

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



TESIS:

Mutualidad psicológica padres-hija, violencia y psicopatología en mujeres
adolescentes con intento suicida

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

Alonso Humberto Marín Ramírez

TUTORA:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Márquez'.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO DE 2020



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:

Alonso Humberto Marín Ramírez

Correo electrónico: amarinramirez@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: HPIJNN

Nombre de los asesores:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: HPIJNN

Resumen

Se realizó un estudio piloto y de metodología mixta, presentándose en este trabajo únicamente los datos cuantitativos. El objetivo fue explorar la experiencia del intento suicida en 13 adolescentes hospitalizadas y su relación con la mutualidad psicológica padres-hija (Genero, 1992), la presencia de violencia, y de psicopatología (YSR, Hausmann-Stabile, 2012). La media de intentos suicidas fue de 4.1; el 92.3% de la muestra había sufrido al menos un tipo de violencia, el acoso escolar fue el tipo más frecuente (53.8%), el abuso sexual estuvo presente en el 23%. Las adolescentes con mayor cantidad de intentos suicidas presentaron los niveles más bajos de mutualidad psicológica padres-hija y más altos de psicopatología.

Suicidio, Mutualidad psicológica, Violencia, Psicopatología.

Índice

1. Introducción	Pág. 4
2. Marco teórico	
I. Modelos sistémicos del desarrollo humano	Pág. 6
I.1 Psicopatología del desarrollo	Pág. 7
II. Conducta suicida en adolescentes	Pág. 11
II.1 Definición	Pág. 11
II.2 Aspectos epidemiológicos y sociodemográficos	Pág. 12
II.3 Factores de riesgo y de protección en el suicidio	Pág. 12
II.4 Mutualidad psicológica padres-hija y conducta suicida	Pág. 14
II.5 Violencia y conducta suicida	Pág. 16
II.6 Psicopatología y conducta suicida	Pág. 17
II.7 Prevención en el suicidio	Pág. 18
3. Planteamiento del problema	Pág. 20
4. Justificación	Pág. 20
5. Hipótesis	Pág. 21
6. Objetivos	Pág. 21
7. Material y métodos	Pág. 22
8. Resultados	Pág. 27
9. Discusión	
I. Datos sociodemográficos	Pág. 34
II. Mutualidad psicológica padres-hija, psicopatología y conducta suicida	Pág. 36
III. Violencia y conducta suicida	Pág. 40
10. Limitaciones y fortalezas	Pág. 46
11. Conclusiones	Pág. 46
12. Recomendaciones	Pág. 46
13. Referencias	Pág. 47
14. Anexo 1	Pág. 52
15. Anexo 2	Pág. 64
16. Anexo 3	Pág. 65
17. Anexo 4	Pág. 67
18. Anexo 5	Pág. 69

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública. Afecta a población de todas las edades y su causa es multifactorial, en donde convergen aspectos psicológicos, sociales, económicos, biológicos y culturales. En la población infantil el número de suicidios ha aumentado. En la población pediátrica el número limitado de habilidades para enfrentar y solucionar problemas, así como las escasas herramientas adaptativas, han sido un factor de riesgo importante para la conducta suicida.

La adolescencia es una etapa en donde la transición hacia la vida adulta es generalmente marcada por la presencia de cambios internos y externos; los jóvenes tienen que tomar decisiones acerca de aspectos importantes, y enfrentar retos como formar su identidad, desarrollar su autoestima, adquirir independencia y responsabilidad, crear relaciones íntimas, entre otras. Ante esto, frecuentemente son confrontados con grandes expectativas por parte de sus padres y familiares. Todo lo anterior suele causar un impacto en las emociones del adolescente, así como en su capacidad física y mental.

Entre los factores de riesgo más importantes para la conducta suicida se encuentran los familiares. El contexto familiar es una de las principales fuentes de soporte donde el adolescente puede encontrar direccionamiento para hacer frente a los retos que encuentra. Se estima que en 50% de los casos de suicidio en jóvenes, están involucrados los factores familiares. Frecuentemente se encuentra una comunicación deficiente dentro del medio familiar, no solo con el niño, sino también entre los otros miembros de la familia. La violencia y el divorcio de los padres son otros dos factores que también son encontrados en los antecedentes familiares de los casos de suicidio y su abordaje es necesario para entender de forma más amplia este fenómeno.

