

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



TESIS:

Estrés y afrontamiento en adolescentes que presentan conducta suicida,
atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad México

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

Daniel Carrillo Robles

TUTORA:

Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2019



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:

Daniel Carrillo Robles

Correo electrónico: dr_daniel_cr@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@hotmail.com

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

Agradecimientos

Ni en el más delirante de mis sueños, llegue a imaginar la gracia que me llena al concluir con esta etapa de mi vida. Sin duda el esfuerzo, la dedicación y la perseverancia dieron sus frutos. Pero este resultado no se trata ni puede tratarse del reconocimiento a una sola persona, este trabajo es la demostración irrefutable de la gran cantidad de personas que de manera incondicional contribuyeron con la culminación de este proyecto. Agradezco primeramente a Dios por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de felicidad. A mis padres Manuel Carrillo y Ma. Irma por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, a mi hermano Manuel Carrillo sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir. Por supuesto quisiera agradecer a quienes han sido más que maestros en psiquiatría, aquellos de quien aprendí los valores y matices de nuestro arte, de ustedes aprendí las técnicas y juicios necesarios para mi práctica profesional; Dra. Brenes, Dra. Granados, Dra. Sauer, Dra. Nogales, Dra. Espíndola, Dra. Díaz, Dra. Arriaga y Dra. Calleja, al Dr. Katz, Dr. Cruz, Dr. Rojas y por supuesto al equipo de atención continua, doctores Velázquez, Sarmiento y Ávila. Yo no habría podido dirigir las observaciones, los experimentos, la organización de los datos, ni habría podido coordinar este enfoque multidisciplinario sin la ayuda de mi estimada Dra. Márquez. Deseo expresarles aquí mi agradecimiento a todos y cada uno ellos. Con un sentimiento muy especial de gratitud quisiera mencionar a mis colegas y hermanos de residencia; Naiby, Diego, Reque, Angy, Emmanuel, Eva, Landa, Bibi, Cary, Aurora, Lara y mi buena amiga y compañera de batalla Laurita, por su compañerismo, amistad y enseñanzas a lo largo de estos años. Las personas pasamos por diferentes etapas y los amigos están en

esas etapas, a veces aguantando malos modos y mal humor, nunca hay suficientes palabras de agradecimiento para un amigo. Gracias Lucecita, Rebe, JM, Karito, Pablito y JL. Bautista por su tiempo, motivación y amistad. Y por supuesto a mí querida Marel por sostenerme con tu cariño y amor incondicional. Vaya también mi agradecimiento a los jefes de las instituciones (Universidad Nacional Autónoma de México y H. Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro) que generosamente me permitieron realizar esta subespecialidad.

Dedicatoria

A mis padres Irma Robles y Manuel Carrillo por haberme forjado como la persona que soy, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A mi hermano Manuel Carrillo, por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera.

Gracias a ustedes.

La psiquiatría es una ciencia cuando se investiga y un arte cuando se practica

Daniel Carrillo Robles

RESUMEN.

Antecedentes: Los adolescentes son vulnerables a las conductas suicidas y existen una serie de factores que se han vinculado a su precipitación. La conducta suicida es altamente prevalente reportando tasas del 30%. El grado de estrés y el estilo de afrontamiento se han vinculado con estas conductas mal adaptativas.

Objetivo: Evaluar la relación entre presencia de conducta suicida con las estrategias de afrontamiento y el nivel estrés manifiesto en adolescentes con psicopatología.

Material y Métodos: Se presentan los datos de un estudio comparativo de 103 adolescentes con y sin conducta suicida. La conducta suicida se determinó por medio de la entrevista MINI-KID, los problemas de salud mental se evaluaron a través de la entrevista YSR. Se examinaron la diferencia entre los grupos en relación al grado de estrés y las estrategias de afrontamiento. El análisis de los datos se realizó con el estadístico t de Student.

Resultados: Los adolescentes con conducta suicida mostraron puntajes superiores en las escalas de psicopatología, en el estilo de afrontamiento no productivo y en los estresores diarios, familiares y sociales.

Conclusiones: Se recomienda abordar de manera sistemática el estrés percibido e identificar el estilo de afrontamiento con perspectiva transcultural en adolescentes con conducta suicida.

Términos MeSH: estrés, afrontamiento, conducta suicida, adolescentes.

ÍNDICE.

Índice general.

Introducción.....	1
Marco teórico.....	2
Teorías sistémicas del desarrollo y su organización.....	2
La psicopatología del desarrollo.....	2
La adolescencia y el suicidio.....	3
Factores asociados con las conductas suicidas y al auto daño.....	5
Prevención de auto-daño y suicidio.....	7
Psicopatología.....	8
Enfoque categórico vs dimensional en psiquiatría.....	9
El estrés.....	9
El afrontamiento.....	11
Estrés, afrontamiento y suicidio.....	12
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	15
Hipótesis.....	17
Objetivo general y específicos.....	17
Objetivos específicos.....	17
Material y métodos.....	18
Tipo de diseño.....	18
Muestra.....	18
Criterios de inclusión.....	18
Criterios de exclusión.....	18
Criterios de eliminación.....	19
Definición operacional y conceptual de las variables.....	19
Procedimiento.....	20
Instrumentos.....	22
Psicopatología.....	22
Estrés en adolescente.....	22
Afrontamiento en adolescente.....	23
Conducta suicida:.....	24

Análisis estadístico.....	24
Consideraciones éticas.....	24
Resultados.....	25
Comparación entre psicopatología en adolescentes con y sin ideación suicida.....	27
Comparación de medias e los niveles de afrontamiento en pacientes adolescentes con y sin ideación suicida.....	29
Comparación de medias en los niveles de estrés en pacientes adolescentes con y sin conducta suicida.....	31
Discusión.....	32
Conclusiones.....	35
Limitaciones y recomendaciones.....	35
Referencias.....	37
Anexos.....	41
Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para el proyecto general.....	41
Anexo 2. Carta de aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan n. navarro, para el proyecto actual.....	42
Anexo 3. Cuadernillo de evaluación multidimensional.....	43
Anexo 4. Carta de probación del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para el proyecto general.....	44
Anexo 5. Carta de probación del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para el proyecto actual.....	45
Anexo 6. Certificado curso de capacitación nih.....	46

Índice de figuras y tablas.

Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento.....	21
Tabla 1. Factores de riesgo y protección para la salud mental en adolescentes.....	3
Tabla 2. Cronograma de actividades	21
Tabla 3. Variables sociodemográfica de los adolescentes	26
Tabla 4. Variables sociodemográfica de los padres	27
Tabla 5. Comparación entre psicopatología en adolescentes con y sin ideación suicida.....	28
Tabla 6. Comparación de medias en los niveles de afrontamiento en pacientes adolescentes con y sin conducta suicida.....	30
Tabla 7. Comparación de medias en los niveles de estrés en pacientes adolescentes con y sin conducta.....	31

INTRODUCCIÓN.

La adolescencia se considera el periodo de transición de la niñez a la adultez y muchos cambios físicos, psicológicos y mentales se experimentan en esta etapa, algunos de estos cambios conllevan a un incremento en las conductas de riesgo. Además, las interacciones sociales y el ambiente en que se desenvuelve un adolescente se pueden percibir como factores estresantes que incrementan la aparición de conductas desadaptativas. En este periodo tan sensible, los adolescentes son vulnerables a las conductas suicidas y existen una serie de factores que se han vinculado a su precipitación. Investigaciones realizadas indican que los intentos suicidas en adolescentes son causados por trastornos psiquiátricos como la depresión, los trastornos de conducta y el abuso de sustancias.

Los problemas psicosociales tales como dificultades con miembros de la familia o el ambiente escolar, los problemas en las relaciones interpersonales, las experiencias significativas de estrés, la sensación de soledad, las exigencias académicas o las dificultades en el hogar y la historia familiar de suicidio también se han asociado a la conducta suicida entre los adolescentes. Otros factores poco estudiados y referentes a las características individuales de los adolescentes, como el afrontamiento y sus estrategias muestran también asociación con la conducta suicida.

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y del comportamiento de un individuo dirigido a resolver un problema. No todas las estrategias de afrontamiento tienen resultados benéficos, algunas facilitan el ajuste ante los estresores y otras incrementan el riesgo de mal adaptación. Identificar los factores asociados las conductas suicidas en adolescentes es un problema prioritario para la salud pública. El suicidio, aunque poco frecuente entre los adolescentes, comparado con el auto-daño sin resultado fatal, es siempre un desenlace trágico. Solo reconociendo a quienes se encuentra en riesgo de consumar un acto suicida se podrá proveer de herramientas suficientes a los especialistas de la salud mental para el manejo de esta conducta. Además, el reconocimiento de las características y factores de riesgo permitirá el desarrollo de programas educacionales y de salud pública para combatir este problema y prevenir el suicidio en la población juvenil.

MARCO TEÓRICO.

Teorías sistémicas del desarrollo y su organización.

El modelo sistémico en el estudio del desarrollo de todos los organismos vivos tiene un enfoque que integra diferentes perspectivas tales como las características biológicas, las psicológicas, las socioculturales y las históricas, en un sistema multidisciplinario y que soslaya el enfoque dicotómico (Lerner, 2015)¹. Autores como Cicchetti (2016) comparten esta perspectiva en su enfoque de psicopatología del desarrollo².

La psicopatología del desarrollo.

La psicopatología del desarrollo es una ciencia en constante evolución cuyo objetivo principal es describir la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y socio-contextuales y su influencia en el desarrollo normal y anormal de un individuo a lo largo de la vida. El desarrollo de la psicopatología plantea que debería extenderse a través de campos de estudio y del ciclo de la vida, ayudando así al descubrimiento de nuevas verdades sobre procesos de adaptación y desadaptación con la mejor intención de prevenir o aminorar la psicopatología². Bajo esta perspectiva, la psicopatología no tiene una causa única, sino que es el resultado de la influencia de múltiples factores psicológicos, biológicos y sociales. Por ello, conocer su etiología es complejo. En la psicología del desarrollo, conocer la etiología significa entender los procesos causales, lo cual nos lleva a conocer los mecanismos de riesgo y protección. Los factores de riesgo y protección pueden ser específicos de un determinado trastorno, compartidos por unos cuantos trastornos o comunes; es decir, genéricos³. Para explicar estas relaciones, la psicopatología del desarrollo utiliza dos conceptos que reflejan la diversidad de procesos individuales, familiares y sociales que puedan incidir en la aparición de trastornos: la equifinalidad y la multifinalidad. La equifinalidad, reconoce que diversos factores de riesgo o trayectorias evolutivas llevan al mismo efecto. Por ejemplo un trastorno de ansiedad puede desarrollarse a partir de factores genéticos, un acontecimiento vital, vivir en un ambiente reforzador o la combinación de ellos.

Por su parte, la multifinalidad infiere que un mismo factor de riesgo o circunstancia puede conducir a distintos efectos. Por ejemplo, la disregulación emocional puede conducir a trastornos de ansiedad, depresivos o del comportamiento. La tabla 1 resume los factores de riesgo y protección para la salud mental de los adolescentes⁴.

