas en el mundo mueren cada año a causa del suicidio, siendo en el año 2012 la décimo quinta causa de muerte a nivel mundial constituyendo el 1.4% del total de muertes en el mundo; en ese mismo año, fue la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años<sup>14</sup>. De acuerdo a las tendencias actuales, se estima que para el año 2020, 1.53 millones de personas morirán cada año a causa del suicidio, además de que las personas cometerán intento de suicidio hasta 10-20 más, esto representa una muerte cada 20 segundos y un intento de suicidio cada 1-2 segundos<sup>15</sup>. La figura 5 muestra la prevalencia de suicidio en el mundo en el año 2012<sup>14</sup>.

Figura 5. Prevalencia suicidio en el mundo, ambos sexos, 2012



Fuente: Preventing suicide: A global imperative, OMS 2014

En la literatura internacional se menciona que entre el 80-90% de los adolescentes con intento de suicidio o suicidio consumado padecen un trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los del estado de ánimo, de ansiedad, de conducta y por consumo de sustancias. La depresión es el principal predictor de la ideación suicida llegando a ser hasta del 60%. La prevalencia de ideación suicida en Estados Unidos en 2007 en adolescentes entre 10-19 años fue de 14.5% y la de intento suicida 6.9%<sup>16</sup>.

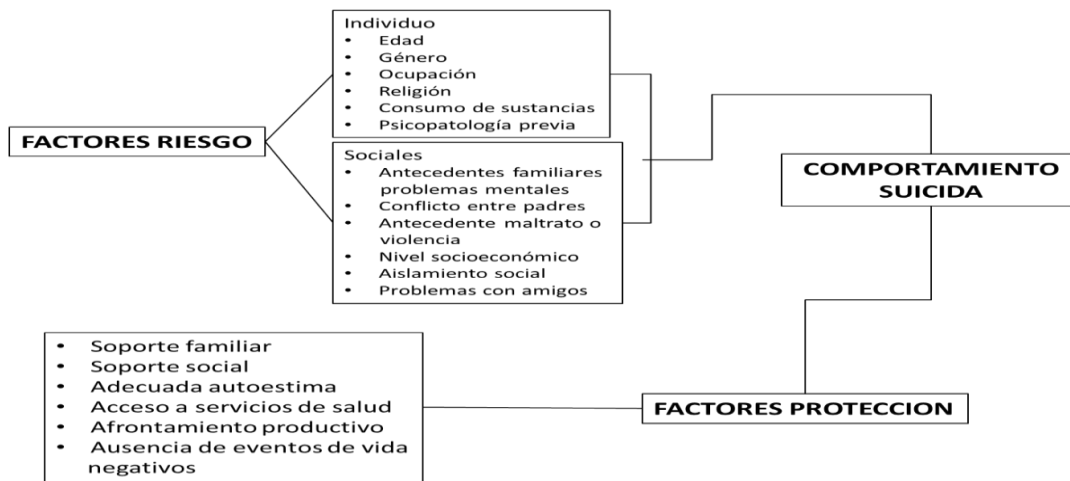
La prevalencia del suicidio en México se ha incrementado en las últimas décadas, un 275% entre 1970 y 2007, siendo este incremento es a expensas de población joven entre 15-29 años, colocando al suicidio como la tercera causa de muerte en varones y la segunda en mujeres para el mismo grupo de edad<sup>17</sup>. En el mismo estudio se reporta que el 85.44% de los sujetos con intento de suicidio reportó padecer algún trastorno psiquiátrico, principalmente trastornos del estado de ánimo. Igualmente se menciona que la tasa de intento suicida en la población de 12-17 años fue de 4.26, mientras que la de ideación suicida en el mismo grupo de edad fue de 10.01.

Con respecto a las autolesiones no suicidas, sabemos que son más frecuentes en población joven, con una prevalencia entre el 15-20% y una edad de inicio entre los 13-14 años, siendo la prevalencia aún más alta en poblaciones psiquiátricas<sup>18</sup>. El 87.6% de los adolescentes que reportan autolesiones no suicidas tienen algún diagnóstico del Eje I de acuerdo al DSM-IV<sup>19</sup>. En un estudio realizado en Reino Unido, el 92% de los sujetos con auto daño deliberado

tienen, al menos, un trastorno psiquiátrico de acuerdo al CIE-10<sup>20</sup>. De acuerdo a esta evidencia, es de vital importancia desarrollar intervenciones dirigidas a la población general, subpoblaciones e individuos en riesgo.

Al examinar los correlatos del suicidio encontramos ciertas diferencias en cuanto a los sujetos con comportamiento suicida, en base a esto podemos conectarnos nuevamente con el enfoque de riesgo y protección. En diversos estudios se han examinado los factores asociados al comportamiento suicida, como los factores demográficos, factores psiquiátricos, psicológicos, biológicos y eventos de vida negativos, además de factores de protección como el soporte familiar, el soporte social y la espiritualidad. En la figura 6 esquematizamos la interacción de algunos factores de riesgo y de protección que se han asociado con el comportamiento suicida.

Figura 6. Modelo riesgo-protección



Fuente: Elaborado a partir de SAMHSA, 2007<sup>2</sup>

### Afrontamiento

A partir de los factores de protección mencionados en la imagen previa, podemos conectarnos con el constructo de afrontamiento, el cual abordaremos en seguida para comprender de qué forma este interviene con el comportamiento suicida.

Las teorías del afrontamiento se remontan a la época de Freud (1932) y posteriormente con su hija Anna en 1936, acerca de los mecanismos de defensa, desde la perspectiva de estos autores se considera al afrontamiento como una defensa, o sea un mecanismo inconsciente, y a los estresores se los consideraba de origen intrapsíquicos. En la actualidad las investigaciones sobre el afrontamiento tienen cierta relación con las defensas



psicodinámicas, sin embargo difieren en que la mayoría de los estresores son externos, en que las estrategias se consideran conscientes y que no es necesario que algún analista las interprete por lo que se dice que las estrategias de afrontamiento son conductas intencionadas y deliberadas para resolver un conflicto.

El afrontamiento es un proceso dinámico que cambia en respuesta a las demandas o eventos estresantes. El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y de comportamiento de un individuo dirigidos a la resolución de problemas cuando las demandas, ya sea internas o externas a las que se enfrenta son altamente relevantes o desafiantes para sus recursos adaptativos<sup>21</sup>. Por otro lado, el estrés es definido como una relación particular entre la persona y su ambiente que es evaluada como dura o difícil de superar y que pone en riesgo su bienestar<sup>22</sup>. Estos autores describen dos estrategias de afrontamiento, describen la primera como respuestas propositivas dirigidas a la resolución de una relación estresante entre el sujeto y el ambiente (afrontamiento enfocado al problema); y la segunda como respuestas dirigidas a amortiguar emociones negativas que surgen como resultado del estrés (afrontamiento enfocado a la emoción).

Otros autores mencionan que el afrontamiento es la forma en la que las personas regulan su comportamiento, emoción y orientación bajo las condiciones psicológicas de estrés<sup>23</sup>. La regulación del comportamiento incluye la búsqueda de información para la resolución del problema, la regulación emocional una visión positiva ante el problema y la orientación incluye las conductas de evitación al mismo. La diferencia entre el modelo de Lazarus y Skinner es que en el último el afrontamiento incluye reacciones voluntarias e involuntarias para manejar las amenazas hacia la competencia, la autonomía y las relaciones<sup>24</sup>.