Las estrategias de prevención son fundamentales y deben estar dirigidas hacia poblaciones específicas, a las subpoblaciones con factores riesgo, tales como aquellos en edades vulnerables, y también enfocadas en aquellos individuos que presentan un riesgo mayor, como son los que cuentan con un padecimiento

psiquiátrico o un intento suicida previo. Para lograr esto, es importante entender los complejos factores que intervienen en la génesis de este problema de salud pública.

Marco Teórico

I. Modelos sistémicos del desarrollo humano

Durante los últimos años del siglo XIX y los dos primeros tercios del siglo XX, el estudio del desarrollo humano fue un campo de la psicología. En un principio, el estudio del desarrollo infantil (o psicología infantil) estuvo enmarcado por concepciones Cartesianas y por consideraciones reduccionistas de las bases del desarrollo humano. Los aspectos más importantes del desarrollo infantil eran las controversias entre naturaleza-crianza, continuidad-discontinuidad y estabilidad-inestabilidad, y la “solución” a estos problemas era reducir el desarrollo a un fenómeno explicado ya sea solo por las variables naturales (como los genes o la maduración) o por conexiones de estímulo-respuesta. Esta división, clara reducción de la ontología del desarrollo, significaba que la vía epistemológica para el entendimiento acerca de las bases del desarrollo era identificar las variables explicativas esenciales, como naturaleza o crianza.

Sin embargo, a partir de 1970 comenzó a surgir un mayor interés en alejarse de las aproximaciones reduccionistas y, en cambio, aproximarse a una visión del desarrollo como una interrelación entre variables. Así, gradualmente se fueron discutiendo los problemas filosóficos, teóricos y metodológicos asociados con las consideraciones divididas/reduccionistas del desarrollo. Adicionalmente se introdujeron ideas acerca del potencial de plasticidad a lo largo de la vida, así como de las relaciones mutuamente influyentes entre los individuos y las experiencias normales según su edad e historia. En este enfoque se subrayó la necesidad fundamental de estudiar los cambios intraindividuales (y las diferencias interindividuales en estos cambios intraindividuales) involucrados en estas relaciones individuo-contexto, con el fin de poder describir, explicar y optimizar el curso del desarrollo humano. Estas ideas estaban en concordancia con los trabajos sociológicos que demostraban que el curso de la vida estaba moldeado por los eventos históricos con los cuales uno se encuentra en un momento y un espacio particular de su vida.

En conjunto, estas ideas enfatizaban la vacuidad de los modelos reduccionistas y subrayaban la importancia de considerar el tiempo, el espacio, las relaciones individuo-contexto, la plasticidad y la necesidad de métodos longitudinales, sensibles al cambio, para estudiar las modificaciones intraindividuales a lo largo de la vida.

La adopción de los métodos longitudinales se dio como un intento de contrarrestar los estudios transversales, que obedecían al teorema ergódico, es decir, a considerar que un conjunto de datos se caracterizaba por a) homogeneidad entre los individuos y b) que las características de los individuos no se modificaban a lo largo del tiempo.

La intención era crear un modelo de desarrollo humano que considerara al individuo y a la trayectoria de sus relaciones recíprocas y bidireccionales con los múltiples niveles de la ecología del desarrollo humano, en donde se recalcara la importancia del tiempo y el espacio en el modelado de la vida. Lo anterior se ha representando como relaciones individuo \leftrightarrow contexto.