Tabla 1. Factores de riesgo y protección para la salud mental en adolescentes.

Nivel	Dominio	Factores de riesgo	Factores protectores
Individual	Biológico	Exposición a toxinas (tabaco, alcohol), durante el embarazo. Predisposición genética a trastornos mentales. Traumatismo Craneoencefálico. Infección por VIH Desnutrición Otras enfermedades	Adecuado estado de salud. Adecuado funcionamiento intelectual.
	Psicológico	Trastornos del aprendizaje Rasgos de personalidad mal adaptativos Abuso físico, sexual, emocional y negligencia. Temperamento difícil.	Habilidad de aprender de las experiencias. Adecuada autoestima Alto nivel para la resolución de problemas. Habilidades sociales.
Socio Contextual	Familiar	Cuidados parentales inconsistentes Mala dinámica familiar Pobre establecimiento de disciplina. Pobre dirección familiar. Muerte de un miembro de la familia	Adecuados vínculos familiares. Reforzar conductas positivas por medio de premios. Oportunidades de participar de manera positiva en la familia.
	Escolar	Fracaso académico. Fallas del sistema educativo para proporcionar un ambiente adecuado para atender las necesidades de aprendizaje. Inadecuado/Inapropiado provisión de educación.	Oportunidades de participación en la vida escolar. Reforzamientos positivos de los logros académicos. Identidad con la escuela y la necesidad de logros escolares.
	Comunidad	Pobreza. Falta de sentido de pertenencia a la comunidad. Desorganización en la comunidad. Discriminación marginalización. Exposición a la violencia. Transiciones: (por ejemplo la urbanización)	Sentido de pertenencia a la comunidad. Oportunidades para uso adecuado del tiempo libre. Experiencias culturas positivas. Modelos positivos. Gratificaciones de su participación en la comunidad.

Fuente: Adaptada de: "Child and adolescent mental health policies and plans" por World Health Organization (WHO) (2005). Geneva: World Health Organization.

La adolescencia y el suicidio.

Para autores como Aberastury⁵, adolescencia se considera como el periodo de transición de la niñez a la adultez y muchos cambios físicos, psicológicos y mentales

se experimentan en esta etapa, algunos de estos cambios llevan a un incremento en las conductas de riesgo. Durante la adolescencia se desarrolla el sistema de valores, se experimenta un desbalance y caos de los sistemas biológicos y psicológicos. Las interacciones sociales y el ambiente se pueden percibir como estresores que incrementan la presión. Con este respecto conviene analizar la percepción de vida entre la población de adolescente en México, según el informe de la OCDE (2014)⁶, en el sentido de apoyo social solo el 80% de los mexicanos dicen tener un amigo o pariente en quien confiar cuando lo necesiten, en comparación con el promedio de la OCDE de 89%. México también muestra resultados bajos en educación y competencias, pero forma parte del nivel superior en los países de la organización en satisfacción ante la vida.

Por otro lado, la tasa de empleo de México (61%), fue menor que el promedio de la OCDE. La vivienda se sitúa por debajo del promedio en sus tres indicadores (acceso a la vivienda, servicios básicos y habitación por persona), y la esperanza de vida al nacer es 5 años menor que el promedio para los países de la organización. México tiene la tasa de homicidios más alta en la OCDE, con 18 homicidios por cada 100,000 habitantes en 2014. Además, un porcentaje relativamente bajo de las personas dicen sentirse seguras al caminar solas por la noche en la zona que habitan (46% en comparación con el promedio de la OCDE de 69%). En este periodo tan sensible, y tomando en cuenta la diversidad de factores biopsicosociales asociados a las conductas de riesgo, se puede considerar que los adolescentes son vulnerables al suicidio. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)⁷ define suicidio como el acto deliberado de matarse a sí mismo y al intento suicida como cualquier conducta suicida no fatal, refiriéndose de esta manera al envenenamiento intencionalmente autoinfligido y a las lesiones o auto daño que pueden o no tener una intencionalidad o resultado fatal. La OMS incluye el término auto daño en la definición de intento suicida, esto significa que el auto daño no fatal sin intencionalidad suicida se incluye en este término. La conducta suicida se refiere al rango de comportamientos que incluyen pensar en suicidarse (o ideación), planear suicidarse, intentar suicidarse y el suicidio mismo. Para autores como Hawton (2012)⁸ el auto daño se refiere al envenenamiento o lesiones autoinfligidas, independientemente del motivo o el grado de intencionalidad

suicida, considerando los intentos suicidas como un fenómeno dimensional en donde el punto de vista del paciente y del clínico puede ser diferente.

Factores asociados con las conductas suicidas y al auto daño.

El auto daño y el suicidio en adolescentes son el resultado final de una compleja red de factores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales y culturales. Los expertos⁹⁻¹⁰ resumen estos factores en formulaciones teóricas a través de la explicación diátesis-estrés, enfatizando en factores: (1) biológicos (desbalance de serotonina), (2) de personalidad (perfeccionismo, impulsividad), y de (3) vulnerabilidad cognitiva (dificultad en la resolución de problemas sociales) combinado con la exposición a eventos negativos en la vida, incluyendo eventos adversos recientes o tempranos, y trastornos psiquiátricos que incrementan el riesgo de comportamientos auto destructivos a lo largo de la vida.

Dentro de los factores de riesgo para auto-daño y suicidio en adolescentes mejor descritos en la literatura se encuentran⁹⁻¹²:

1. Factores sociodemográficos y educacionales (sexo, nivel socioeconómico bajo, orientación sexual lesbiana, gay, bisexual o transgénero y logros educacionales restringidos). Aunque existe variaciones internacionales, diversos estudios comunitarios han demostrado que hasta el 10% de los adolescentes han presentado algún tipo de auto daño. Estos estudios muestran de manera consistente que las auto lesiones son más comunes entre las mujeres. Además, la presentación del auto daño incrementa a partir de los 12 años, de hecho, el rango de auto daño y conducta suicida en adolescentes mujeres es de 6:1 en relación con los varones. Esta relación disminuye con la edad y para el final de la adolescencia la frecuencia incrementa en los varones y disminuye en las mujeres^{13, 14}.
2. Eventos negativos individuales y adversidad familiar (separación de los padres o divorcio, muerte paterna, experiencias adversas en la infancia, historia de abuso sexual o físico, trastornos mentales en los padres, desacuerdos maritales o familiares, acoso escolar y dificultades interpersonales)^{13,14}. La exposición a eventos negativos a lo largo de la vida es un factor de riesgo asociado con las auto lesiones. Los individuos que presentan conducta suicida reportan más eventos

estresantes que aquellos que experimentan pensamientos autodestructivos pero que no actúan con forme a estas ideas. Las dificultades interpersonales durante la adolescencia, como los problemas para hacer nuevos amigos, discutir con las figuras de autoridad y pares, la crueldad entre compañeros, la soledad y el aislamiento interpersonal, son predictores independientes de intentos suicidas en la adolescencia tardía y la adultez temprana¹⁵. La exposición al auto daño o suicidio en otros (familia y amigos) se asocia a la conducta suicida en adolescentes. Diversos autores^{11, 16} consideran que estar expuesto a estas conductas proporcionan un modelo conductual para individuos vulnerables. También se ha propuesto que las personas vulnerables sean muy cercanas y por lo tanto compartan estresores, y por lo tanto que el auto daño se considere una respuesta a estos eventos estresantes más que aun modelo de respuesta.

3. Factores psicológicos y psiquiátricos (la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el abuso de alcohol y drogas, la impulsividad, la baja autoestima, la pobreza en la resolución de problemas sociales como método de afrontamiento, el perfeccionismo y la desesperanza). Una de las teorías más difundidas en la actualidad relacionada a los factores psicológicos, es la propuesta por Joiner (2008)¹⁶ y denominada Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio (TIPS), en la que se describen dos constructos, la autopercepción de carga (la percepción de que se es una carga para quienes que se encuentran alrededor de ellos, acompañada de un autodesprecio) y la percepción de falta de pertenencia (un estado de aislamiento, soledad y desamparo). Para Joiner¹⁶ estas dos características son necesarias para la ocurrencia de la ideación suicida. Específicamente esta teoría argumenta que estas son las principales causas de ideación suicida. Sentirse derrotado, atrapado, fuera de lugar, y percibirse a sí mismo como una carga, son factores reconocidos para la conducta suicida. La disminución en la efectividad para solucionar problemas es un aspecto común en los adolescentes que se autolesionan. Estudios llevados a cabo en poblaciones clínicas y comunitarias han encontrado asociación entre el perfeccionismo y la auto crítica con el auto daño. La baja autoestima, el aislamiento social, la impulsividad, la desesperanza y los lazos parentales pobres también se han asociado a la

conducta suicida¹⁷. En México, la investigación realizada por Barcelata y Gómez-Maqueo en 2012¹⁸ evaluó el estrés que experimentan los adolescentes encontrando una asociación entre el nivel socioeconómico bajo y la exposición a estresores para la aparición de conductas desadaptativas. Si bien, dicho estudio no investigó de manera directa la asociación entre el estrés y la conducta suicida, la literatura mundial reporta un vínculo entre dichos factores.

Prevención de auto-daño y suicidio.

Los enfoques para prevenir el auto-daño y el suicidio se pueden dividir en: a) medidas basadas en la población, que tienen como objetivo a toda la gente joven (por ejemplo, iniciativas educativas), y b) medidas dirigidas a poblaciones de alto riesgo (por ejemplo, individuos con una historia de abuso, aquellos que se auto-dañan). Las actividades para prevenir el suicidio y el auto-daño deben de tener en cuenta las características particulares de los adolescentes suicidas y el auto-daño. Por ejemplo, deben de dirigirse a cuestiones acerca de la transmisión social de suicidio y auto-daño, dirigirse a preocupaciones acerca de la orientación sexual y el acoso en jóvenes, promover la búsqueda de ayuda en instituciones ubicadas cerca de su domicilio, fomentar la autoestima y resiliencia. Las estrategias escolares basadas en la prevención del suicidio se encuentran en desarrollo e incluyen el tamizaje en personas jóvenes en riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y programas de vigilantes en la escuela. La restricción al acceso a los medios para el suicidio es la clave en las estrategias de prevención de suicidio en los adolescentes, especialmente por la naturaleza impulsiva de esta conducta. Una importante medida es limitar la disponibilidad de armas de fuego, resguardar pesticidas, limitar el tamaño o número de tabletas de medicamentos que se usan comúnmente para envenenarse como el paracetamol^{19, 20}.

Al abordar un espectro de conducta en el que interfieren una red compleja de factores biológicos, psicológicos y ambientales conviene hacer una revisión a los modelos y teorías implicadas en el desarrollo de los seres vivos.

Psicopatología.