Frydenberg y Lewis desarrollan una teoría del afrontamiento en la que lo define como las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y adaptación efectivas; describieron 18 estrategias de afrontamiento, que algunas representan aspectos funcionales y otras disfuncionales, ellos consideran que las estrategias pueden ser agrupadas para conformar 3 estilos de afrontamiento<sup>25</sup>:

1. Estilo productivo: Trabajar para resolver el problema, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Utiliza las siguientes estrategias: Concentrarse en resolver el problema, Esforzarse y tener éxito, Fijarse en lo positivo, Diversiones relajantes y Distracción física.

2. Estilo no productivo: Utiliza estrategias poco productivas dando como resultado una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: Preocuparse, Hacerse ilusiones, No afrontamiento, Reducción de tensión, Ignorar el problema, Autoculparse y Reservarlo para sí.
3. Estilo de afrontamiento relacionado a otros: El sujeto se acerca a otros para tener apoyo. Utiliza las siguientes estrategias: Apoyo social, Amigos íntimos, Buscar pertenencia, Acción social, Apoyo espiritual y Buscar apoyo profesional.

De esta forma entendemos que no todas las estrategias de afrontamiento tienen resultados benéficos, algunas facilitan el ajuste ante los estresores, sin embargo otras incrementan el riesgo de conductas maladaptativas. La evaluación del estrés puede estar influida por recursos internos del individuo, de tal forma que podemos decir que la evaluación cognitiva está estrechamente relacionada con el afrontamiento con respecto a la interacción entre el individuo y su ambiente; esto incluye la naturaleza objetiva del evento y la evaluación subjetiva del mismo<sup>21</sup>. Por lo tanto el tipo de estresor, los recursos internos y factores externos son importantes para determinar la conducta de afrontamiento.

Dentro de los factores internos del individuo encontramos ciertas habilidades relativas al auto-concepto o aspectos de la personalidad que determinan la forma en la que se evalúa al estresor para después moldear las respuestas de afrontamiento y regular los efectos del estrés. Siendo la adolescencia un periodo del desarrollo en el que el individuo tiene que hacer frente a cambios biofisiológicos así como emocionales, cognitivos y sociales podemos esperar modificaciones también en la elección de las estrategias de afrontamiento.

Con respecto a los factores externos al individuo se ha sugerido que los miembros de la familia y amistades son una fuente importante de apoyo para los adolescentes y que la relación del vínculo con ellos contribuye al desarrollo de estilos de afrontamiento funcionales o disfuncionales. De tal forma, el soporte social, los patrones de comunicación en la familia, la resolución de problemas en compañía, la capacidad de aceptar la ayuda de otros, el conocer la forma en la que otros se enfrentan a los problemas, la disponibilidad de recursos y las condiciones de vida son algunos factores que contribuyen para la elección de ciertas estrategias de afrontamiento.

Una adaptación adecuada al estrés incluye la forma en que los individuos manejan sus emociones, piensan de forma constructiva, reglan y dirigen su comportamiento y activación, la forma en que actúan en ambientes sociales y no sociales para disminuir la fuente que está

generando el estrés<sup>26</sup>. Frydenberg subraya la importancia de conocer las estrategias de afrontamiento en los adolescentes dado que es una etapa del desarrollo en la que existen muchos cambios en la vida del individuo<sup>25</sup>. Otros autores mencionan que el estrés psicosocial es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en la adolescencia, por lo que las intervenciones en esta etapa, diseñadas para mejorar las estrategias de afrontamiento pueden servir para prevenir la psicopatología<sup>27</sup>. Los padres juegan un papel importante en esta etapa, estos pueden brindar al adolescente apoyo emocional, instrumental o material para la resolución de problemas, por lo que la forma en la que ellos mismos se enfrentan a las dificultades puede servir como modelo para la percepción del estrés al adolescente; al observar como los padres resuelven sus problemas los adolescentes puede identificar estrategias de afrontamiento apropiadas o inapropiadas y aplicarlas en situaciones similares. En base a esto podemos cuestionarnos si existe algún patrón estable de generación en generación con respecto a los estilos de afrontamiento o la percepción ante el estrés y determinar cómo esto influye en los adolescentes. Por otro lado, durante la adolescencia, las relaciones de amistad cobran gran importancia, la convivencia con pares obliga al adolescente a enfrentarse a nuevas situaciones que en ocasiones pueden ser percibidas como estresantes llevándolo así a adoptar diferentes estrategias de afrontamiento<sup>25</sup>. Si se interviene de forma temprana en los adolescentes para que estos comprendan mejor las estrategias de afrontamiento que utilizan y se percaten de cuales son aquellas no productivas y sean capaces de adoptar estrategias diferentes.

### **Afrontamiento y comportamiento suicida**

Después de conceptualizar el constructo de afrontamiento y resaltar su importancia durante la adolescencia, examinaremos la evidencia disponible en la literatura para poder comprender los procesos y las consecuencias del afrontamiento en relación con el comportamiento suicida.

En una revisión sistemática acerca del autodaño deliberado y el afrontamiento, en donde se incluyeron 18 artículos originales, se encontró que en 7 estudios hubo una correlación significativa entre un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en adolescentes con autodaño deliberado<sup>28-35</sup>. También se han asociado directamente con el autodaño deliberado las estrategias de evitación<sup>30,38,39,37</sup>. Como estrategias que posiblemente actúan como un factor protector ante el autodaño deliberado se encontraron: pedir ayuda, no dejar que el

problema intervenga con la vida diaria, resolver el problema de forma activa y planear estrategias para resolverlo<sup>34</sup>. En un estudio realizado en Portugal, en una muestra comunitaria que incluía a 1,713 sujetos, se encontraron mayores tasas de afrontamiento no productivo en los sujetos que reportaron autolesiones y que la búsqueda de apoyo social actúa como un posible factor protector contra este comportamiento<sup>40</sup>.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El comportamiento suicida es altamente prevalente en adolescentes con psicopatología, sin embargo se desconoce el estilo y estrategias de afrontamiento que caracteriza a este grupo de estudio. Por lo tanto este proyecto se plantea la siguiente pregunta, ¿Qué estilo y estrategias de afrontamiento utilizan los adolescentes que presentan comportamiento suicida que acuden a solicitar consulta a un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México?

## **JUSTIFICACION**

Los adolescentes son considerados una población vulnerable, debido a que es una etapa en el desarrollo en que se presentan cambios físicos, cognitivos y sociales. Un análisis realizado por la OMS referente a los recursos para la salud mental de niños y adolescentes realizado en 66 países, encontró que en la mayoría de las regiones fuera de las Américas y Europa no cuentan con políticas específicas en salud mental ni con los servicios adecuados para la atención a esta población<sup>41</sup>. Por tal motivo, la atención en nuestro hospital concentra a casos graves que en muchas ocasiones requieren hospitalización. Lo anterior es congruente con la morbilidad en el año 2015 en donde se coloca el intento suicida dentro de las 5 primeras causas de hospitalización, reconociéndose a los trastornos depresivos y de conducta como los dos diagnósticos más prevalentes<sup>42</sup>. Además de la psicopatología, se conoce poco acerca de qué otros factores intervienen en el desarrollo de conductas maladaptativas como es el comportamiento suicida.

## **HIPÓTESIS**

Los adolescentes con psicopatología que presentan comportamiento suicida tendrán puntajes más elevados en las estrategias que caracterizan al estilo de afrontamiento no productivo, ya que este estilo de afrontamiento se asocia al desarrollo de conductas maladaptativas tal como el comportamiento suicida.