I.1 Psicopatología del desarrollo

Una de las principales áreas de estudio de este enfoque sistémico ha sido la Psicopatología del Desarrollo (PD), que se define como “el estudio del origen y curso de los patrones individuales de comportamiento maladaptativo, cualquiera que sea la edad de inicio, las causas, y sin importar los cambios en las manifestaciones conductuales ni qué tan complejo pueda ser el curso de los patrones de desarrollo”.¹

Como disciplina integrativa, la PD busca unificar, dentro de un marco del desarrollo a lo largo de la vida, contribuciones de múltiples campos de investigación, con el fin de entender la psicopatología y su relación con la adaptación normativa. Como un “macroparadigma” la PD intenta una integración del conocimiento desde múltiples niveles de análisis y dominios, en lugar de adherirse a una teoría única que intente explicar todos los fenómenos del desarrollo.²

Su objetivo es enfatizar la importancia vital de incluir el desarrollo dentro del estudio de la psicopatología, su diagnóstico y tratamiento. Esto debido a la amplia

evidencia en contra de una aplicación, en los niños y adolescentes, de los modelos adultos de psicopatología o de psicología social.

Desde una perspectiva de PD, se sostiene que las explicaciones en términos de modelos de enfermedad, tal como se refleja en el modelo médico tradicional, son sobre-simplificaciones. Entender un diagnóstico es mucho más complejo que identificar una enfermedad o un trastorno que un individuo tiene, siempre ha tenido o llegará a tener. De lo anterior se deriva que comprender el desarrollo de una problemática es mucho más complejo que simplemente algo que una persona “tiene”, y un tratamiento efectivo implica más que sólo administrar un medicamento para un problema.

La diferencia de la PD es evidente cuando se consideran sus contribuciones hacia el entendimiento de los diagnósticos psicopatológicos y su tratamiento a partir de una perspectiva del desarrollo, comparada con el modelo médico tradicional para el diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, en el caso de la depresión, los estudios de psicopatología del desarrollo hacen un fuerte hincapié en el rol que tienen los procesos de desarrollo y contextuales en el inicio y curso de la depresión infantil.¹

Constructos centrales a este enfoque, son los de equifinalidad y multifinalidad. Equifinalidad se refiere al hecho de que, en cualquier sistema abierto, múltiples vías (*pathway*), pueden derivar en el mismo resultado (*outcome*). Dicho de otro modo, esto quiere decir que en un sistema abierto (uno donde existe un cambio sostenido, así como un orden dinámico en los procesos, organización y auto-regulación) un mismo estado final puede ser alcanzado a partir de diferentes condiciones iniciales y a través de diferentes procesos. Dentro de la disciplina de la PD, la equifinalidad ayuda a explicar por qué una variedad de vías de desarrollo puede terminar en un resultado específico, en lugar de que exista siempre una vía primaria para un resultado adaptativo o desadaptativo.

Por el contrario, el principio de multifinalidad propone que el efecto que un evento tiene en un individuo, dependerá de las condiciones de los componentes adicionales con los cuales el individuo está vinculado. Esto implica que un evento adverso particular no necesariamente llevará al mismo resultado en todos los individuos, ya sea que este resultado sea psicopatológico o no psicopatológico. De

esta manera, los individuos pueden iniciar desde un punto en común y, dependiendo de sus “decisiones” subsecuentes, presentar patrones muy diferentes de adaptación o desadaptación.

Entre adaptación y desadaptación existe un amplio espectro. Por este motivo, la PD enfatiza que el desarrollo normativo provee un punto de comparación crucial y necesario para determinar si un comportamiento en los jóvenes es atípico o problemático, aunque el amplio rango de lo que es considerado “típico”, ocasiona que sea un desafío diferenciar una conducta normativa de una atípica. El rango de las conductas consideradas típicas en los diferentes periodos del desarrollo también refleja el hecho de que entre los adolescentes igual existen diferencias individuales en términos de sus habilidades cognitivas y de regulación emocional, como en las expectativas que los adultos tienen con respecto a que esas habilidades cambiarán a lo largo del tiempo.³

Debido a estas dimensiones de variabilidad, se han propuesto al menos tres definiciones para explicar la variabilidad que va desde el concepto de salud mental hasta el de enfermedad mental:

Salud mental: es un estado de adecuado rendimiento de las funciones mentales, el cual se observa en la ejecución de actividades productivas, en las relaciones con otras personas, así como en las habilidades para adaptarse al cambio y enfrentar la adversidad.