La literatura indica que uno de los factores determinantes para la conducta suicida es la psicopatología, es decir, los trastornos psiquiátricos. Se sabe que el 90% de los suicidios ocurridos en adolescentes, al igual que en los adultos, se asocia a al menos un trastorno psiquiátrico. Sin embargo, estudios recientes han reportado variaciones geográficas en este porcentaje. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en víctimas de suicidio fue menor al 50% en varios estudios²¹⁻²³. Estos hallazgos inconsistentes, se observan con mayor frecuencia en estudios realizados en Este de Asia. Por ejemplo, la República de Corea, que tiene la mayor prevalencia de suicidio (28.1 por 100, 000 habitantes) entre los países pertenecientes a la OCDE⁶ (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), reporta una prevalencia del trastorno depresivo mayor del 5.6%, la cual es menor a la encontrada en países Europeos y en Estados Unidos.

Revisiones sistemáticas han demostrado que la mayoría de las personas que mueren por suicidio o presentan conductas de auto lesiones no suicidas presentan trastornos mentales, aunque existen variaciones entre la población de Oriente y Occidente, la asociación continua siendo significativa (71 vs 90%, Hawton 2013)²⁴. En el estudio realizado por Nock y cols.²⁵, en una muestra comunitaria de adolescentes en Estados Unidos, encontró que el 89.3% de quienes presentaban ideación suicida y el 96.1% de los que habían presentado un intento suicida, cumplían criterios diagnósticos para al menos un trastorno del DSM-IV. El trastorno que con mayor frecuencia se asoció a la conducta suicida fue la depresión mayor, seguido de la distimia, la fobia específica, el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el abuso de sustancias y los trastornos de conducta.

En lo concerniente al riesgo de suicidio para los trastornos psiquiátricos específicos, un meta análisis reciente²⁶ en el que se evaluó el riesgo de suicidio en pacientes con trastornos mentales encontró altos rangos de suicidio en personas con trastorno límites de la personalidad, en donde el riesgo se estimó a 45 veces más que en la población general, para la depresión el riesgo fue 20 veces mayor, seguidos en orden de frecuencia por el trastorno bipolar, uso de opioides, esquizofrenia, anorexia

nerviosa y la dependencia o consumo perjudicial de alcohol.

Enfoque categórico vs dimensional en psiquiatría.

El problema nosográfico, es decir, la oposición metodológica entre dos enfoques de la psicopatología, el abordaje categórico por una parte y el abordaje dimensional por la otra, aparece cada vez más como la discusión principal para la reorganización del saber psiquiátrico. Para Widakowich²⁷ el enfoque categórico utiliza el método tradicional que caracteriza toda empresa clasificatoria: se trata de establecer en categorías precisas a propiedades claramente definidas, tratando de definir la ausencia o la presencia de una categoría (el enfoque sincrónico sería un claro ejemplo). Contrariamente, el enfoque dimensional procura medir las diferencias cuantitativas de un mismo substrato, tratando de ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad (por ejemplo, el espectro autista).

Hempel²⁸, menciona que la mayoría de las ciencias comienzan por clasificaciones categóricas del sujeto en cuestión, para evolucionar hacia clasificaciones dimensionales. La mayoría de los síntomas son dimensionales en sí mismos, así como los fenómenos biológicos. Pero finalmente, todo enfoque dimensional puede volverse categórico, una vez que un corte particular, termine creando una definición. Desde el DSM III, los trastornos de la personalidad son vistos desde la perspectiva del modelo médico. Hoy en día, las reformas más audaces vienen de la mano de los modelos que unen la psicología diferencial y la psiquiatría biológica, articulando los patrones de la personalidad a determinadas funciones de las aminas biológicas.

El estrés.

Durante el proceso de vida, el ser humano busca adaptarse continuamente a los cambios que le ocurren, tratando de lograr el equilibrio entre su organismo y el medio ambiente lo que origina una respuesta al estrés necesaria para afrontar nuevas situaciones. Sin embargo, la época contemporánea tan compleja, ocasiona que esta respuesta al estrés, que podría ser normal, es decir, sin posibilidades de presentar manifestaciones psicósomáticas, se torna en una acción altamente perjudicial que afecta la calidad de vida. El estrés hace referencia a la tensión física, mental o

emocional ocasionada por presiones y demandas ambientales, situaciones personales, en que los sucesos impredecibles e incontrolables ocasionan más estrés que los hechos sobre los cuales los individuos tienen un mayor control²⁹.

Según Lazarus y Folkman³⁰, existen dos formas de hacer una valoración psicológica del estrés; la primera es la valoración primaria, la cual se refiere a un patrón de respuesta inicial en el cual la persona evalúa la situación y la valoración secundaria que busca determinar las acciones a realizar para enfrentar el estresor la percepción de las habilidades de afrontamiento. Los eventos estresantes y sus fuentes son diversas, pueden deberse a una demanda ambiental, social o interna. Entre los adolescentes por ejemplo, e fallar en un examen, la ruptura de una relación, etc., son eventos de estrés que se han asociado al suicidio³¹.

El estudio realizado por Benjet³² a partir de la Encuesta Metropolitana de Salud Mental en Adolescente, muestra que el 66.7% de la población adolescente en México ha experimentado al menos un episodio de adversidad a lo largo de su vida. Si bien, el estudio no aborda el grado de estrés de manera directa, proporciona un panorama de las adversidades que atraviesan los jóvenes en el País. Sus hallazgos demuestran que al menos uno de cuatro adolescentes experimentan problemas económicos, uno de cada cinco adolescentes informó ser expuesto a violencia doméstica y uno de cada siete reportan abuso físico, la disolución del núcleo familiar o la pérdida de un ser querido. Benjet³² también encontró diferencias en las adversidades a las que son expuestos los y las adolescentes en México por género, por ejemplo, el 7.2% de los varones adolescentes reportaron algún tipo negligencia en el cuidado y las mujeres un 4.3%, mientras que el abuso sexual crónico se reportó en el 3% de las mujeres adolescentes, situación que se observó en solo el 0.4% de los hombres adolescentes. El estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2015) en el que se incluyó a 540 000 estudiantes mexicanos, demuestra que el 25% de los alumnos se siente³⁵.

Tanto en la infancia como en la adolescencia, el estrés puede ser un factor de importancia ante la forma de afrontar las problemáticas que ocurran. Por otro lado, los estilos de afrontamiento han demostrado jugar un papel protector importantes para la conducta suicida³³.

El afrontamiento.

Stone y Neale³⁴ definen al afrontamiento como cualquier esfuerzo consciente para lidiar con las demandas estresantes y que consiste en respuestas conductuales aprendidas que disminuyen el estrés limitando la importancia o peligrosidad de una condición displacentera. La efectividad para seleccionar técnicas de afrontamiento se asocia con preferencias individuales para usar estrategias específicas en respuesta a varios estresores. A esta orientación se le denomina estilo de afrontamiento. Según Compas³⁵ los estilos de afrontamiento reflejan la tendencia de una persona a responder de una manera predecible cuando se confronta a un tipo específico de situación. Tradicionalmente los estilos de afrontamiento se han dicotomizado³⁶ en categorías de acercamiento (también llamada sensibilización, compromiso, vigilancia o atención) y categorías de evitación (también llamada represión, retirada o rechazo). En 1997 Frydenberg³⁷ desarrolló una teoría de afrontamiento en la que describe 18 estrategias de afrontamiento que agrupó en tres estilos:

1. Estilo productivo. Consiste en trabajar para resolver el problema manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Incluye las siguientes estrategias: el enfocarse en resolver el problema, el esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, las diversiones relajantes y la distracción física.
2. Estilo no productivo. En el que se utilizan estrategias poco productivas que dan como resultado una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Se incluye las siguientes estrategias: el preocuparse, hacerse ilusiones, el no afrontar, la reducción de la tensión, el ignorar problemas, la auto culpa y el reservarse el problema para sí mismo.
3. Estilo de afrontamiento relacionado a otros. Aquí el individuo se acerca a otros para obtener apoyo. Incluye las siguientes estrategias: el apoyo social, los amigos íntimos, el buscar una pertenencia, la acción social, el apoyo espiritual y el buscar apoyo profesional.

Un estudio realizado en Chile por Castro en 2017³⁸ en el que participaron 965 adolescentes de 13 a 17 años encontró una correlación entre el autodaño no suicida y las estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación. En su estudio Castro

(2017) evaluó la psicopatología de manera dimensional, encontrando también que los adolescentes con autolesiones tenían mayor carga de psicopatología y una tendencia a buscar menor apoyo familiar. Otros estudio^{39, 40} realizados en muestras comunitarias, corroboran una asociación entre la presencia de autolesiones y conductas suicidas con los estilos de afrontamiento no productivo, las estrategias emocionales, además de reportar la percepción de apoyo parental como un factor protector a la aparición de conducta suicida. De manera interesante, estudio realizado por Mackin³⁹, indica que el soporte social y el apoyo parental no amortiguó la aparición de conducta suicida en adolescentes psicopatología, particularmente en aquellos con alto grado de disforia.

Aunque las estrategias de afrontamiento facilitan el ajuste ante los estresores, no todas tienen efectos benéficos y algunas incluso incrementan el riesgo de conductas mal adaptativas.

Estrés, afrontamiento y suicidio.

Los mecanismos de evitación y la exposición repetida a eventos estresantes pueden elevar la sensación de estrés e incrementar el riesgo de suicidio^{41, 42}. El modelo estrés-afrontamiento sugiere que los eventos estresantes y el afrontamiento mal adaptativo incrementan la vulnerabilidad en adolescentes⁴³.

Las investigaciones llevadas a cabo^{44, 45} indican que los intentos suicidas en adolescentes son causados por trastornos psiquiátricos como la depresión, los trastornos de conducta, el abuso de sustancias, los problemas psicosociales como problemas con miembros de la familia y el ambiente escolar, los problemas en las relaciones interpersonales, las experiencias significativas de estrés, la sensación de soledad, la competitividad en la escuela o en el hogar y la historia familiar de suicidio. Respecto a los estresores, Adams en su estudio de 1994⁴⁶, reportó en una muestra clínica de adolescentes, la relación entre los intentos suicidas y estresores particulares como “los eventos de salida” (refiriéndose a la pérdida de un familiar o la disolución del matrimonio), y el estrés en padres y amigos. Arun⁴⁷, reportó en una muestra comunitaria también de adolescentes, la asociación entre estresores escolares, los problemas psicológicos y la planeación a futuro, encontrando que estos factores

funcionan como mediadores para incrementar el riesgo de suicidio. En el trabajo publicado por Hewit en 2014⁴⁸, en una muestra clínica de adolescentes, en la que se estudió la relación entre estrés y suicidio, teniendo como factor mediador la percepción social de perfeccionismo, encontró que los adolescentes hospitalizados tenían mayores niveles de estrés y un incremento en el riesgo de suicidio, asociando un mayor nivel de perfeccionismo con mayores niveles de depresión en los adolescentes. Dos años después, otro estudio⁴⁹, encontró en una muestra clínica de adolescentes, la asociación entre la experiencia vital de pérdida (en los últimos 3 meses) y la presencia de conducta suicida, particularmente un incremento en los intentos de suicidio.