## **OBJETIVOS**

General: establecer si existen diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento entre los adolescentes que presentan o no comportamiento suicida

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los adolescentes con psicopatología que presentan o no comportamiento suicida.
2. Identificar los diagnósticos más prevalentes en ambos grupos
3. Describir el tipo de comportamiento suicida que exhiben los adolescentes de este grupo
4. Establecer los estilos de afrontamiento que caracterizan a cada grupo
5. Describir las diferencias en los puntajes de cada uno de los estilos y estrategias de afrontamiento en los adolescentes con y sin comportamiento suicida
6. Identificar cual es la estrategia de afrontamiento más utilizada por los adolescentes que presentan comportamiento suicida

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Diseño: Transversal, descriptivo y correlacional de dos variables en una muestra

Muestra:

Tipo de selección: No probabilística por conveniencia, debido a esto no se incluyen ecuaciones de probabilidad y no se puede calcular el nivel de confianza o el margen de error

Tamaño de la muestra: 58 sujetos

Criterios de inclusión: Sujetos masculinos y femeninos, entre 11-17 años, que acudieron a solicitar consulta al hospital psiquiátrico infantil y se detectó alguna psicopatología. Sujetos alfabetizados que aceptaron participar a través del asentimiento y consentimiento informado firmado por el sujeto y por los padres

Criterios de exclusión: Sujetos con alguna condición física o mental que impida la comprensión del estudio

Criterios de eliminación: Sujetos que no desearon continuar en el estudio y retiraron su consentimiento informado, abandonaron el estudio, no completaron de forma correcta los instrumentos de evaluación

Variables:

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>
Estilo de afrontamiento	Conductas y cogniciones que se emplean para lograr una transición y adaptación efectivas a las circunstancias que generan estrés	Puntuación obtenida en la Escala de afrontamiento para adolescentes. (ACS; Frydenberg & Lewis, 1997)
Comportamiento suicida	Constructo que incluye al suicidio, intento suicida, ideación suicida y autodaño deliberado incluyendo autolesiones no suicidas	Mini International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes. (MINI-KID; Sheehan, D. 1997. Modulo B)

Procedimiento:

El nombre del proyecto principal es: Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención. Con número de registro: I13-3-0315 y fecha de aprobación del comité de investigación: 01 de Abril de 2015. Este proyecto de tesis es derivado del antes mencionado y su título es: Estilos de afrontamiento en sujetos adolescentes que presentan comportamiento suicida atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México. Con número de registro ante el comité de investigación: I13-3-0315-Tb. El investigador principal de ambos es la Dra. María Elena Márquez Caraveo. (Anexo 1).

Se reclutaron pacientes que solicitaron consulta en un hospital psiquiátrico infantil, ya sea en consulta externa o en hospitalización, invitándoles a participar en el estudio. En caso de aceptar la participación se firmó el consentimiento y asentimiento informado por parte del padre/tutor y por el paciente respectivamente (Anexo 4 y 5). A los adolescentes se les aplicó la entrevista diagnóstica Mini International Neuropsychiatric Interview MINI-KID para niños y adolescentes; además se les pidió responder un cuadernillo con la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS; Frydenberg & Lewis, 2000), así como un cuestionario de Estatus socioeconómico (Barcelata y Márquez, 2015).

De igual forma a los padres se les solicitó responder un cuadernillo con la Escala de Afrontamiento para Padres (EAP adaptada por Barcelata y Molina, 2012, de Frydenberg y Lewis, 1997), la Escala de Estilos de Crianza para Padres (EMPU-P adaptada por Barcelata, de Márquez et al., 2009), el Reporte de Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años (CBCL/6-18, Español; Achenbach & Rescorla, 2001), el Instrumento de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares, versión breve (ERI; Rivera, 1999; Rivera y Andrade, 2010) y el cuestionario de Estatus socioeconómico (Barcelata y Márquez, 2015).

Al cumplir con los criterios de selección del estudio fueron incluidos o excluidos según cada

caso. La información obtenida de las escalas se vació en una base de datos electrónica para completar el análisis estadístico.

Flujograma de actividades:



Cronograma de actividades

1. Reclutamiento de pacientes y captura de datos sociodemográficos: 30%
2. Firma del asentimiento/consentimiento informado y Aplicación de escalas: 40%
3. Análisis estadístico: 20%
4. Elaboración del documento final: 10%

Recursos humanos: Adriana Calleja Salazar, Médico residente

Dra. María Elena Márquez Caraveo, Tutor de tesis

Recursos materiales: Material a aplicar impreso, hojas, lápices, equipo de cómputo con software adecuado para el análisis de datos.

Recursos a solicitar: Ninguno.

Instrumentos de medición:

Mini International Neuropsychiatric Interview MINI-KID (Anexo 6)

Autores: Sheehan D, Shytle D, Milo K. Entrevista clínica diagnóstica estructurada que fue elaborada en basándose en los criterios diagnósticos de DSM-IV y del CIE-10. Esta dirigida a población desde los 6 años hasta los 17 años 11 meses. Se divide en distintos módulos que incluyen 23 diagnósticos psiquiátricos, está constituida por preguntas cerradas (si o no) las cuales se deben hacer de forma literal y en cada módulo existe una pregunta clave que determina si se debe completar dicho módulo o si se puede pasar al siguiente. El tiempo de



aplicación aproximado es de 25-30 minutos, requiere de un entrenamiento previo y debe ser aplicada por el investigador. Fue validada al español en el 2004 encontrándose una confiabilidad interevaluador de 0.9-1, una confiabilidad temporal de 0.6-0.75.

#### Escala de afrontamiento para adolescentes ACS (Anexo 7)

Autores: Frydenberg E, Lewis R. Es una escala que valora las diferentes maneras que los adolescentes utilizan para enfrentar sus problemas. Consta de dos secciones, la primera es una pregunta abierta acerca de cuáles han sido los principales problemas que ha vivido en los últimos seis meses. La segunda sección está conformada por un inventario de 80 elementos, 79 son cerrados y se califican por medio de una escala tipo Likert de 5 puntos y el último abierto. Esta escala autoaplicable permite evaluar 18 estrategias de afrontamiento. Cada una de estas estrategias consta de varios ítems los cuales se puntúan para obtener una puntuación total que se analiza de forma cualitativa. Finalmente estas estrategias se agrupan 3 estilos básicos de afrontamiento: (1) Dirigido a la resolución de problemas, (2) Afrontamiento en relación con los demás y (3) Afrontamiento improductivo. Al ser autoaplicable no requiere de entrenamiento previo, está diseñada para sujetos de 13-17 años y se responde en aproximadamente 10 minutos por cada escala. La escala fue validada al español en 1997. El instrumento reporta una alfa global de 0.75 y coeficiencia de test- retest de 0.78.

Análisis estadístico: A través de medidas de tendencia central y de dispersión se midieron los puntajes obtenidos en las escalas, mientras que a través de estadística inferencial se hicieron las asociaciones. Se utilizó el software SPSS versión 17 para el análisis de los datos.

Consideraciones éticas: Con base en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, título segundo, capítulo 1, artículo 17, se sometió el protocolo al Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, así como a la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación (Anexo 2). La investigación se considera de bajo riesgo por tratarse de un estudio documental. Se incluye también el certificado de finalización del curso de capacitación de los Institutos Nacionales de Salud NIH (Anexo 3).

Se obtuvo el consentimiento y asentimiento informado por parte del padre/tutor y del paciente respectivamente, explicando ampliamente cuál sería su participación en el estudio, los riesgos y beneficios, siendo explícitos en mencionar el derecho de retirar su consentimiento informado en el momento en que así lo desearan y que esto no tendría repercusión alguna en su tratamiento en el hospital.