Problemas de salud mental: es el conjunto de signos y síntomas de duración o intensidad insuficientes para cumplir criterios de un trastorno mental. Los problemas de salud mental pueden justificar esfuerzos activos para la promoción, prevención y tratamiento de la salud.

Enfermedad mental: todos los trastornos mentales diagnosticables, condiciones de salud caracterizadas por alteraciones en el pensamiento, ánimo o conducta (o combinaciones de ellas) asociadas con estrés o con un funcionamiento alterado.⁴

De acuerdo a esta perspectiva, la medición de la desadaptación tiene dos enfoques y tradiciones. Comúnmente los trastornos mentales son diagnosticados a través de sistemas diagnósticos como son el CIE-10 y el DSM 5. Esto obedece a

que en las primeras clasificaciones hubo un gran peso del modelo médico, cuyo objetivo es poder identificar etiologías específicas, adelantar pronósticos, respuestas a tratamientos, y fundar las bases para el diagnóstico diferencial de condiciones relacionadas pero distintas.⁵ Este enfoque corresponde a lo que se reconoce como el Modelo Médico-Categorial, el cual emplea criterios para establecer la presencia de trastornos que son resultado del consenso después de discusiones entre grupos de expertos; así pues, se trata de criterios subjetivos y cualitativos que comportan la concepción de los trastornos mentales como entidades discretas. Este modelo pone mayor énfasis en trastornos más graves, pero la clasificación diagnóstica en la que se coloca a un individuo puede cambiar a lo largo del tiempo.

Sin embargo, en psicopatología el proceso es más arduo. Dentro de una conducta anormal, existe un amplio abanico de síntomas y relativamente pocos signos. Debido a esto, el enfoque de la PD entiende a los problemas de salud mental desde dos perspectivas: como trastornos que cumplen criterios para un padecimiento clínico, y como dimensiones de adaptación. Bajo esta última perspectiva surge el Modelo Psicométrico-Dimensional, el cual deriva de conceptos psicométricos, utilizando procedimientos cuantitativos para determinar empíricamente qué características tienden a co-ocurrir en las diferentes formas de síndromes. Desde este enfoque, el objetivo final es la cuantificación de la conducta patológica y la valoración del grado de intensidad del problema. Estas dimensiones de adaptación proveen una perspectiva de grados de ajuste, la cual tiene una continuidad a lo largo del tiempo y permite el estudio de los patrones de cambio sintomático a lo largo de la vida.^{1, 5}

El hecho de que muchos síntomas causen dificultades clínicas significativas a niveles subclínicos, refuerza la importancia de evaluar los síntomas psicológicos usando ambas aproximaciones. Más aún, el enfoque dimensional, podría facilitar la identificación de los niños con mayor riesgo de una evolución desfavorable.³

A partir de lo anterior, la PD propone unos postulados fundamentales que son: a) la psicopatología no es una enfermedad, una entidad o un patógeno dentro de un niño, sino que refleja un conjunto de procesos desadaptativos, b) las bases

para entender los procesos de respuesta desadaptativa se relacionan con la comprensión de las respuestas normales o adaptativas, c) los procesos adaptativos y desadaptativos se desarrollan a lo largo del tiempo, están sujetos a cambio, y para su interpretación adecuada es necesario considerarlos en relación al desarrollo y otros factores contextuales.

Solo al explicar las bases de los síntomas a lo largo del tiempo se podrá aumentar el entendimiento de las vías de desarrollo, incrementando la posibilidad de predecir y prevenir problemas posteriores. Esto se relaciona con el objetivo primario de la PD: aportar un entendimiento científico del desarrollo de los procesos relacionados a la psicopatología y al funcionamiento adaptativo: cómo y por qué se presentan, y cuáles son y cuándo tienen lugar.¹

II. Conducta suicida en adolescentes

II.1 Definición

Se define suicidio como el acto en el que un individuo termina intencionalmente con su propia vida. Las conductas suicidas, por otra parte, se clasifican en tres categorías: *ideación suicida*, que se refiere a los pensamientos relacionados con acabar con la propia vida; *plan suicida*, que se refiere a la formulación de un método específico a través del cual una persona pretende quitarse la vida; *intento suicida*, que hace referencia a la realización de actos de autolesión en los que existe al menos una intención de morir.⁶

No hay una sola causa por la que la gente muera por suicidio. Para que esto suceda, es necesario que interactúen factores sociales, psicológicos, culturales, entre otros. El estigma que recae sobre una persona con problemas de salud mental, así como el estigma que conlleva el suicidio mismo, influye negativamente en que una persona busque ayuda.