Un estudio realizado en una amplia muestra comunitaria de adolescentes en el que se evaluó la relación entre los estilos de afrontamiento y la presencia de autolesiones, se encontró un incremento de esta conducta entre los adolescentes que mostraron un estilo de afrontamiento no productivo, particularmente a la estrategia de “auto-culpa”. Este mismo estudio encontró que los adolescentes con un afrontamiento productivo presentaron autolesiones con una menor frecuencia³³. En el estudio realizado por Knafo en 2015⁵⁰ con una muestra clínica de 167 adolescentes con trastorno límite de personalidad, en el que se implementó la escala desarrollada por Frydenberg³⁷, se encontró una asociación positiva entre el estilo de afrontamiento enfocado en resolver el problema y la ideación suicida así como una asociación negativa entre el estilo de afrontamiento dirigido a ignorar el problema y la presencia de ideación suicida. Por otro lado, Mirkovic en 2015⁵¹ utilizando la misma muestra clínica, pero evaluando la relación entre los estilos de afrontamiento, la depresión y la ideación suicida, encontró que el estilo de afrontamiento productivo se correlaciona con la ausencia de ideación suicida e incluso demostró que el estilo de afrontamiento productivo funcionó como un factor protector para la aparición de ideación suicida. Un año después⁵² encontró en una muestra comunitaria de adultos jóvenes un incremento en la presencia de ideación suicida entre aquellos que implementaban un estilo de afrontamiento emocional y evitativo. Otros autores⁴⁰ reportan resultados similares en muestras comunitarias de adolescentes con autolesiones. Un estudio realizado en Chile por Castro en 2017³⁸, en adolescentes de la comunidad, se encontró que las autolesiones

no suicidas se presentaron con mayor frecuencia en el afrontamiento orientado a escapar, el ventilar emociones, la evitación y una menor búsqueda de soporte familiar. En el estudio realizado por Aambrus⁵³, en una muestra clínica de adolescentes con y sin depresión, se encontró que el afrontamiento evitativo es un factor de riesgo para suicida independientemente del grado de psicopatología. Hallazgos similares a los reportados por Ancel en 2017⁵⁴, en su estudio llevado a cabo en una muestra comunitaria con 495 adolescentes, en el que encontró una asociación entre la presencia de ideación y riesgo suicida con el afrontamiento evitativo y emocional. Recientemente, la investigación de 2018 llevada a cabo por Onder⁵⁵ en una muestra comunitaria con 445 adolescentes mostró una asociación positiva entre la presencia de conducta suicida y la percepción de soporte social familiar deficiente y el estilo de afrontamiento enfocado a buscar ayuda.

Entre los hallazgos de investigación que se han focalizado en el estudio de las variables de interés, es decir el nivel estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en relación a la conducta suicida, destaca el trabajo de Wilson en los noventas⁵⁶ que demostró la asociación entre una mayor percepción en el número de estresores y la intensidad de dichos eventos con una mayor riesgo de conducta suicida. En una muestra comunitaria y con una población mayor, Zhang⁵⁷ demostró que la asociación de ideación suicida, un estilo de afrontamiento pasivo y el estrés percibido. Entre los eventos estresantes relacionados a la ideación suicida se encontró el vivir lejos de casa y las expectativas de los padres. Por otro lado, el estudio realizado por Tang, en una muestra comunitaria de 5,972 adolescentes y adultos jóvenes, encontró que los eventos vitales estresantes (como los problemas financieros y las desavenencias con pares) se asociaron a conducta suicida, y que este riesgo se encontraba incrementado en los adolescentes con afrontamiento no productivo⁵⁸. Otro estudio⁵⁹ que evaluó la relación entre personalidad, estrés y afrontamiento en adolescentes de la comunidad con autodaño no suicida, encontró que un mayor grado de neuroticismo, y el grado de estrés percibido en adolescentes con un afrontamiento evitativo u emocional se asoció con mayor frecuencia a autolesiones no suicidas. Las personalidades amables, extrovertidas y con apertura a lo nuevo presentaron menor grado de estrés y menos probabilidad de autolesiones. Por otro lado, y en lo

concerniente a muestras clínicas, Kattimani⁶⁰ encontró en los adolescentes con intentos suicidas presentaron con mayor frecuencia un estilo de afrontamiento emocional y estresores vitales como problemas económicos, problemas de pareja o problemas en la familia. Recientemente, Undheim⁶¹ realizó un estudio con 2,464 adolescentes de 13 a 17 años en muestra comunitaria encontrando una correlación entre el estilo y estrategias de afrontamiento no productivos, los eventos estresantes, la intensidad de los síntomas depresivos con el riesgo de suicidio.

Los estudios principales que han revisado los aspectos relacionados con la conducta suicida, se basan en su mayoría en muestras pequeñas, regionales y en su mayoría limitados a muestras comunitarias. Son necesarios estudios en muestras clínicas, para mejorar nuestro entendimiento acerca de la naturaleza de esta conducta tan compleja y devastadora.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La conducta suicida es altamente prevalente en la población de adolescentes con psicopatología. Sin embargo, en nuestro medio se desconoce la asociación existente entre la presentación de estas conductas y las estrategias de afrontamiento y el grado de estrés. Por lo tanto, este proyecto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la conducta suicida y los factores individuales tales como el afrontamiento y el grado de estrés en los adolescentes con psicopatología?

JUSTIFICACIÓN.

La adolescencia se considera una etapa de transición de la niñez a la edad adulta en la que se presentan una serie de cambios físicos, cognitivos y sociales que derivan en una vulnerabilidad para la aparición de conductas de riesgo.

A nivel mundial, la conducta suicida se considera como la tercera causa de muerte en este grupo de edad; los rangos de suicidio y la presencia de conductas autolesivas se han ido incrementando desde principios de este siglo. De hecho, se estima que su prevalencia se ha cuadruplicado en las últimas décadas.

Según el INEGI, la tasa de suicidio en nuestro país es del 5.1 por cada 100, 000 habitantes. Además, ocho de cada 10 suicidios ocurridos en México son cometidos por un hombre. Si bien la tasa de suicidio es menor en comparación a otros países (OMS, 2009) de América (E.U 11.1, y Colombia 5.7), en el periodo comprendido de 2010 a 2016 la tasa de suicidios en México se ha incrementado de manera alarmante de 4.3 al 5.1. Los Estados de Guerrero y Veracruz muestran las menores tasas de suicidio, mientras que Chihuahua y Yucatán duplican la media nacional (11.4). Los adultos jóvenes de 20 a 24 años representan el grupo etario con mayor tasa de suicidio (9.5), sin embargo, la tasa de suicidio en niños y adolescentes mexicanos de 10 a 19 años alcanza el 8.9 siendo el segundo grupo de mayor riesgo⁶².

En la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” los principales diagnósticos de atención en adolescentes incluye el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos afectivos (incluyendo los episodios depresivos y la distimia), y los trastornos de ansiedad. En el periodo comprendido desde enero a diciembre 2018 se reportó un total de 947 ingresos hospitalarios, de estos el 85.6% corresponden a adolescentes de entre 13 a 17 años, y el 84.3% de ellos corresponde a mujeres adolescentes. En cuanto a los diagnósticos al momento del ingreso hospitalario la principal morbilidad corresponde a los eventos de autolesión, (45% por herida con objeto cortante y 29% secundario a envenenamiento por hipnóticos sedantes), asociada a los trastornos afectivos, principalmente depresión (48%). Por lo que podemos entender que los factores asociados a la presencia de conducta suicida en nuestra comunidad son altamente prevalentes, además, se estima que existe un subregistro en relación a la evaluación y prevalencia de la conducta suicida en nuestro País, esto debido a diferentes factores como lo son la percepción de estigma por parte de los adolescentes mexicanos de externar la presencia de ideas de muerte o suicidas, y a la deficiencia en los sistemas de salud consistentes en la falta de abordaje y codificación de las causas de lesión externa.

Aunque mucho se ha escrito acerca de los factores psicopatológicos asociados a la aparición de estas conductas mal adaptativas, poco se sabe acerca de que otros factores intervienen en su desarrollo; estudiar las estrategias de afrontamiento y los niveles de estrés manifiesto en adolescentes con psicopatología que presentan auto-

daño o conducta suicida podría ayudar a la identificación de nuevos blancos de abordaje o al desarrollo de propuestas de intervención en los pacientes atendidos en la práctica diaria.

HIPÓTESIS.

Ho. No existe ración entre la conducta suicida y los factores individuales tales como el afrontamiento y el nivel de estrés en los adolescentes.

Hi. Existe relación entre la conducta suicida y los factores individuales tales como el afrontamiento y el nivel de estrés en los adolescentes.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.

Objetivo general.

Evaluar la relación entre presencia de conducta suicida con las estrategias de afrontamiento y el nivel estrés manifiesto en adolescentes con psicopatología.

Objetivos específicos.

1. Comparar las características sociodemográficas de los adolescentes con psicopatología que presentaron conducta suicida con aquellos que no la presentaron.
2. Evaluar los estilos de afrontamiento que caracterizan a cada grupo.
3. Identificar cual es la estrategia de afrontamiento más utilizada por los adolescentes que presentan conducta suicida en comparación con lo que no presentan conducta suicida.
4. Identificar los problemas de salud mental más prevalentes en el grupo de pacientes con psicopatología que presentó conducta suicida.
5. Evaluar el nivel de estrés en adolescentes con conducta suicida.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Tipo de diseño.

Se llevará a cabo una investigación observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva y correlacional con método de muestreo no probabilístico e intencional, en una población adolescente con conducta suicida.

Muestra.

Adolescentes hombres y mujeres, de 13 a 17 años 11 meses de edad, que participaron en el estudio “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención” quienes acudían a los servicios de consulta externa y hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan. N. Navarro. Se tomarán y revisarán aquellos que den positivo al Modulo B “Riesgo de suicidio” de la entrevista MINI-KID.

Criterios de Inclusión.

1. 13 a 17 años, 11 meses de edad.
2. Ser paciente de consulta interna o de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico.
3. Presentar algún problema de salud mental confirmado a través de la Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica para niños y adolescentes (MINI-KID).
4. Presentar conducta suicida, confirmado con el Modulo B positivo de la Entrevista MINI-KID.

Criterios de Exclusión.

1. Presencia de trastorno psicótico severo con delirios, alucinación, agresividad, etc. debido a esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso/dependencia a drogas o retraso mental que impida la comprensión y respuesta del auto-informe de la conducta.
2. Estar bajo efecto de sedación importante, acatisia o algún otro efecto colateral importante de la medición prescrita en hospitalización.

Criterios de Eliminación.

1. Cuestionarios mal requisitados.
2. Cuestionarios incompletos.

Definición operacional y conceptual de las variables.

Psicopatología. Variable independiente. Definición conceptual: Disciplina que analiza las motivaciones y las particularidades de las enfermedades de carácter mental. Este estudio puede llevarse a cabo con varios enfoques o modelos, entre los cuales pueden citarse al biomédico, al psicodinámico, al socio-biológico y al conductual. Definición operacional: (1) Internalizados, (2) Externalizados, (3) Mixtos.