## RESULTADOS

**Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes (N=58)**

	Comportamiento suicida		
	Con comportamiento suicida n=46	Sin comportamiento suicida n=12	Subtotal n=58
	$\bar{x}$ (min-máx)	$\bar{x}$ (min-máx)	$\bar{x}$ (min-máx)
<b>Edad</b>	13.93 (11-17)	13.58 (11-17)	
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sexo</b>			
<b>Masculino</b>	3 (7)	8 (67)	11 (19)
<b>Femenino</b>	43 (93)	4 (33)	47 (81)
<b>Escolaridad</b>			
<b>No estudia</b>	7 (15)	0 (0)	7 (12)
<b>Primaria</b>	5 (11)	2 (17)	7 (12)
<b>Secundaria</b>	24 (52)	6 (50)	30 (52)
<b>Bachillerato</b>	10 (22)	4 (33)	14 (24)
<b>Ocupación</b>			
<b>Estudia</b>	39 (85)	10 (83)	49 (84)
<b>Estudia y trabaja</b>	0 (0)	2 (17)	2 (3)
<b>Solo trabaja</b>	1 (2)	0 (0)	1 (2)
<b>Sin ocupación</b>	6 (13)	0 (0)	6 (10)

En la tabla 2 se describen las características sociodemográficas de los participantes. La muestra estuvo constituida por 58 adolescentes, la edad media de los sujetos con comportamiento suicida fue de 13.93 y para aquellos sin comportamiento suicida fue de 13.58, en ambos casos con un rango de edad entre los 11 y 17 años. En cuanto al sexo predominó el femenino con 47 sujetos (81%) y 11 sujetos masculinos (19%); de estos, 43 mujeres y 3 varones se encontraban en el grupo con comportamiento suicida. En cuanto al nivel de educación, la mayoría de los sujetos se encontraban en nivel secundaria (52%), un 24% en nivel bachillerato, Respecto a la ocupación de los sujetos, la mayoría se encuentra estudiando (84%).

**Tabla 3. Descripción de la psicopatología, el estilo de afrontamiento y el tipo de comportamiento suicida (N=58)**

	Comportamiento suicida					
	Con comportamiento o suicida n=46		Sin comportamiento o suicida n=12		Subtotal n=58	
	x̄ (rango)		x̄ (rango)		x̄ (rango)	
<b>Numero de trastornos psiquiátricos</b>	5 (1-14)		3 (1-5)		4 (1-14)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Diagnósticos más frecuentes</b>						
<b>TDM episodio único</b>	34	59				
<b>Distimia</b>	29	50				
<b>Trastorno negativista desafiante</b>	23	40				
<b>TDM episodio único</b>			10	40		
<b>Distimia/Trastorno negativista desafiante/TDAH mixto</b>			7	33		
<b>TAG/Trastorno ansiedad por separación</b>			5	10		
	n=	%	n=	%	n=	%
<b>Diagnósticos por categorías</b>						
<b>Cualquier Trastorno afectivo</b>	39	81	9	19	48	100
<b>Cualquier Trastorno de ansiedad</b>	16	76	5	24	21	100
<b>Cualquier Trastorno de conducta</b>	27	79	7	21	34	100
<b>Cualquier Trastorno por consumo de sustancias</b>	6	86	1	14	7	100
<b>Cualquier diagnóstico de otros*</b>	2	67	1	33	3	100
	x̄	d.e	x̄	d.e	x̄	d.e
<b>Estilo de afrontamiento</b>						
<b>Afrontamiento productivo</b>	1.92	0.06	2.04	0.26	1.94	0.11
<b>Afrontamiento No productivo</b>	1.87	0.05	1.52	0.21	1.80	0.06
<b>Relacionado a otros</b>	1.55	0.08	1.25	0.12	1.49	0.08
	n=	%				
<b>Tipo de comportamiento suicida</b>						
<b>Intento suicidio</b>	17	37				
<b>Ideación suicida</b>	25	54				
<b>Actos preparatorios, comportamiento suicida inminente</b>	7	15				
<b>Autolesiones no suicidas</b>	36	78				

TDM=Trastorno depresivo mayor; TDAH=Trastorno por déficit de atención; TAG=Trastorno de ansiedad generalizada. \*Otros=Trastorno obsesivo compulsivo, Bulimia nervosa, Trastorno adaptativo.

En la tabla 3 se describe la psicopatología, el estilo de afrontamiento y el tipo de comportamiento suicida. La media de diagnósticos de trastornos psiquiátricos en el grupo

con comportamiento suicida fue de 5 con un rango de 1-14, mientras que en el grupo sin comportamiento suicida fue de 3 con un rango de 1-5 diagnósticos. Los 3 diagnósticos más frecuentes para el grupo con comportamiento suicida fueron trastorno depresivo mayor episodio único, distimia y trastorno negativista desafiante; para el grupo sin comportamiento suicida fueron trastorno depresivo mayor episodio único, en segundo lugar distimia, trastorno negativista desafiante y trastorno por déficit de atención mixto, y en tercer lugar trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad por separación. Al agrupar los diagnósticos por categorías encontramos que el 81% de los sujetos con comportamiento suicida tenían al menos un diagnóstico de trastornos afectivos en comparación con el 19% de los sujetos sin comportamiento suicida. Para los trastornos de ansiedad y de conducta, fue del 76% y 79% respectivamente en el grupo con comportamiento suicida y de 24% y 21% para el grupo sin comportamiento suicida. Respecto a los estilos de afrontamiento, el grupo con comportamiento suicida obtuvo una media de 1.92 (d.e 0.06) en el afrontamiento productivo, de 1.87 (d.e 0.05) en el afrontamiento no productivo y de 1.55 (d.e 0.08) para el relacionado a otros; en el grupo sin comportamiento suicida fueron de 2.04 (d.e 0.26), 1.52 (d.e 0.21) y 1.25 (d.e 0.12) respectivamente. En cuanto al tipo de comportamiento suicida, de los 46 sujetos, 17 (37%) habían tenido un intento suicida, 25 (54%) mencionaron tener ideación suicida, 7 sujetos (15%) realizaron actos preparatorios o comportamiento suicida inminente y 36 sujetos (78%) refirieron tener autolesiones no suicidas.

**Tabla 4. Trastornos psiquiátricos en los sujetos con y sin comportamiento suicida (N=58)**

	Comportamiento suicida					
	Con comportamiento suicida n=46		Sin comportamiento suicida n=12		Subtotal n=58	
	n=	%	n=	%	n=	%
<b>TDM episodio único</b>	34	59	6	10	40	69
<b>Distimia</b>	29	50	4	7	33	57
<b>Trastorno negativista desafiante</b>	23	40	4	7	27	47
<b>Trastorno disocial</b>	11	19	1	2	12	21
<b>TDAH mixto</b>	9	16	4	7	13	22
<b>Trastorno por estrés postraumático</b>	8	14	0	0	8	14
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	7	12	3	5	10	17
<b>Trastorno de angustia actual</b>	4	7	1	2	5	9
<b>Agorafobia</b>	4	7	0	0	4	7
<b>Fobia social no generalizada</b>	4	7	0	0	4	7
<b>Fobia específica</b>	4	7	0	0	4	7
<b>Abuso alcohol</b>	3	5	0	0	3	5
<b>Abuso sustancias no alcohol</b>	3	5	0	0	3	5
<b>TDAH inatento</b>	3	5	2	3	5	9
<b>Trastorno ansiedad por separación</b>	3	5	3	5	6	10
<b>Trastorno de angustia de por vida</b>	2	3	1	2	3	5
<b>Dependencia a alcohol</b>	2	3	0	0	2	3
<b>Dependencia a sustancias no alcohol</b>	2	3	1	2	3	5
<b>TDAH hiperactivo/impulsivo</b>	2	3	0	0	2	3
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	1	2	0	0	1	2
<b>Bulimia nerviosa</b>	1	2	0	0	1	2
<b>Trastorno adaptativo</b>	0	0	1	2	1	2

**TDM= Trastorno depresivo mayor; TDAH=Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**

En la tabla 4 se presentan los trastornos psiquiátricos en los sujetos con y sin comportamiento suicida. En el total de la muestra los tres diagnósticos más prevalentes fueron el Trastorno depresivo mayor episodio único con 40 sujetos (69%), la Distimia con 33 sujetos (57%) y el Trastorno negativista desafiante con 27 sujetos (47%). En el grupo con comportamiento suicida la prevalencia de estos trastornos fue del 59%, 50% y 40% respectivamente; mientras que en el grupo sin comportamiento suicida fue de 10%, 7% y 7% respectivamente.