El suicidio afecta a gente de todas las razas y grupos socioeconómicos, y sus índices aumentan de forma consistente desde la infancia hacia la adolescencia, probablemente debido a la mayor prevalencia de psicopatología durante esta etapa, especialmente en lo que se refiere a la combinación de trastornos del ánimo y el consumo de sustancias, y el mayor riesgo para suicidio que conlleva la presencia

de psicopatología en los adolescentes de mayor edad. Los adolescentes también son más capaces cognitivamente de planear y ejecutar un intento suicida letal. Más aún, los adolescentes de más edad reciben mayor autonomía, menos supervisión y apoyo social por parte de los padres, combinación que incrementa la oportunidad de llevar a cabo un intento suicida, al mismo tiempo que disminuye la probabilidad de detectar a aquellos con mayor riesgo.^{7, 8}

II.2 Aspectos epidemiológicos y sociodemográficos

Los índices de suicidio varían dependiendo de la región mundial donde se estudie. Por ejemplo, en Estados Unidos se han reportado prevalencias de planeación suicida del 16.9% en mujeres y 10.3% en hombres, mientras que el 10.6% de las adolescentes y 5.4% de los varones reportan haber presentado un intento suicida.⁷ Mientras que, en Europa, en una evaluación de más de 45,000 estudiantes de 17 países europeos, se encontró una prevalencia media de intentos suicidas autoreportados del 10.5%, con un rango del 4.1 al 23.5%.⁹

Por otra parte, en México, en un estudio realizado por Benjet, se reportó una incidencia de ideación, plan e intento suicida del 13.3%, 4.8% y 5.9%, respectivamente. Entre los factores que en este estudio predijeron qué adolescentes desarrollan alguna de estas conductas suicidas mientras transitan a la edad adulta, se encuentra el número de eventos traumáticos durante la infancia, no estar acudiendo a la escuela y el consumo de tabaco.¹⁰ Lo anterior recalca la heterogeneidad de los factores que se asocian con las conductas suicidas.

II.3 Factores de riesgo y de protección en el suicidio

El presente estudio se enfoca principalmente a los factores de riesgo y de protección a nivel individual y a nivel relacional/comunitario, de acuerdo al enfoque planteado arriba, correspondiente al teorema ergódico, a las relaciones individuo↔contexto, y a la psicopatología del desarrollo,

Los factores protectores son igualmente importantes, aunque han sido subestimados por la psiquiatría tradicional. En lugar de esto, obedeciendo al enfoque de la psicopatología del desarrollo y considerando el amplio espectro entre

adaptación y desadaptación, la Psiquiatría positiva (PP) se enfoca tanto en aquellos individuos que sufren, como en aquellos que están en riesgo de desarrollar un padecimiento mental, a través de la evaluación de los atributos y potencialidades positivas, y de los factores de riesgo que presentan; por medio de intervenciones psicosociales, conductuales y biológicas, pretende ofrecer recuperación y bienestar a los individuos afectados, con un enfoque de prevención a lo largo de toda la vida.¹¹

En el caso del suicidio, los factores protectores han demostrado que mejoran la resiliencia, la cual tiene un efecto atenuador en el riesgo suicida; en las personas que son altamente resilientes se observa una disminución de la asociación entre riesgo suicida y la conducta suicida. Entre otros factores protectores se encuentra que el individuo tenga relaciones personales fuertes, así como estrategias de afrontamiento positivas.¹² Un resumen de factores de riesgo y protectores se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1

Factores de riesgo y protectores para suicidio

Factores	Individuales	Comunitarios/Relacionales
Riesgo	Intentos suicidas previos Trastornos mentales Desesperanza Historia familiar de suicidio	Trauma o abuso Sentimiento de soledad Falta de apoyo social Conflictos en relaciones, desacuerdos y pérdidas
Protectores	Alta resiliencia Estrategias positivas de afrontamiento Fe Sensación subjetiva de bienestar personal	Relaciones personales fuertes