Afrontamiento en adolescentes. Variable independiente. Definición conceptual: patrón de respuesta específica al estrés, a través del cual las percepciones, emociones y comportamientos se combinan de manera tal que permite que los individuos se preparen para el cambio. Esfuerzos o acciones específicas de tipo cognitivo o conductual que se llevan a cabo ante situaciones estresantes particulares y que implican el uso de recursos tanto de sí mismo como del medio ambiente que facilitan o hacen posible la adaptación. Definición operacional: (1) Dirigido a la resolución de problemas, (2) Afrontamiento en relación con los demás y (3) Afrontamiento improductivo.

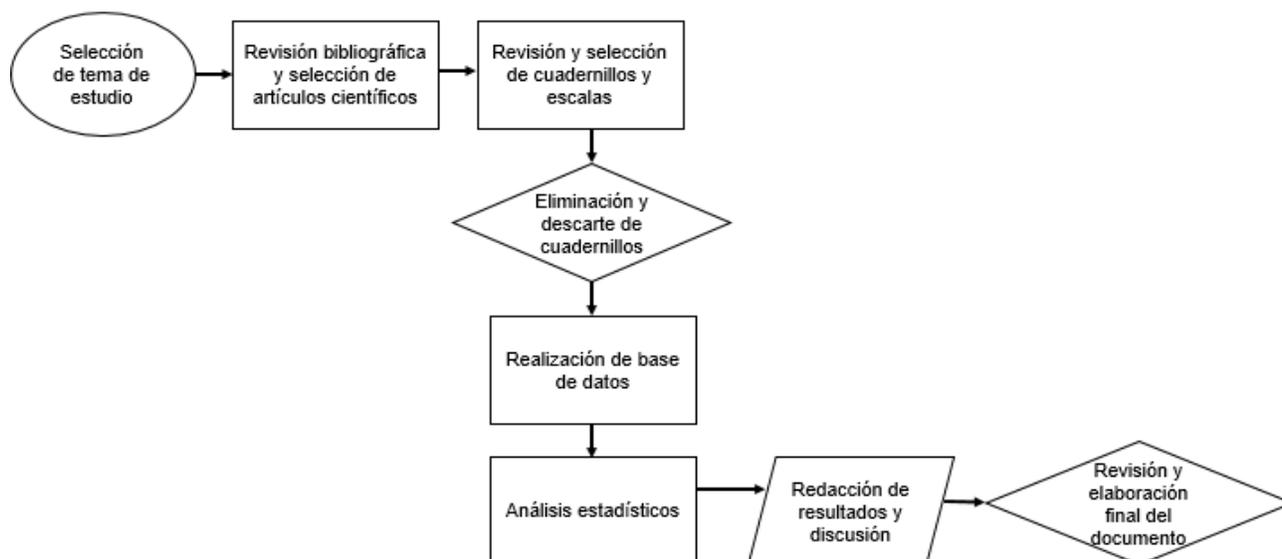
Estresores adolescentes. Variable independiente. Definición conceptual: situaciones normativas o no normativas, cotidianas o mayores, que pueden ser fuente potencial de estrés para un adolescente. Los eventos pueden ser de alta o baja frecuencia y fuerte intensidad de acuerdo con la valoración subjetiva del adolescente. Definición operacional: (1) Eventos críticos, (2) Contrariedades diarias, (3) Presión social, (4) Preocupaciones familiares, (5) Estresores académicos, (6) Situaciones de interacción social.

Conducta suicida. Variable dependiente. Definición conceptual: rango de comportamientos que incluyen pensar en suicidarse (o ideación), planear suicidarse, intentar suicidarse y el suicidio mismo. Definición operacional: Presente o ausente.

Procedimiento.

Esta investigación se realizó dentro de un marco de colaboración con la UNAM a través del proyecto “Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención”, tal proyecto general está a cargo de la Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo y fue evaluado por el Comité Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, siendo aprobado y registrado ante la División de Investigación del mismo Hospital con el número; 113/01/0412 (Anexo 1). El estudio actual se denomina “Estrés y afrontamiento en adolescentes que presentan conducta suicida, atendidos en un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad México” y tiene el número de registro 113/01/ 0413/ 7e (Anexo 2). Posterior a la revisión metodológica-teórica (elaboración y análisis de la tabla de revisión de literatura), se procedió a la identificación de cuestionarios y cuadernillos de pacientes adolescentes que participaron en el estudio antes mencionado; a continuación, se revisara cada uno de los archivos por separado, se identificara y seleccionara aquellos que den positivo al módulo B de la entrevista MINI-KID (riesgo de suicidio). Tras obtener la información necesaria para el estudio, incluyendo las variables de interés, los datos se vaciarán a una hoja de recolección de datos en Excel. El procedimiento se repetirá durante 3 meses y tras contar con una muestra de 103 observaciones se concluirá con la recolección de datos. A continuación, se realizarán los análisis estadísticos vaciando los datos recolectados al software SPSS versión 2.0 para determinar. Por último, se evaluarán los resultados arrojados por el programa estadístico interpretando, emitiendo una opinión objetiva y conclusión de los hallazgos.

Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento.



Cronograma

Tabla 2. Cronograma de actividades.

Actividad	Junio-Julio 2018	Agosto- Octubre	Noviembre- Enero 2019	Febrero 2019	Junio 2019	Julio 2019
Tema de estudio	XX					
Revisión bibliográfica	XX	XX				
Elaboración del protocolo		XX				
Revisión y selección de cuadernillos		XX	XX			
Eliminación de cuadernillos			XX			
Realización de la base de datos			XX	XX		
Análisis estadísticos				XX	XX	
Redacción de resultados y discusión					XX	
Elaboración del documento					XX	XX

Instrumentos.

Cuadernillo de evaluación multidimensional (Anexo 3). Representa un conjunto de documentos diseñado para la recolección de las variables de interés y que se compone de diversas escalas auto-aplicables para la evaluación de la psicopatología, el estilo de afrontamiento, los estresores, y la conducta suicida en los adolescentes que participaron en el estudio. Adicionalmente incluye una hoja para la recolección de datos socio-demográficos del sujeto de estudio y los cuidadores primarios. A continuación se detallan los instrumentos que se incluyen el cuadernillo de evaluación.

Psicopatología: Se utilizó el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes de 11 a 18 años –YSR/11-18-, por sus siglas Youth Self Report (Achenbach y Rescorla, 2001) para evaluar de manera dimensional la presencia de psicopatología. El instrumento completo consta de una primera parte de escalas de competencia, con reactivos mixtos (abiertos y de opción múltiples), y una segunda parte con escalas que evalúan problemas de conducta y emociones a través de 112 reactivos. Las escalas de problemas identifican dos patrones generales de problemas externalizados como conducta de ruptura de reglas y agresión, y de internalizados, como depresión-ansiedad, depresión-introversión y problemas somáticos, adicionalmente se presenta los problemas mixtos como problemas sociales, problemas mentales y problemas de atención. En este estudio se utilizó la versión en español editada por ASEBA y adaptada por la Universidad de Barcelona (2001), dirigida para población de habla hispana (latinoamericana) y validada por Barcelata, Armenta y Luna en el 2012⁶³.

1. Internalizados: Ansiedad/depresión, introversión, quejas somáticas, problemas sociales y problemas de pensamiento.
2. Externalizados: Ruptura de reglas y conducta agresiva.
3. Mixto: Problemas sociales, problemas mentales y problemas de atención.

Estrés en adolescente: se utilizará la Escala Global de Estrés para Adolescentes (EGE-A). (González y Landero 2007)⁶⁴. Este instrumento mide la presencia e intensidad de eventos potencialmente estresantes percibidos por adolescentes de 11 a 18 años en diferentes áreas o dimensiones. Está integrado por 55 reactivos, 54

reactivos Likert de 6 puntos que van de 0=no me sucedió a 5=me sucedió y me estresa demasiado y una pregunta abierta. Los reactivos Likert están integrados en seis factores (alfa total=0.962 y varianza total explicada= 41%):

1. Eventos críticos (varianza explicada=14.10; $\alpha=0.761$), evalúa sucesos de vida mayores no esperados;
2. Contrariedades diarias (varianza explicada=7.29; $\alpha=0.746$), identifica estresores cotidianos;
3. Presión social (varianza explicada=6.37; $\alpha=.807$), valora situaciones que implican presión social que suelen producir estrés;
4. Preocupaciones familiares (varianza explicada=5.34; $\alpha=0.744$), hace referencia estresores relacionados con cuestiones familiares;
5. Estresores académicos (varianza explicada=4.32 $\alpha=0.799$), identifica estresores asociados al ámbito escolar;
6. Situaciones de interacción social (varianza explicada=3.15; $\alpha=.778$), refiere a situaciones que representan limitaciones en la interacción social y que pueden generar estrés.

Afrontamiento en adolescente: Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A) (Lucio, Gómez Maqueo, Duran y Barcelata, 2016)⁶⁵: es un instrumento auto aplicable 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. Es 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.

Conducta suicida: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI-KID). (MINI International Neuropsychiatric Interview, adaptada al español por Ferrando, 2000): es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI-KID es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable y fácil de usar tras un breve curso de formación. Está dividida en 24 módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Las preguntas de la entrevista están diseñadas para evocar los criterios diagnósticos específicos. Las preguntas deben leerse “palabra por palabra.” Si el niño o adolescente no entiende una palabra en específico o un concepto, puede explicarle lo que significa o le puede dar ejemplos que capturen su esencia. El módulo B evalúa el riesgo suicida pasado y actual (presente o ausente). El instrumento posee una sensibilidad de 0.86, una especificidad de .84, un valor predictivo de casos positivos de 0.75 y un valor predictivo de casos negativos de 0.92.

Análisis estadístico.

Se efectuarán análisis descriptivos, de comparación de medias, correlacionales bivariados y multivariados a través del paquete estadístico SPSS 2 de acuerdo con los diferentes niveles de medición y características de las variables de estudio, con el fin de proponer un modelo explicativo sobre la relación entre el grado de estrés y afrontamiento en adolescentes con conducta suicida.

Consideraciones éticas.

Acorde a lo establecido en el Capítulo I, Título Segundo, de los aspectos éticos de la

investigación en seres humanos, del Reglamento de la Ley General de Salud el presente estudio constituye una investigación de riesgo mínimo. Al recoger información retrospectiva extraída de cuadernillos y cuestionarios y por su diseño no se realizará intervención o modificación en las características fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes. Se respetarán las normas éticas dando un adecuado uso a la información médica vertida en los cuadernillos recolectando datos individuales en forma de resumen y sin ninguna información personal o que permita la identificación de los pacientes, respetando la privacidad del sujeto y su confidencialidad. Toda información recolectada y vertida en la hoja de recolección de datos será desechada posterior a realizar la captura electrónica en el programa de análisis estadísticos, en un tiempo estimado de dos semanas. Se trata de una investigación sin riesgo y por lo tanto se prescindirá de la obtención de un consentimiento informado. Por su diseño, este estudio no requerirá de ningún tipo de importe o coste económico por parte de las personas que participaron en el primer estudio. El Comité Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, aprobó el estudio general (Anexo 4), así como el estudio actual (Anexo 5). Adicionalmente, el autor del presente estudio realizó el curso en línea de los National Institutes of Health, denominado Protecting Human Research Participants (Anexo 6).