**Tabla 5. Diferencias en estilos y estrategias de afrontamiento en sujetos con y sin comportamiento suicida (N=58)**

		Comportamiento suicida							
		Con		Sin		Subtotal n=58			
		comportamiento		comportamiento					
		suicida n=46		suicida n=12					
Estilo	Estrategia	$\bar{x}$	d.e	$\bar{x}$	d.e	$\bar{x}$	d.e	t**	p*
afrontamiento	afrontamiento								
<b>Afrontamiento productivo</b>		1.92	0.06	2.04	0.26	1.94	0.11	0.335	.739
	Rp	2.07	0.88	1.83	0.83	2.02	0.87	-0.821	.415
	Po	1.26	0.83	1.42	0.79	1.29	0.82	0.585	.561
	Ai	1.89	0.99	1.83	1.40	1.88	1.08	-0.165	.870
	Fi	1.85	0.99	2.42	1.31	1.97	1.08	1.656	.103
	Dr	2.22	0.94	2.50	1.00	2.28	0.95	0.915	.364
	Pe	2.20	0.91	1.92	1.08	2.14	0.94	-0.909	.367
	Es	1.98	0.86	2.17	0.72	2.02	0.83	0.700	.487
<b>Afrontamiento no productivo</b>		1.87	0.05	1.52	0.21	1.80	0.06	-1.853	.069
	Ip	1.46	0.94	1.42	0.67	1.45	0.88	-0.138	.891
	Re	2.22	0.92	2.08	0.79	2.19	0.89	-0.463	.654
	Na	1.48	0.94	1.00	0.43	1.38	0.88	-1.714	.092
	Cu	2.37	0.85	1.50	1.09	2.19	0.96	-2.969	.004*
	Rt	1.65	1.02	0.92	0.79	1.50	1.01	-2.325	.024*
	Hi	1.74	0.88	1.58	0.67	1.71	0.84	-0.570	.571
	Pr	2.17	0.90	2.17	0.94	2.17	0.90	-0.025	.980
<b>Relacionado a otros</b>		1.55	0.08	1.25	0.12	1.49	0.08	-1.150	.255
	Ap	1.78	0.94	1.25	0.75	1.67	0.93	-1.811	.075
	As	1.89	0.95	2.25	0.87	1.97	0.94	1.187	.210
	Ae	1.35	0.85	0.75	0.62	1.22	0.84	-2.279	.027*
	So	1.17	0.77	0.75	0.62	1.09	0.76	-1.762	.084

\*p < .05 \*\*grados de libertad=56.

Rp=Concentrarse en resolver el problema; Po=Fijarse en lo positivo; Ai=Invertir en amigos íntimos; Fi=Distracción física; Dr=Buscar diversiones relajantes; Pe=Buscar pertenencia; Es=Esforzarse y tener éxito; Ip=Ignorar el problema; Re=Reservarlo para sí; Na=Falta de afrontamiento; Cu=Autoinculparse; Rt=Reducción de la tensión; Hi=Hacerse ilusiones; Pr=Preocuparse; Ap=Buscar ayuda profesional; As=Buscar apoyo social; Ae=Buscar apoyo espiritual; So=Acción social.

En la tabla 5 se presentan las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos y su relación con el comportamiento suicida. En cuanto a las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo, observamos que los sujetos del grupo con comportamiento suicida

obtienen puntuaciones medias más bajas al compararlos con el grupo sin comportamiento suicida en: Fijarse en lo positivo (Po), Distracción física (Fi), Buscar diversiones relajantes (Dr) y Esforzarse (Es). En el afrontamiento no productivo los sujetos del grupo con comportamiento suicida obtienen puntuaciones medias más elevadas en las estrategias: Ignorar el problema (Ip), Reservarlo para sí (Re), Falta de afrontamiento (Na), Autoinculparse (Cu), Reducción de la tensión (Rt) y Hacerse ilusiones (Hi). Finalmente el relacionado a otros se obtienen medias más elevadas en los sujetos con comportamiento suicida en las estrategias: Buscar ayuda profesional (Ap), Buscar apoyo espiritual (Ae) y Acción social (So). Con el propósito de establecer si las medias de las puntuaciones en los estilos y estrategias de afrontamiento difieren en los sujetos con y sin comportamiento suicida, se llevó a cabo un análisis mediante t de Student considerando un nivel de significancia de  $p < .05$ . La mayor diferencia a nivel significativo se observó en dos de las estrategias relacionadas con el afrontamiento no productivo Autoinculparse (Cu), Reducción de la tensión (Rt). Además de la estrategia Buscar apoyo espiritual (Ae) que se considera dentro del afrontamiento relacionado a otros. Se observa también que marginalmente existe una significancia entre el estilo de afrontamiento no productivo y las estrategias Buscar ayuda profesional (Ap) y Acción social (So), en los sujetos con y sin comportamiento suicida.

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue establecer si existen diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento entre los adolescentes que presentan o no comportamiento suicida. Focalizar en la adolescencia es debido a que es una etapa del desarrollo en la que el sujeto se enfrenta a cambios biofisiológicos así como emocionales, cognitivos y sociales como la relación con los padres o las propias amistades. Durante este proceso el sujeto deberá aprender a orientar sus pensamientos y comportamientos para resolver los problemas que generan estrés y a manejar las reacciones emocionales que se generan de este, lo cual se define como afrontamiento<sup>25</sup>. Efectivamente, este estudio comprobó que los adolescentes con comportamiento suicida presentan un estilo y estrategias de afrontamiento no productivo en mayor proporción que aquellos que no tienen este comportamiento.

Respecto a las características sociodemográficas de los sujetos estudiados, se observa que la media de edad fue de 14 años, con una mayor prevalencia del sexo femenino (81%).

Como era de esperarse de acuerdo a lo reportado por Benjet que menciona que el sexo femenino confiere una vulnerabilidad a presentar un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de presentar cualquier trastorno<sup>43</sup>. La mayoría de los sujetos se encontraban en educación secundaria (52%) y un 24% en nivel bachillerato, lo cual es consistente con lo reportado por el INEGI en 2010, en donde se menciona que el grado promedio de escolaridad en mayores de 15 años es el 8vo grado (secundaria). En cuanto a la ocupación de los participantes, el 84% de nuestra muestra se encontraba estudiando que es un porcentaje similar al obtenido por Benjet, en donde se encontró que 81% de la población estaba escolarizada<sup>44</sup>. No obstante, llama la atención que el grupo con comportamiento suicida concentró a los adolescentes que no tienen ocupación, lo cual coincide con la misma autora, quien lo menciona como un factor asociado a mayor prevalencia de trastornos afectivos, por consumo de sustancias y trastornos impulsivos.