La PP considera a estos factores como parte de las Características Psicosociales Positivas (CPP), que median, al menos parcialmente, la obtención de resultados favorables. Además de la resiliencia se encuentra el optimismo, el autodominio, la eficacia de las técnicas de afrontamiento, la espiritualidad, la religiosidad y la dinámica familiar, como aspectos importantes de las CPP.¹¹

De manera similar, y como parte del enfoque a partir de la PD, la teoría del control social propone que la fuerza de los vínculos que un adolescente tiene con otros individuos y con instituciones sociales (familia, escuela, trabajo), influirá en si se involucran en conductas socialmente adecuadas o disfuncionales. La PD considera que los bienes personales, familiares y sociales juegan un rol importante en la manera en que un adolescente enfrenta los cambios, maneja los estresores o es afectado por ellos.¹³

II.4 Mutualidad psicológica padres-hija y conducta suicida

La disfunción en los lazos relacionales y sociales ha sido considerada una de las principales causas de pensamientos y conductas suicidas. Entre los factores que se consideran importantes se ha descrito la disfunción familiar, la ausencia de cariño y reciprocidad en las relaciones, la falta de integración social y el trauma en la infancia.

Estos factores se relacionan con el concepto del apego. La teoría del apego propone que las experiencias tempranas con los cuidadores se traducen en representaciones internas de las relaciones que pueden influir en muchos aspectos de la vida. El sujeto desarrolla un modelo de apego, que le servirá de guía para regular, interpretar y predecir sus conductas de apego, así como sus pensamientos y sentimientos hacia sí mismo y hacia los otros.

Bowlby fue el principal exponente de esta teoría, y sugiere que estos diferentes modelos del sí mismo, de otros y del mundo, se combinan para crear diferentes patrones de apego que son usados por la persona para interactuar con el mundo. La importancia de esto radica en que se ha demostrado que tener una representación negativa del sí mismo, de los otros y del mundo, puede interferir en la habilidad de relacionarse e interactuar con los otros, generando subsecuentemente estrés. Un apego inseguro genera individuos que tienen dificultad para establecer relaciones, se sienten incómodos dependiendo de otras personas, tienen mayor frecuencia de depresión y miedo al abandono.

La relación entre apego e ideación o intento suicida se ha estudiado poco, pero existe evidencia que sugiere que los individuos con intento suicida tienen con

frecuencia un tipo de apego inseguro. Si este tipo de apego interfiere en los lazos sociales, puede genera problemas en la autoestima, ánimo bajo, creando así una vulnerabilidad al suicidio.

En un estudio en adolescentes, Sheftall evaluó la relación entre la seguridad en el apego y los intentos suicidas. Se esperaba que los adolescentes con historia de intentos suicidas tendrían un estilo de apego inseguro y una menor adaptabilidad y cohesión familiar, que aquellos que no han tenido intentos suicidas. Se encontró que los adolescentes con historia de intento suicida se autocalificaron con niveles menores de apego a sus madres y padres, así como con menores niveles de cohesión y adaptabilidad familiar.¹⁴

Así mismo se ha observado que, en las adolescentes latinas, los conflictos familiares frecuentemente desencadenan conductas suicidas.

En un estudio ya clásico, Trautman¹⁵ reportó que los intentos suicidas frecuentemente son precipitados por tensiones severas entre el individuo que intenta suicidarse y su pareja o madre. Después de este estudio, las investigaciones continúan demostrando que las relaciones conflictivas entre el individuo y sus padres son un factor importante. Estas relaciones se caracterizan típicamente por ser tensas o débiles, derivado de una comunicación, cuidados y apoyos pobres.

En otro estudio realizado por Gulbas¹⁶ se sugiere una relación entre los conflictos familiares y la suicidalidad en adolescentes latinas, por lo que planteó evaluar cómo las diferencias en las relaciones familiares influyen en la conducta suicida. Se identificaron tres patrones de configuración de cómo se organizan las relaciones familiares: recíproca, asimétrica o desapegada.