RESULTADOS.

De los 103 sujetos incluidos en el estudio, del total de pacientes incluidos el 67.9% presentó conducta suicida. El 54.4% corresponden a adolescentes de sexo femenino. El rango de edad fue de 10 a 17 años con una media de 13.79 años. La mayoría de los participantes se dedicaban únicamente a estudiar. Al momento de la recolección de los datos 60.2% de los participantes se encontraba estudiando la secundaria. Dos tercios de los pacientes profesaban la religión Católica (tabla 3).

Tabla 3. *Variables sociodemográfica de los adolescentes (N=103).*

Variable	Media	Frecuencia/Rango	DS	Porcentaje
Edad	13.79	10 a 17 años	1.75	
Sexo				
	H	47		45.6
	M	56		54.4
Ocupación				
	Estudia	98		95
	Trabaja	1		1
	Sin ocupación	3		2.9
Educación				
	Primaria	16		15.5
	Secundaria	62		60.2
	Bachillerato	25		24.3
Religión				
	Católico	77		74.8
	Cristiano	4		3.9
	Ninguna	7		6.8
	Otras	15		14.6
Área de procedencia				
	Hospitalización	38		36.9
	Consulta externa	23		22.3
	Admisión continua	42		40.8

Nota: DS; desviación estándar, H; hombres, M; mujeres.

Las madres de los participantes presentaron una media de edad de 39.9 años, mientras para los padres fue de 42 años (tabla 4). El 22.3 % de las madres reportaron estudios de licenciatura, mientras que el 26.2% de los padres tiene estudios de secundarias. Más de la mitad de los participantes presentó conducta suicida (67.9%).

Tabla 4. *Variables sociodemográfica de los padres.*

Variable	Media	Frecuencia/Rango	DS	Porcentaje
Edad de padre	42	28-67	4.1	
Escolaridad del padre	Primaria	13		12.7
	Secundaria	27		26.2
	Bachillerato	27		26.1
	Licenciatura	24		17.5
	No especifica	11		10.7
Analfabeta	1		1	
Edad de madre	39.9	28-58	6.4	
Escolaridad de la madre	Primaria	4		3.9
	Secundaria	39		37.9
	Bachillerato	32		31
	Licenciatura	23		22.3
	No especifica	4		3.9
	Analfabeta	1		1

Nota: DS; desviación estándar

Comparación entre psicopatología en adolescentes con y sin ideación suicida.

Los resultados muestran que la subescala de banda estrecha con los puntajes más elevados para ambos grupos fue la de introversión depresión ($M= 0.86$, $DS=0.47$, $p= 0.05$) en ambos grupos, sin embargo al comparar las medias del grupo con y sin conducta suicida se observan diferencias a nivel significativo con un valor de $t= 2.11$ y una $p= 0.05$ (tabla 5).

Se observa que los puntajes de problemas de atención se encuentran elevados, sin embargo se observan las mismas medias para ambos grupos sin diferencias significativas. La subescala de comportamiento agresivo también presentó puntajes altos y con diferencias significativas en el grupo que presenta conducta suicida con respecto al que no la presenta con un valor de $t= 2.72$ y una $p= 0.001$.

Tabla 5. Comparación entre psicopatología en adolescentes con y sin ideación suicida (N=103).

Variable		Con conducta suicida (n=70)		Sin conducta suicida (n=33)		t (101)
		M	DS	M	DS	
Psicopatología Internalizado	Total	0.76	0.37	0.51	0.31	-3.23**
	Ansiedad / Depresión	0.82	0.46	0.53	0.32	-3.28**
	Introversión depresión	0.86	0.47	0.66	0.41	-2.11*
	Quejas somáticas	0.58	0.38	0.38	0.37	-2.57*
Mixto	Total	0.73	0.38	0.62	0.32	-1.32
	Problemas sociales	0.63	0.32	0.47	0.29	-2.47*
	Problemas mentales	0.59	0.4	0.4	0.33	-2.34*
	Problemas de atención	0.92	0.4	0.92	0.45	-0.53
Externalizadas	Total	0.62	0.32	0.46	0.27	-2.45*
	Ruptura de reglas	0.5	0.3	0.34	0.23	-2.72**
	C. agresivo	0.73	0.39	0.57	0.34	-1.99*

Nota: *p = < .05, ** p = < .001, C. agresivo; comportamiento agresivo.

Como se observa en la tabla 5, los puntajes de las escalas de banda ancha fueron superiores para los adolescentes con conducta suicida con diferencias significativas más marcadas a nivel internalizado que externalizado (t= 3.23, p= 0.001).

Comparación de medias e los niveles de afrontamiento en pacientes adolescentes con y sin ideación suicida.

Los puntajes de las escalas de banda ancha fueron más altos para los pacientes con conducta suicida con diferencias significativa más marcada con el estilo de afrontamiento no productivo ($M= 1.87$, $t=3.20$, $p= 0.001$) que en los estilos productivo y relacionado a otros.

La subescalas de estrategias enfocadas en reservar el problema para sí ($M= 2.37$, $t= 2.45$, $p= 0.05$), autoinculparse ($M=2.36$, $t= 3.54$, $p= 0.001$) y la reducción de la tensión ($M= 1.57$, $t= 3.84$, $p= 0.001$) presentaron puntajes superiores y con diferencias significativas entre los adolescentes con conducta suicida.

Además, los resultados muestran que las medias en las subescalas de banda estrecha correspondientes a las estrategias enfocadas en resolver el problema, fijarse en lo positivo, la distracción física, buscar diversiones y buscar apoyo social alcanzaron puntajes más elevados en los adolescentes sin conducta suicida, sin embargo no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 6. Comparación de medias en los niveles de afrontamiento en pacientes adolescentes con y sin conducta suicida (N=103)

Variable		Con conducta suicida (n=70)		Sin conducta suicida (n=33)		t (101)	
Estilo de afrontamiento	Estrategia afrontamiento	M	DE	M	DE		
Productivo	Total	2	0.59	2.06	0.66	0.46	
	Resolver el problema	2.03	0.92	1.85	0.94	-0.92	
	Fijarse en lo positivo	1.93	1.03	2.18	1.01	1.17	
	Invertir en amigos íntimos	1.9	1.02	1.64	1.06	-1.20	
	Distracción física	1.67	1.05	2.12	1.29	1.88	
	Buscar diversiones relajantes	2.36	1.01	2.45	1.03	0.45	
	Buscar pertenencia	1.9	1.02	1.85	1.03	-1.38	
	Esforzarse y tener éxito	2	0.87	2.33	0.89	1.80	
	No productivo	Total	1.87	0.58	1.49	0.5	-3.20**
		Ignorar el problema	1.46	0.91	1.36	0.7	-0.521
Reservarlo para sí		2.37	1.04	1.85	0.94	-2.45*	
Falta de afrontamiento		1.46	0.88	1.18	0.73	-1.56	
Autoinculparse		2.36	1.06	1.58	1	-3.54**	
Reducción de la tensión		1.56	0.97	0.79	0.89	-3.84**	
Hacerse ilusiones		1.7	0.82	1.61	0.86	-0.53	
Preocuparse		2.16	0.88	2.06	0.97	-0.50	
Relacionado a otros	Total	1.43	0.72	1.52	0.69	0.65	
	Buscar ayuda profesional	1.64	0.96	1.7	1.21	0.24	
	Buscar apoyo social	1.74	0.97	2.18	0.85	2.22	
	Buscar apoyo espiritual	1.26	0.99	1.03	0.81	-1.14	
	Acción Social	1.06	0.74	1.18	1.01	0.70	

Nota: *p = < .05, ** p = < .001

Comparación de medias en los niveles de estrés en pacientes adolescentes con y sin conducta suicida.

Como se muestra en la tabla 7, los resultados señalan que a nivel de banda estrecha los puntajes en las medias de estrés fueron similares para ambos grupos. Los eventos críticos (M= 2.63) y las contrariedades diarias (M= 2.56) mostraron medias más elevadas, sin embargo dicha diferencia no representó significancia estadística.

Tabla 7. *Comparación de medias en los niveles de estrés en pacientes adolescentes con y sin conducta.*

Estrés	Con conducta suicida (n=70)		Sin conducta suicida (n=33)		t (101)
	M	DE	M	DE	
Eventos Críticos	2.4	1.16	2.41	1.16	0.56
Contrariedades diarias	2.63	0.89	2.41	0.93	-1.14
Presión social	2.1	0.66	2.15	0.75	0.31
Preocupaciones familiares	1.9	0.84	1.64	0.79	-1.48
Estresores académicos	2.56	0.81	2.69	0.67	0.84
Situaciones de interacción social	2.28	0.83	2.07	0.88	-1.15
Suma total de EGE	3.12	0.95	3.03	0.91	-0.47

Nota: *p = < .05, ** p = < .001, EGE; Escala Global de Estrés.

El estrés global percibido por los adolescentes indicó una media de 3.12 y 3.03 en los grupos con y sin ideación suicida respectivamente.

DISCUSIÓN.

El objetivo general de este trabajo fue evaluar la relación entre la presencia de conducta suicida, las estrategias de afrontamiento y el nivel de estrés en adolescentes con psicopatología. El presente trabajo confirmó que los adolescentes con psicopatología que acuden a atención clínica, que cursan con presencia o no de conducta suicida difieren en la psicopatología que presentan. Primero los niveles de severidad en la psicopatología son mayores en el grupo de pacientes con conducta suicida.

Los resultados coinciden por lo reportado en nuestro país por Benjet y Borges³² a partir de los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones en la que encuentra una asociación entre la presencia de ideación e intento suicida en pacientes con síntomas moderados de depresión.

A nivel internacional los datos coinciden por lo reportado en diversos estudios de meta análisis y revisión tanto en poblaciones de Oriente como Occidente^{21-23, 26} encontrando una mayor frecuencia en la presencia de conducta suicida en pacientes con depresión y síntomas internalizados.

El estudio realizado por Nock²⁵, reporta mayor incidencia para trastornos afectivos, entre ellos depresión, distimia y trastorno bipolar, sin embargo, también encontró asociación entre la conducta suicida y otros trastornos psiquiátricos como las fobias y el trastorno negativista desafiante. Los hallazgos del estudio indican que los problemas externalizados son frecuentes entre los adolescentes con conducta suicida, datos que coinciden con lo reportado por Benjet³² quien reporta una mayor incidencia de problemas externalizados entre las adolescentes mexicanas.