En relación con la psicopatología presente en los sujetos estudiados, se encontró una media de 4 diagnósticos por medio de la herramienta utilizada (MINI-KID) en ambos grupos, con un promedio de 5 diagnósticos para los sujetos con comportamiento suicida y de 3 diagnósticos para los sujetos sin comportamiento suicida. Los diagnósticos más prevalentes en ambos grupos fueron el trastorno depresivo mayor episodio único (69%), distimia (57%), trastorno negativista desafiante (47%), trastorno por déficit de atención mixto y trastorno disocial (21%), solo los trastornos de ansiedad se presentaron en el grupo sin comportamiento suicida en un tercer lugar. Al contrastar los resultados con los obtenidos por Benjet, coincide en los trastornos afectivos y los impulsivos, más no en los de ansiedad<sup>43</sup>. Lo anterior puede ser atribuido a que en dicho estudio se hizo con una muestra comunitaria, mientras nuestra población es clínica; de acuerdo a la autora, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes pero por los que menos se busca ayuda profesional. Sin embargo, nuestros resultados concuerdan con la morbilidad global reportada en el hospital durante el año 2015, en donde los episodios depresivos ocupan el primer lugar y los trastornos de conducta el segundo.

Del total de la población estudiada (n=58), el 79% de los sujetos presentó comportamiento suicida (n=46). Al desglosar cada uno de los aspectos que engloba el constructo se obtuvieron los siguientes datos. El 37% de los sujetos reportó haber tenido al menos un



intento suicida, llama la atención encontrar una tasa tan elevada ya que en la mayoría de los estudios reportados en la literatura internacional, la prevalencia de intento suicida a lo largo de la vida se encuentra entre el 2.7-10.5%<sup>16,45-47</sup>. Lo anterior puede explicarse debido a que el presente estudio utilizó una muestra clínica, sin embargo los datos obtenidos concuerdan con la morbilidad reportada en el hospital psiquiátrico infantil en donde se sitúa al intento de suicidio como la 5ta causa de hospitalización. El 54% de los sujetos expresó tener ideación suicida, al igual que con lo mencionado respecto al intento suicida, se encontró una tasa más elevada de la que se ha reportado en otros estudios que establece una prevalencia de 19-24%<sup>45</sup>. Los actos preparatorios o comportamiento suicida inminente se encontraron en un 15% de nuestra población, lo cual es congruente con lo reportado por Nock (2008), quien refiere una prevalencia entre 12.6-19%<sup>45</sup>. Finalmente, el 78% de los sujetos tenían autolesiones no suicidas, a este respecto, en la literatura internacional se menciona que la prevalencia a lo largo de la vida es del 15-20%, sin embargo Klonsky (2014), indica que este porcentaje es mayor en población clínica, tal como la nuestra<sup>18</sup>.

Los datos acerca de la psicopatología reportados en este estudio son consistentes con lo reportado en la literatura internacional en donde se menciona que el 80-90% de los adolescentes con intento de suicidio padecen un trastorno mental<sup>16</sup>. Los datos de investigación indican que los diagnósticos más frecuentes son los del estado de ánimo, de ansiedad, de conducta y por consumo de sustancias; siendo la depresión el principal predictor de la ideación suicida (60%). En cuanto a la literatura nacional, Borges encontró que el 85.44% de los sujetos con intento de suicidio reportó padecer algún trastorno mental, principalmente los del estado de ánimo<sup>17</sup>. Con respecto a las autolesiones no suicidas se menciona que el 87.6% tiene un diagnóstico de eje I de acuerdo al DSM-IV, y el 92% al menos uno de acuerdo al CIE-10<sup>19,20</sup>.

Referente al afrontamiento encontramos que los sujetos con comportamiento suicida tienen puntuaciones medias más bajas en las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo y puntuaciones medias más elevadas en el afrontamiento no productivo que los sujetos sin comportamiento suicida. Esto concuerda con lo reportado en la literatura en donde se ha encontrado una correlación significativa entre un estilo de afrontamiento enfocado en la emoción en adolescentes con comportamiento suicida<sup>29-37</sup>. Además se ha

encontrado mayor uso de estrategias de evitación en sujetos con comportamiento suicida<sup>30,37-39</sup>. Al realizar una revisión de la literatura, encontramos 3 artículos que utilizaron la misma escala que nuestro estudio para medir el afrontamiento. Los resultados encuentran que es menos probable que los sujetos con comportamiento suicida utilicen estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo o del relacionado a otros y más probable que utilicen estrategias de evitación. Hall (2010) encontró que el afrontamiento productivo y el relacionado a otros se relacionan significativamente con los sujetos sin comportamiento suicida<sup>48</sup>. Finalmente, en un estudio realizado en Portugal por Guerreiro (2015), en una muestra comunitaria que incluía a 1,713 sujetos, se encontraron mayores tasas de afrontamiento no productivo en los sujetos que reportaron autolesiones y que la búsqueda de apoyo social actúa como un posible factor protector contra este comportamiento<sup>40</sup>. En nuestro estudio encontramos que las estrategias Autoinculpase (Cu) y Reducción de la tensión (Rt) se relacionan de forma significativa con el comportamiento suicida. Una contribución de este trabajo es proveer de evidencia empírica a la presencia de factores de protección en la población con comportamiento suicida, ya que se documentaron diferencias significativas en la estrategia de Buscar ayuda espiritual (Ae).

## CONCLUSIONES

1. La media de edad de los sujetos estudiados se encontró en la adolescencia media. Mayoritariamente con sujetos del sexo femenino. El mayor porcentaje de sujetos se encontraba escolarizado y de los que no tenían ninguna ocupación, pertenecían al grupo con comportamiento suicida.
2. Los diagnósticos más prevalentes en el grupo con comportamiento suicida fueron 1) Trastorno depresivo mayor episodio único (n=34), 2) Distimia (n=29) y 3) Trastorno negativista desafiante (n=23). Para el grupo sin comportamiento suicida fueron 1) Trastorno depresivo mayor episodio único (n=10), 2) Distimia/Trastorno negativista desafiante/Trastorno por déficit de atención mixto (n=7) y 3) Trastorno de ansiedad generalizada/Trastorno de ansiedad por separación (n=5).
3. De acuerdo al tipo de comportamiento suicida, el 37% tuvo al menos un intento suicida, el 54% refirió ideación suicida, el 15% reportó haber realizado actos preparatorios o comportamiento suicida inminente y el 78% tenía autolesiones no suicidas.

4. La estrategia de afrontamiento más utilizada por el grupo con comportamiento suicida fue Autoinculparse.
5. Los adolescentes con comportamiento suicida tienen puntuaciones medias más bajas en las estrategias relacionadas con el afrontamiento productivo y puntuaciones medias más elevadas en el afrontamiento no productivo que los sujetos sin comportamiento suicida.
6. Las estrategias de Autoinculparse (Cu) y Reducción de la tensión (Rt) se relacionan de forma significativa con el comportamiento suicida y la estrategia de Buscar apoyo espiritual (Ae) podría significar un factor protector para los sujetos con comportamiento suicida.
7. El uso de escalas en este estudio y los resultados obtenidos a través de estas revelan la importancia de la clinimetría en la evaluación de los pacientes.

El comportamiento suicida es altamente prevalente en adolescentes, tanto en la comunidad como en poblaciones clínicas, además de que existe una sobrerrepresentación del sexo femenino en adolescentes con conducta suicida. Existe una subevaluación de los síntomas que incluye el constructo del comportamiento suicida por lo que es necesario que en las valoraciones psiquiátricas de los pacientes se incluyan instrumentos de evaluación o entrevistas estructuradas para establecer diagnósticos más apropiados. Finalmente, el abordaje de los sujetos se enfoca principalmente al tratamiento farmacológico de la psicopatología y no en ayudar al paciente a desarrollar estrategias para afrontar las dificultades propias de esta etapa del desarrollo. Por lo que cobra importancia el desarrollar estrategias de prevención e intervención en los adolescentes para evitar el desarrollo de conductas maladaptativas y mejorar su salud mental una vez que han presentado algún trastorno psiquiátrico.