Se observó que en las familias con patrón recíproco tienen mejores herramientas para compensar los retos familiares, como son, por ejemplo, las dificultades económicas. En cambio, los patrones asimétricos y desapegados, suelen tener peores dinámicas. Los autores consideran que la ausencia de mecanismos alternativos de apoyo y la ausencia de esperanza influyen en que las adolescentes latinas decidan intentar suicidarse.

En la muestra del estudio, todas las familias desapegadas tenían un adolescente que había intentado suicidarse. En estas familias, los padres

comúnmente perciben el intento suicida como inapropiado o dramático. Esto sugiere que carecen de las herramientas necesarias para apoyar la recuperación, y en cambio pueden favorecer nuevos intentos.¹⁶

En el presente estudio se usará el término *mutualidad psicológica*, el cual se refiere a los patrones de sentimientos, pensamientos y actividades en el contexto de las relaciones interpersonales, en particular del adolescente con sus padres, y que se caracterizan por empatía, compromiso (*engagement*), autenticidad y empoderamiento (Genero, 1992). Con este término se pretende abarcar las características relacionales que en la literatura de investigación pueden guardar relación con constructos tales como: vínculo con padres, interacciones madre-hija, relación familiar, patrones familiares, mutualidad madre-hija.¹⁷

II.5 Violencia y conducta suicida

Se ha documentado una relación entre la exposición de un adolescente a la violencia en la comunidad, con la presencia de una serie de problemas de salud mental, entre lo que se incluye sintomatología internalizada y externalizada; aunque menos investigado, también se ha reportado una relación positiva entre el riesgo suicida y la exposición a la violencia, y este riesgo es mayor en mujeres que en hombres.¹⁸

Entre los tipos de violencia más frecuente en la población adolescente se encuentra el acoso escolar. Este es un fenómeno global con consecuencias significativas en la salud mental, y es por lo tanto considerado un problema de salud pública. Tiene una prevalencia internacional del 9% al 54%. Todos aquellos que participan en el acoso escolar presentan un incremento sustancial de problemas mentales, de modo que, para los niños con mayor riesgo suicida, el percibir rechazo por parte de sus pares o ser víctima de acoso escolar, se ha asociado directa e indirectamente con depresión mayor, abuso de sustancias e ideación suicida.^{19, 20}

El maltrato infantil se refiere a experiencias adversas de crianza que incluyen el abuso sexual, físico y emocional, así como la negligencia, todos los cuales son factores de riesgo bien establecidos para la ideación y la conducta suicida en adolescentes. Se ha observado que la pobre calidad de las relaciones madre-hija y

los altos niveles de conflictos madre-hija median los efectos del maltrato infantil en la ideación suicida en adolescentes, encima de una vía mediadora a través de síntomas depresivos.²¹

II.6 Psicopatología y conducta suicida

Frecuentemente, una deficiente mutualidad psicológica padres-hija y la exposición repetitiva a la violencia en sus diversos tipos, tienen como consecuencia la presencia de psicopatología en las adolescentes.

Desde luego, aquellos no son los únicos factores que ocasionan que una adolescente presente sintomatología psiquiátrica, pero la presencia de dichos síntomas o de trastornos psiquiátricos, particularmente los trastornos de ansiedad, juegan un rol importante en la persistencia de conductas suicidas en aquellos que ya las presentaban, mientras que los trastornos de la conducta tienen un rol importante en la transición de ideación a intento suicida.¹⁰

La importancia de detectar los problemas de salud mental como parte de la prevención del suicidio es clara cuando se considera que alrededor del 90% de las personas que cometieron suicidio padecían al menos un trastorno mental.²²

En México, cerca del 40% de los adolescentes reportan la presencia de cualquier trastorno psiquiátrico. De estos, el 50% se clasificaron como moderados y más del 20% como graves. Esta alta prevalencia estimada de enfermedad mental concuerda con el aumento sostenido en los suicidios completados durante la última década en México, especialmente entre jóvenes: entre 1990 y 2000, se reportó un incremento del 150% entre la población de 5-14 años y de un 74% entre aquellos de 15 a 24 años de edad. Esta es una de los incrementos más grandes entre 28 países.²³