En relación a la percepción de estrés, de manera general los adolescentes con y sin conducta suicida presentan mayores niveles en la percepción de contrariedades diarias, de estrés familiar, de problemas sociales y de estresores académicos, hallazgos similares a los reportados por Benjet³² a partir de los datos obtenidos de la Encuesta Metropolitana de Salud Mental en Adolescentes, y a lo indicado por OCDE (2014). Sin bien estos hallazgos no resultaron estadísticamente significativos para delimitar los estresores asociados con mayor frecuencia a la conducta suicida, la

media de estrés global percibido en adolescentes con conducta suicida resulto en un puntaje mayor medido por la EGE, hallazgos que coinciden con lo reportado en la literatura internacional⁴⁶⁻⁴⁹.

Adams⁴⁶, encontró que los “eventos de salida” refiriéndose al distanciamiento familiar por divorcio y/o separación o muerte se asociaron a la conducta suicida, si bien en nuestro estudio no se implementó la misma escala, coinciden con los reactivos relacionados a los problemas familiares. Estudios internacionales⁴⁶⁻⁵¹ encontraron, al igual que los datos arrojados por esta investigación, que los problemas académicos funcionan como mediadores para la aparición de conducta suicida entre los adolescentes.

Los estresores académicos se han encontrado asociados a la conducta suicida entre los adolescentes con psicopatología y conducta suicida⁴⁸, los hallazgos del estudio indican que los adolescentes con conducta suicida presentan mayor percepción de estrés académico en comparación con los adolescentes sin conducta suicida. Por último, cabe mencionar que no se encontró en la literatura estudios que encontraran una relación entre la percepción de contrariedades diarias y la aparición de conducta suicida, a diferencia de lo reportado en nuestros hallazgos, situación que amerita observancia al analizar los indicadores y percepción de bienestar entre la población mexicana (OCDE, 2014)⁶.

En relación a los estilos de afrontamiento, el asociado con mayor frecuencia a la presencia de conducta suicida es el concerniente al estilo no productivo, hallazgo que contrasta con lo publicado a nivel internacional por Guerreiro³³. Este último estudio, reporta una menor frecuencia de conducta suicida entre los adolescentes con un estilo de afrontamiento productivo particularmente en aquellos adolescentes que presentan estrategias orientadas a la resolución del problema, resultado que contrasta con lo encontrado en nuestra investigación. Knafo⁵⁰, por otro lado, evaluó a adolescentes con trastorno límite de la personalidad encontrando que aquellas que presentaban estrategias dirigidas a ignorar el problema presentaban menor frecuencia de conducta suicida, como lo menciona en su estudio este hallazgo podría relacionarse a la presencia de rumiación enfocada a solucionar el problema que incrementaría los niveles de tensión interna, es decir, las pacientes con trastorno límite de la

personalidad y estrategias de afrontamiento orientada a solucionar el problema al no contar con medidas psicológicas adecuadas o la repetición de conflictos internos incrementaría la percepción de estrés o la tensión emocional incrementando así mismo la frecuencia de conductas auto lesivas. Si bien nuestro estudio no analizó los fenómenos asociados a los trastornos de personalidad, es un hallazgo que difiere a los resultados obtenidos de esta investigación. Analicemos lo reportado por Mirkovic⁵¹, quien utilizó la misma muestra del estudio de Kanafo⁵⁰, en sus hallazgos reporta que aquellos pacientes adolescentes sin trastorno límite de la personalidad con depresión e ideación suicida y que implementaban estrategias de afrontamiento productivo presentaron con menor frecuencia ideación suicida.

Abdollahi⁵² y Nielsen⁴⁰, utilizando un escala diferente a la empleada en el presente estudio, encontraron relación entre implementación de estrategias orientadas a la evitación y con el afrontamiento emocional y la presencia de conducta suicida y auto lesiones. Como se mencionó, la escala difiere a la desarrollada por Frydenberg³⁷, podemos traslapar los resultados y vincular dichas estrategias con la autculpa, la reducción de la tensión y evitar problemas, todas incluidas en el estilo de afrontamiento no productivo, otros estudios han replicado este hallazgo⁵⁸⁻⁶⁰.

En lo reportado por Aambrus⁵³ parece relevante mencionar que el estilo de afrontamiento no productivo, se asoció a la presencia de conducta suicida independientemente de la presencia o no de depresión, asumiendo que el afrontamiento evitativo (evadir el problema) es un factor de riesgo independiente al grado de psicopatología para la presencia de conducta suicida entre los adolescentes. Al revisar lo reportado en un artículo publicado reciente por Onder⁵⁵, quien encontró una relación entre la presencia de conducta suicida, la percepción de estrés familiar y estilos de afrontamiento orientado a buscar ayuda, nos preguntamos si la situación familiar de los adolescentes mexicanos y su percepción de apoyo podría inferir en la presencia de conducta suicida, si bien el estilo de afrontamiento orientado a otro no se presentó entre los adolescentes con conducta suicida, este podría funcionar como un factor protector que evitaría dichas conductas.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los adolescentes mexicanos que presentaron conducta suicida reportaron una mayor frecuencia en el uso de

estrategias no productivas orientadas a ignorar el problema, preocuparse y auto inculparse^{60, 61}, siendo esta última la más frecuente en este grupo, y que podría vincularse al constructo propuesto por Joiner¹⁵ en su teoría interpersonal del suicidio.

CONCLUSIONES.

1. Los adolescentes con conducta suicida presentan altos niveles de psicopatología internalizada y externalizada.
2. Los estresores más relevantes en muestras clínicas fueron los problemas familiares, las contrariedades diarias y las situaciones de interacción social, por lo tanto el manejo deberá de ir orientado a la evaluación y manejo de dichos eventos.
3. El estilo de afrontamiento no productivo se presenta con mayor frecuencia entre los adolescentes con psicopatología que presentan conducta suicida.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

Los hallazgos se extienden solo a población clínica de un hospital especializado que tiene alta comorbilidad y severidad por lo que no se pueden extender a la comunidad. Aunque se contó con instrumentos válidos y confiables, el instrumento de estrés se desarrolló más para adolescentes de la zona conurbada de la Ciudad de México por lo que no es fácil extender los resultados con perspectiva internacional.

Solo se tuvo como informante a los adolescentes y no a los padres.

No se estudió cada una de las manifestaciones de la conducta suicida por separada. En los adolescentes con conducta suicida es importante investigar y aportar datos con respecto al estilo de afrontamiento ya que pueden constituir la base de un tratamiento psicoterapéutico. La aplicación de escalas y pruebas que evalúen el estilo de afrontamiento en los adolescentes que acuden a valoración a esta unidad nos proporcionaría información importante para el abordaje y prevención de la conducta suicida. Considero adecuado, diseñar intervenciones que focalicen en el estilo no productivo, particularmente en aquellos adolescentes en los que predominen las estrategias de auto inculparse, de reducción de la tensión, y reservarlo para sí. Y por

otro lado, fomentar estrategias de afrontamiento productivo, como el enfocado a resolver el problema, estilos que han demostrado ser protectores para la aparición de conductas de auto daño y conducta suicida.

Habría que investigar el estrés, pero no de manera global, sino aquellos factores estresantes que se han vinculado con la presencia de conductas suicida en la población que atendemos. En los pacientes con conducta suicida es importante documentar la presencia de estresores tales como las contrariedades diarias, las preocupaciones familiares y los relacionados con la interacción social. Al contrario con lo que se esperaría, las contrariedades diarias suelen presentar con frecuencia entre aquellos pacientes que presentan conducta suicida, podemos inferir que el estilo de afrontamiento y el grado de psicopatología exacerbaban la percepción de los factores estresantes.

Con respecto a la psicopatología, la conducta suicida no solo se asocia a depresión como es bien conocido, sino que también se encuentra elevado entre aquellos pacientes con problemas externalizados. Otros problemas como las quejas somáticas y los problemas sociales representan fenómenos clínicos que debemos de investigar de manera rutinaria.

REFERENCIAS.

1. Lerner R, Molennar P, Newell K. Handbook of Developmental Systems Theory and Methodology. 2nd ed. New York: Richard Lerner; 2014.
2. Cicchetti D. Developmental psychopathology. 3rd ed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.;2016.
3. Pennington B. The development of psychopathology: Nature and nurture. 1st ed. New York: Guilfor Press; 2002.
4. World Healt Organization Child and Adolescent Mental Healt Polices and Plans. Geneva: WHO;2005.
5. Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. 5ta ed. Buenos Aires: PAIDOS; 2015.
6. OCDE Mejores políticas para una vida mejor (internet). Ciudad de México: Estadísticas tributarias en America Latina; c2014 (citado mayo 2019). Disponible en: <https://www.oecd.org/centrodemexico/contactenos-laocdeenmexico.htm>
7. Organización Mundial de la Salud Promoción de la Salud Mental. 2014: 1-69.
8. Hawton K, Sauders K, O'Connor R. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012; 379: 2373-82.
9. Madge N, Hewit A, Hawton K, Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm an international community simple of Young people: comparative findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) Study. J Child Ppsychol Psychiatry. 2008; 49 (6): 667-77.
10. Burrows S, Laflame L. Socioeconomic disparities and attempted suicide: State of knowledge and implications for reseach and prevention. International Journal of Injury Control and Safety Promotion. 2010;17:23-40.
11. O' Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study. Suicide and life threatening Behavior. 2009; 39: 364-375.
12. Hargus E, Hawton K, Rodham K. Distinguishing between subgroups of adolescents who self-harm. The American association of suicidology. 2009;39 (5):518-537.
13. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB et al. The natural history of self-harm from adolescence to Young adulthood: a population-based cohort study.Lancet. 2012; 379: 236-43.
14. Boeninger DK, Masyn KE, Feldman BJ, Conger R. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. Suicide and life threatening Behavior. The americian asociation of suicidology. 2010; 40(5): 451-464.
15. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(8): 741-49.
16. Joiner TE, Van Orden KA. The interpersonal-psychological theory of suicide behavior indicates specific and crucial psychotherapeutic targets. International Journal of cognitive therapy. 2008; 1(1): 80-89.
17. Speckens AE, Hawton K. Social problema solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. Suicide Life Threat Behav. 2005; 35 (4): 365-87.