### **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Existen limitaciones en el presente trabajo para la aplicación general de los hallazgos. Este estudio fue realizado en una población clínica de adolescentes en un hospital psiquiátrico infantil (consulta externa y hospitalización), por lo que la muestra puede no ser representativa para extrapolar los datos a una comunidad. En relación con lo anterior, podemos suponer que la severidad de los casos estudiados es mayor, por lo que las prevalencias que obtuvimos, tanto en psicopatología como en comportamiento suicida, son mayores a las

reportadas en contextos comunitarios. Por otro lado, el tamaño limitado de nuestra muestra por lo que futuras investigaciones podrán incluir una población más representativa, principalmente del género masculino, ya que en este trabajo los participantes fueron mayoritariamente del sexo femenino por lo que no se pudieron explorar posibles asociaciones en cuanto al género. Finalmente, al ser un estudio transversal, únicamente se evaluó a los sujetos en un punto del tiempo, por lo que no podemos determinar cómo cambia la conducta a lo largo del tiempo, ni establecer relaciones causales.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra: OMS; 2001. Hoja informativa: 220.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Mental Health Services. Promotion and Prevention in Mental Health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DHHS publication no. CMHS-SVP-0175; 2007.
3. World Health Organization. Risks to Mental Health: An overview of vulnerabilities and Risk Factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Geneva: WHO; 2012.
4. Masten A, Garmezy N. Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology. In: Lahey B, Kazdin A, editors. Advances in Clinical Child Psychology. Vol 8. New York: Plenum Press; 1985:1-52.
5. Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, Ahonen J. Framework for Promoting Mental Health in Europe. National Research and Development. Center for Welfare and Health Ministry of Social Affairs and Health. 1999:130.
6. Dieskstra R. The Epidemiology of Suicide and Parasuicide. In: Dieskstra R et al, editors. Preventive Strategies on Suicide. Leiden; 1995:1-34.
7. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry. 2007;164:1035-43.

8. Center of Disease Control and Prevention. Definitions: Self-directed Violence. Atlanta: CDC; 2015. <http://cdc.gov/violenceprevention/suicide/definition.html>.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> edition). Washington, DC. APA;2015.
10. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007;63:1045-1056.
11. Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as preparate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry.* 2005;75:324-333.
12. Muehlenkamp JJ, Guitierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior an suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34:12-23.
13. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate Self-harm Within an International Community Sample of Young People: Comparative Findings From the Child & Adolescent Self-harm in Europe Study (CASE). *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;Jun 49(6):667-677.
14. World Health Organization. Preventing Suicide: A global Imperative. Geneva: WHO; 2014:141.
15. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidol Online.* 2002;Arq 7(2).
16. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr.* 2009;Oct 21(5):613-619.
17. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex.* 2010;52:292-304.
18. Klonsky ED, Victor ST, Saffer B. Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Can J Psychiatry.* 2014;59(11):565-568.
19. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; Sep 144(1):65-72.
20. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2001; Jan 178(1):48-54.
21. Lazarus RS. Psychological stress and coping in adaptation and illness. *Int J Psychiatry Med.* 1974;5:321-333.

22. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Martinez Roca, editores. Barcelona; 1986.
23. Skinner EA, Wellborn JG. Children's coping in the academic domain. In: *Handbook of Children's coping; Linking theory and intervention*. Wolchik and Sandler, editors. New York; Plenum Press. 1997; 387-422.
24. Skinner EA. *Perceived control, motivation and coping*. SAGE series on individual differences and development; vol8. Thousand Oaks, California. 1995.
25. Frydenberg E, Lewis R. Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc*. 1991;14:119-133.
26. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Harding-Thomsen A, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. Washington, American Psychological Assn. 2001;127(1):87-127.
27. Grant KE, Compas BE, Stuhlmacher AF, McMahon SD, Halpert JA. Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychol Bull*. 2003;129(3):447.
28. Guerreiro DF, Cruz D, Frاسquilho D, Santos JC, Figueira ML, Sampaio D. Association between deliberate self-harm and coping in adolescents: A critical review of the last 10 year's literature. *Arch Suicide Res*. 2013;17(2):91-105.
29. Edwards MJ, Holden RR. Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *J Clin Psychol*. 2001;57(12):1517-1534.
30. Evans E, Hawton L, Rodham K. In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies?. *J Adoles*. 2005;28:573-587.
31. McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, De Leo D, et al. Problem solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicenter study. *Psychol Medicine*. 2006;36(1):45-55.
32. Mikolajczak M, Petrides KV, Hurry J. Adolescent choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *Br J Clin Psychol*. 2008;48(2):181-193.

33. Portzky G, De Wilde EJ, Van Heeringer K. Deliberate self-harm in young people: Differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(3):179-186.
34. Santos JC, Saravia CB, De Sousa L. The role of expressed emotion, self-concept, coping and depression in parasuicidal behavior: A follow-up study. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):358-367.
35. Willians F, Hasking P. Emotion regulation, coping and alcohol use as moderators in the relationship between non suicidal self-injury and psychological distress. *Prev Sci*. 2010;11(1):33-41.
36. Cadwood CD, Huprich SK. Late adolescent nonsuicidal self-injury: The roles of coping style, self-esteem and personality disorders. *J Pers Disord*. 2011; 25(6):765-781.
37. Kirchner T, Ferrer L, Fornis M, Zanini D. Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students: Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(4):226-235.
38. Kidd SA, Carrol MR. Coping and suicidality among homeless youth. *J Adolesc Health*. 2007;30(2):283-296.
39. Andover MS, Pepper CM, Gibb BE. Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(2):238-43.
40. Guerreiro DF, Figueira ML, Cruz D, Sampaio D. Coping strategies in adolescents who self-harm. A community sample study. *Crisis*. 2015;36(1):31-37.
41. World Health Organization. *Mental Health Atlas: 2005*. Geneva: WHO;2005.
42. Registro de morbilidad 2015, División de mejora continua y calidad del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
43. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Apr;50(4):386-395.
44. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Mendez E, Fleiz E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Ment*. 2009;32(2):155-163.
45. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicide behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-154.

46. McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*. 2015 Oct;108(10):765-780.
47. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behavior. *Lancet*. 2016;387:1227-39.
48. Hall B, Place M. Cutting to cope – a modern phenomenon. *Child Care Health Dev*. 2010;36(5):623-629.



## ANEXOS

### Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales  
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad  
Servicios de Atención Psiquiátrica  
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Álvarez

**Oficio: DI/CI/940/0516**

**Asunto: registro de tesis derivada  
México, D.F., a 2 de Mayo de 2016**

**Dra. María Elena Márquez Caraveo**  
**Investigador responsable**  
**Presente**

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: **Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención**  
No. de registro: **II3-3-0315**  
Aprobación CI: **1 abril 2015**

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**


Título: **Estilos de afrontamiento en sujetos adolescentes que presentan comportamiento suicida  
atendidos en un HPI de la Ciudad de México**  
No. Registro: **II3-03-0315-Tb**  
Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**  
Tesisista: **Adriana Calleja Salazar**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesisista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesisista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente

  
Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo  
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad  
Archivo

## Anexo 2. Carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación



Comité de Ética en Investigación

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

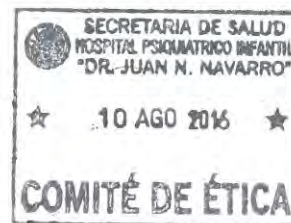
10/08/2016  
Oficio 32

**Dra. Adriana Calleja Salazar**  
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos secundarios derivados del proyecto: "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención", del cual se derivó la tesis: "Estilos de afrontamiento en sujetos adolescentes que presentan comportamiento suicida, atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la ciudad de México"

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Atte.