18. Barcelata BE, Gómez EL. Fuentes de estrés y su influencia en la adaptación psicológica en jóvenes con adversidad económica. *EN.CLAVES del pensamiento*. 2012; 6 (12): 31-48.
19. Lake AM, Gould MS. School-based strategies for youth suicide prevention. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J editor(s). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. West Sussex, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd., 2011.
20. Scott LN, Pilkonis PA, Hipwell AE, Keenan K, Stepp SD. Non-suicidal self-injury and suicidal ideation as predictors of suicide attempts in adolescent girls: a multi-wave prospective study. *Compr Psychiatry* 2015; 58: 1–10.
21. Sun FK, Chiang CY, Lin YH, Chen TB. Short-term effects of a suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal. *J Clin Nurs* 2014; 23 (2): 91-102.
22. Zhang J, Ma J, Jia C, Sun J, Guo X, Xu A, et al. Economic growth and suicide rate changes: a case in China from 1982 to 2005. *Eur Psychiatry* 2010; 25 (3): 159-63.
23. Phillips MR, Yang GH: Suicide and attempted suicide in China, 1990–2002. *MMWR* 2004; 53:481–484.
24. Hawton K, Haw C, Niedziedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide Life Threat Behav*. 2013; 43 (1): 97-108.
25. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70 (3): 300-10.
26. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014; 13 (2): 153-60.
27. Widakowich C. El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2012; 17 (4): 365-374.
28. Hempel C. Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science. New York: The Free Press, 1965. 505 pp.
29. Tejeda E, Felix F, Osuna C, Cazarez I, Galvez N, Ontamucha D, et al. Clima familiar relacionado con estrés en estudiantes de secundaria. *Memorias del 29 congreso y 70 asamblea del consejo nacional para la enseñanza e investigación en psicología, san luis potosí, abril 2002*.
30. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés procesos cognitivos*. Martínez Roca, editores. Barcelona; 1986.
31. Tang F, Xue F, Qin P. The interplay of stressful life events and coping skills on risk for suicidal behavior among youth students in contemporary China: a large scale cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2015; 31 (15): 182-192.
32. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar S. Young mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50 (4): 386-395.
33. Guerreiro D, Figueira ML, Cruz D, Sampaio D. Coping Strategies in Adolescents Who Self-Harm a Community Sample Study. *Crisis the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2014; 1(1):1-7.
34. Stone AA, Neale JM. New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984; 46(4): 892-906.

35. Compas BE. Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin* 1987; 101(3): 393-403.
36. Roth S, Cohen LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist* 1986; 41(7): 813-819.
37. Frydenberg E, Lewis R. Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc* 1991; 14(2): 119-133.
38. Castro K, Kirchner T. Coping and Psychopathological Profile in Nonsuicidal Self-Injurious Chilean Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 74 (1):147-160.
39. Mackin DM, Perlman G, Davila J, Kotov R, Klein DN. Social support buffers the effect of interpersonal life stress on suicidal ideation and self-injury during adolescence. *Psychological Medicine*. 2016; 47 (6): 1149-1161.
40. Nielsen E, Sayal K, Townsend E. Exploring the Relationship between Experiential Avoidance, Coping Functions and the Recency and Frequency of Self-Harm. *Plos one* 2016; 11 (7):1-20.
41. Rich AR, Bonner R. Concurrent validity of a stress-vulnerability model of suicidal ideation and behavior: A follow-up study. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1987; 17(4): 265-270.
42. Chagnon F. Coping Mechanisms, Stressful Events and Suicidal Behavior Among Youth Admitted to Juvenile Justice and Child Welfare Services. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2007; 37(4): 439–452.
43. Compas BE, Connor JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull*. 2001; 127(1):87-127.
44. Sayar K, Kose S, Acar B, Ak I. Predictors of suicidal behavior in a sample of Turkish suicide attempters. *Death Studies* 2004; 28 (2): 137-150.
45. Simsek Z, Demir C, Er G, Munir K. Evaluation of attempted suicide in emergency departments in Sanliurfa province, southeastern Turkey. *J Public Health*. 2013; 21: 325-31.
46. Adams D, Overholser JC, Spirito A. Stressful Life Events Associated with Adolescent Suicide Attempts. *Can J Psychiatry* 1994; 39 (1): 43-8.
47. Arun P, Chavan BS. Stress and suicidal ideas in adolescent students in Chandigarh. *Indian J Med Sci* 2009; 63 (7): 281-7.
48. Hewitt PL, Caelian CF, Chen C, Flett G. Perfectionism, Stress, Daily Hassles, Hopelessness, and Suicide Potential in Depressed Psychiatric Adolescents. *Journal of Psychopathology and behavioral assesment* 2014; 36 (4): 663-74.
49. Daniel SS, Goldston DB, Erkanli A, Heibron N, Franklin JC. Prospective Study of Major Loss Life Events and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors among Adolescents and Young Adults. *Suicide Life Threat Behav* 2017; 47 (4): 436-449.
50. Knafo A, Guilé JM, Labelle R, Belloncle V, Breton JJ,. Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (2): 46-54.
51. Mirkovic B, Labelle R, Guilé JM, Belloncle V, Bodeau N, Knafo A. Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters: Results of a Multisite Study. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (2): 37-45.
52. Abdollahi A, Carlbring P. Coping Style as a Moderator of Perfectionism and Suicidal Ideation among Undergraduate Students. *Journal of rational-emotive 8 cognitive-behavior therapy* 2017; 35 (3): 223-39.

53. Ambrus L, Sunngvist C, Asp M, Westling S, Westrin A. Coping and suicide risk in high risk psychiatric patients. *J Ment Health* 2017; 20: 1-6.
54. Ancel G, Moolman R. Resilience and suicide ideation: Coping mediator-moderator effects among adolescent learners. *Journal of psychology in africa* 2017; 27 (6): 494-502.
55. Onder FC. Social Support and Coping Styles in Predicting Suicide Probability among Turkish Adolescents. *Universal Journal of Educational Research* 2018;6(1): 145-154.
56. Wilson KG, Stelzer J, Bergman JN, Kral MJ, Inayatullah M, et al. Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25 (2): 241-52.
57. Zhang X, Wang H, Xia Y, Liu X, Jung E. Stress, coping and suicide ideation in Chinese college students. *J Adolesc* 2012; 35 (3): 683-90.
58. Tang F, Xue F, Qin P. The interplay of stressful life events and coping skills on risk for suicidal behavior among youth students in contemporary China: a large scale cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2015; 31 (15): 1-10.
59. Kiekens G, Bruffaerts R, Nock MK, Van de Ven M, Wittman C, Mortier P et al. Non-suicidal self-injury among Dutch and Belgian adolescents: Personality, stress and coping. *Eur Psychiatry* 2015; 30 (3): 743-9.
60. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar RP, Menon V. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *J Neurosci Rural Pract* 2015; 6 (2): 171-6.
61. Undheim AM, Sund AM. Associations of stressful life events with coping strategies of 12-15-year-old Norwegian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26 (8): 993-1003.
62. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales. (Internet). Ciudad de México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 07 de septiembre de 2018 (revisado; 07 noviembre de 2019). Disponible en: inegi.org.mx
63. Barcelata B, Armenta J, Lina Q. Estudio de la validez del Youth Self Report en adolescentes de la Ciudad de México. Salud mental, adolescencia, psicopatología y contexto. Simposio; Octubre 2013; Guadalajara, México: Sociedad Mexicana de psicología: 2012.
64. Gonzalez MT, Landero R. Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish j Psy.* 2007; 10: 199-206.
65. Lucio E, Gómez M, Duran C, Barcelata B, Romero E. Propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología.* 2016; 8 (1): 36-48.

ANEXOS.

Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para el proyecto general.



Ciudad de México a 30 de mayo 2018
Asunto: aprobación enmienda
Oficio: 148

DRA. MA. ELENA MÁRQUEZ CARAVEO.
PRESENTE:

Por este medio se le informa que en relación a la enmienda presentada el día 24 de Mayo 2018 del protocolo aprobado por el Comité de Investigación el día **26 de Abril del 2012**: "*Adolescentes con problemas de salud mental: un enfoque de riesgo y protección*, clave **II3/01/0412**, cuyo título se modificó a "*Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención*", se han revisado los cambios y se ha dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
PRESIDENTA DEL COMITE

Anexo 2. Carta de aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para el proyecto actual.



Ciudad de México, 23 de abril de 2019.
Asunto: Registro de tesis derivada.

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Investigador responsable
Presente.

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

Título del proyecto: "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención".

Clave de registro: II3/01/0412.

Aprobación CI a última enmienda: 30/05/2018

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

Título: "Estilos de afrontamiento y grado de estrés en adolescentes con psicopatología y conducta suicida.

Clave de registro: II3/01/0412/7e

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: Daniel Carrillo Robles

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

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (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
Lic. Ipzahín Cortés Iñiguez

Apoyo administrativo de la División de Investigación

C.c.p. Registro de productividad
Archivo

Anexo 3. Cuadernillo de evaluación multidimensional



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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



CUADERNILLO PARA ADOLESCENTES

CLÍNICA

MINI-KID, EGE-A, EA-A, YSR

PROYECTO PAPIIT
IN303714-5

Responsable en la FES Zaragoza

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Responsable en el Hospital

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Diseño: Barcelata Eguiarte y Márquez Caraveo
v. abril 2015

0 PAPIIT IN303714-5

Anexo 4. Carta de probación del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para el proyecto general.



Comité de Ética en Investigación

Ciudad de México, 04 de Julio de 2018.
Oficio Núm. 11

Dra. María Elena Marquez Caraveo.
Responsable de proyecto.
PRESENTE

Por medio de la presente le comunico que, derivado de la revisión realizada a los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento del menor pertenecientes al proyecto de investigación titulado "Adaptación y resiliencia en un contexto clínico: bases para la intervención", con clave de registro 113/01/0412 y, en cumplimiento con los criterios normativos en materia de Ética en investigación han sido:

Aprobados

Cabe señalar que deberá contactar a cada uno de los usuarios anteriores que participaron en este proyecto previo a esta segunda Enmienda, para aplicar nuevamente los documentos de Consentimiento Informado y Asentimiento de menor con el cambio aprobado. Se le recomienda incluir un Adendum a los documentos y sobre este la firmas de los interesados.

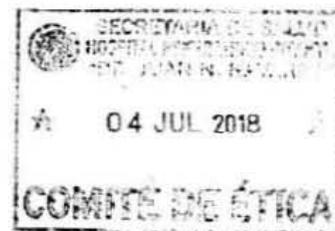
Asimismo le exhorto a supervisar que sus colaboradores se mantengan en cumplimiento de la normatividad vigente en el campo de la ética en investigación durante todas las etapas el estudio.

Por último, le informo que por indicación de la Dirección de este hospital, a partir del 28 de julio de 2017 toda investigación deberá recibir la autorización final del director para iniciar el desarrollo del proyecto.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente.

Dr. Julio César Flores Lázaro.
Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p Mtra. en Enf. Lucía Arciniega Buenrostro, Adscrita a la División de Investigación, HPI/DJNN.- Presente
Dra. Blanca Estela Barcelata Eguarte, Responsable de Proyecto en FES Zaragoza, UNAM.- Presente
Archivo CEI/HPI/DJNN

Anexo 5. Carta de probación del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, para el proyecto actual.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CCINSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE
INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

SERVICIO DE ATENCIÓN
PSIQUIÁTRICA



División

Ciudad de México, 10 de julio de 2019.

Asunto: Carta de aprobación

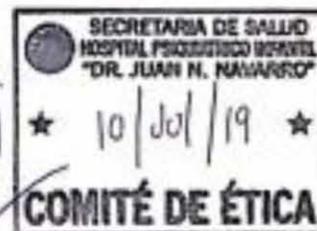
Dr. Daniel Carrillo Robles
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **"Estrés y afrontamiento en adolescentes que presentan conducta suicida atendidos en un hospital psiquiátrico infantil en 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. Michel Gutiérrez Ceniceros
Presidente del Comité de Ética en Investigación



Anexo 6. Certificado curso de capacitación NIH.