Dr. Julio César Flores Lázaro  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

### Anexo 3. Certificado curso de capacitación NIH

29/4/2015

Protección de los participantes humanos de la investigación

#### **Certificado de finalización**

La Oficina para Investigaciones Extraintitucionales de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) certifica que **Adriana Calleja** ha finalizado con éxito el curso de capacitación de NIH a través de Internet "Protección de los participantes humanos de la investigación".

Fecha de finalización: 04/29/2015

Número de certificación: 348637

## **Anexo 4. Consentimiento informado**

### **Consentimiento Informado**

#### **Título de la investigación**

Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención

Mi hijo/a fue valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y le dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por esto ha sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales que pudieran relacionarse con un riesgo de problemas de salud mental o con factores protectores, que disminuyan la intensidad de esos problemas.

Se aplicarán instrumentos tipo cuestionario que miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, los problemas de atención o la conducta, además de que entrevistarán a mi hijo/a y a mí sobre estos temas. También pedirán que mi hijo/a y uno de sus papás respondamos a cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, aspectos del funcionamiento familiar y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos que están en los cuestionarios y en la entrevista se llaman: Estatus socioeconómico, Escala de afrontamiento, Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares, Autoinforme y Reporte del comportamiento de jóvenes, Estilos de crianza, Escala global de estrés para adolescentes y Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica.

Estos cuestionarios y las entrevistas de la investigación, no tienen costo para nosotros y serán aplicadas en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

#### **Beneficios del estudio**

El beneficio es que mi hijo/a recibirá una valoración adicional sobre su problemática, que apoyará a su tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico, y de ahí el médico tratante podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

#### **Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio**

Si mi hijo/a y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (7.30 am a 2.30 pm).

#### **Derecho a retirarse del estudio**

Mi hijo/a y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica de mi hijo/a en el hospital. Si deseamos retirarnos del estudio sólo debemos notificarlo a la Dra. Ma. Elena Márquez.

#### **Confidencialidad**

Las personas que participan en el estudio se comprometen a que la información obtenida de mi hijo/a se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se divulgue su identidad. Además me han enterado que la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

### Firmas del Consentimiento Informado

Mi hijo/a y yo hemos leído la información anterior, se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Aceptamos participar en este estudio, y entendemos que esta participación es voluntaria y que podemos retirarnos en el momento que deseemos, sin que tengamos algún perjuicio por eso. Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en la investigación, y también aparece la firma de mi hijo/a, quien asiente su participación en forma voluntaria.

Nombre completo y firma del **adolescente** Fecha

Nombre completo y firma de la **madre** o tutor Fecha

Nombre completo y firma del **padre** o tutor Fecha

////////////////////////////////////

Nombre completo y firma de la persona **testigo 1** Fecha

Dirección Relación con el paciente

Nombre completo y firma de la persona **testigo 2** Fecha

Dirección Relación con el paciente

////////////////////////////////////

Nombre completo y firma del **investigador** Fecha  
que explicó la información de este consentimiento

## **Anexo 5. Asentimiento informado**

### **Asentimiento Informado**

#### **Título del estudio de investigación**

Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención

He sido valorado/a en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y me dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Por esto he sido invitado/a a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar factores personales, familiares y sociales.

Resolveré cuestionarios sobre instrumentos que miden la intensidad de problemas como la depresión, la ansiedad, y problemas de atención o de conducta, además me entrevistarán sobre estos temas. También me pedirán que responda a cuestionarios que evalúan el estilo de respuesta al estrés, aspectos del funcionamiento familiar, y la presencia de situaciones de apuro económico. Los instrumentos que están en los cuestionarios y en la entrevista se llaman: Estatus socioeconómico, Escala de afrontamiento, Instrumento de evaluación de relaciones intrafamiliares, Autoinforme y Reporte del comportamiento de jóvenes, Estilos de crianza, Escala global de estrés para adolescentes y Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica.

Estos cuestionarios y las entrevistas del estudio, no tienen costo para nosotros y serán aplicados en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

#### **Beneficios del estudio**

El beneficio es que recibiré una valoración adicional, que apoyará mi tratamiento en el hospital. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico, y de ahí el médico tratante podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

#### **Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio**

Si tengo cualquier pregunta acerca de este estudio me puedo poner en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y que se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (7.30 am a 2.30 pm).

#### **Derecho a retirarme del estudio**

Soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el hospital. Si deseo retirarme del estudio sólo debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena Márquez.

#### **Confidencialidad**

En este estudio se comprometen a que la información de los cuestionarios y las entrevistas se mantendrá confidencial. Los resultados de las valoraciones pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se mencione mi identidad, además la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

**Firmas del Asentimiento Informado**

Se me ha explicado y he leído la información anterior, a mí y a mi padre/madre o tutor se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Acepto participar en este estudio, y entiendo que esta participación es voluntaria y que puedo retirarme en el momento que desee, sin que tenga algún perjuicio por eso.

Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en el estudio, y también aparece la firma de mi padre/madre o tutor, quien consiente nuestra participación en forma voluntaria.

Nombre completo y firma del **adolescente** Fecha

Nombre completo y firma de la **madre** o tutor Fecha

Nombre completo y firma del **padre** o tutor Fecha

////////////////////////////////////

Nombre completo y firma de la persona **testigo 1** Fecha

Dirección Relación con el paciente

Nombre completo y firma de la persona **testigo 2** Fecha

Dirección Relación con el paciente

////////////////////////////////////

Nombre completo y firma del **investigador** Fecha  
que explicó la información de este consentimiento

## Anexo 6. Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica, MINI-KID

# M.I.N.I. KID

## MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA Para niños y adolescentes

Spanish for Mexico Translation Version 6.0

DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo, J. Janavs  
University of South Florida College of Medicine - Tampa, EE.UU.

FRANCIA: Y. Lecrubier  
Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris, Francia

© Copyright 1998-2010 Sheehan DV y Lecrubier Y.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida ni transmitida de ninguna forma, o por ningún medio, electrónico o mecánico, incluso por fotocopiado, ni por ningún sistema de recuperación o almacenaje de información, sin el permiso por escrito del Dr. Sheehan o del Dr. Lecrubier. Los investigadores y profesionales de la salud mental que trabajan en organizaciones sin fines de lucro o en organizaciones públicas (incluyendo universidades, hospitales sin fines de lucro e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias en papel del instrumento M.I.N.I. KID para su propio uso clínico e investigación.

### RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nuestro objetivo es asistir con mayor eficacia y exactitud en la evaluación y el rastreo de pacientes. Antes de llevar a cabo cualquier acción basada en los datos recolectados y procesados por este programa, los mismos deberán ser revisados e interpretados por un profesional de la salud mental certificado. Este programa no está diseñado ni tiene como objetivo suplir una completa evaluación médica y psiquiátrica del profesional de la salud mental o psiquiatra calificado y certificado. Fue diseñado sólo como un instrumento para facilitar la recopilación precisa de datos y el procesamiento de síntomas obtenidos por personal capacitado.

M.I.N.I. KID 6.0 (January 1, 2010).

- 1 -

M I N I K I D - Mexico/Spanish - Version of 17 Nov 10 - Mapi Research Institute.  
105879 / M I N I K i d 6 0 \_ A U S 0 \_ s p a - M X . d o c



## Anexo 7. Escala de afrontamiento para adolescentes, ACS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
"DR. JUAN N. NAVARRO"



# CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

## CLÍNICA

PROYECTO PAPIIT  
IN303714-3

**Responsable en la FES Zaragoza**

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

**Responsable en el Hospital**

Dra. María Elena Márquez Caraveo

ño: Barcelata Eguiarte y Márquez Caraveo  
ril2015

PAPIIT IN303714-3