Así, México se encuentra lejos de las metas planteadas por la 66^o Asamblea Mundial de la Salud cuando, en mayo de 2013, adoptó el primer Plan de Acción en Salud Mental, de la Organización Mundial de la Salud. Su meta es reducir los índices de suicidio en un 10% para el 2020. En México, sin embargo, el porcentaje de cambio en los índices de suicidio ha aumentado 55.1% y 10.0% en mujeres y hombres, respectivamente.¹²

Parte indispensable para identificar a una persona suicida es la evaluación de los factores de riesgo existentes. Entre estos se encuentra una historia familiar de suicidios o intentos suicidas, historia de adopción, sexo masculino, problemas de salud mental en los padres. En el aspecto personal, entre los problemas de salud mental que predisponen al suicido se encuentra la depresión, el trastorno bipolar, el consumo de sustancias, entre otros. Los aspectos sociales y ambientales también pueden incrementar el riesgo suicida, y entre estos se considera la violencia, el acoso escolar, las dificultades en las relaciones padres-hijos, vivir fuera de casa, problemas escolares, el aislamiento social y la presencia de eventos vitales estresantes como pueden ser problemas en las relaciones románticas o peleas con los padres.⁷

II.7 Prevención del suicidio

A partir de los conceptos anteriores, un problema complejo como el suicidio debe abordarse desde una perspectiva amplia, que considere los múltiples factores involucrados. Un aspecto esencial para la prevención del suicidio es la identificación de los factores de riesgo más relevantes, así como la implementación de estrategias apropiadas para su manejo. Acorde al ya mencionado modelo de equifinalidad y multifinalidad, la evidencia indica que no hay una sola causa o estresor suficientes que expliquen un acto suicida. Lo más frecuente es que existan múltiples factores de riesgo, los cuales actúan de forma acumulativa para incrementar la vulnerabilidad de un individuo para que presente conductas suicidas. Al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no necesariamente lleva a una conducta suicida. Estos factores pueden contribuir a conductas suicidas de forma directa, pero también de forma indirecta, a través de su influencia en la susceptibilidad de los individuos a presentar un trastorno mental.¹²

Se ha descrito una extensa cantidad de factores de riesgo, los cuales se agrupan en áreas tales como sistémica, social, comunitaria, relacional e individual. A partir de esto se han distinguido tres tipos de intervenciones basadas en evidencia:¹²

- a) Estrategias de prevención universal: su alcance llega a grandes poblaciones, con la intención de remover barreras a la salud y de incrementar el acceso a la búsqueda de ayuda.
- b) Estrategias de prevención selectiva: dirigidas a grupos vulnerables, basados en características tales como edad, género, ocupación o historia familiar.
- c) Estrategias de prevención indicada: dirigidas a individuos vulnerables dentro de una población, por ejemplo, aquellos con datos de riesgo tempranos o con intento suicida previo.

Planteamiento del problema

En México los índices de suicidio han aumentado en ambos sexos. Existen estudios que demuestran una relación entre una mutualidad psicológica padres-hija deficiente, la violencia, la psicopatología y el suicidio. Sin embargo, estos estudios se han realizado predominantemente en mujeres latinas en los Estado Unidos de América.

En México no existen datos sobre esta problemática, cuyas cifras epidemiológicas lo demuestran como un problema de salud pública.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la mutualidad psicológica padres-hija, la violencia, y la psicopatología en adolescentes femeninos con intento suicida en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

Justificación

En México, el número de adolescentes con conductas suicidas se ha incrementado en las últimas décadas.²⁴ En 2007, 138 niños menores de 15 años de edad, y 522 jóvenes entre las edades de 15 y 19 años se suicidaron.¹² En las adolescentes mexicanas de entre 14 y 19 años de edad, los suicidios representan la segunda causa de mortalidad en México.²⁵ En 2006, 15.32%, 5.56% y 6.37% de adolescentes mujeres de entre 12 y 17 años de edad reportaron haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida, planeación suicida, o intento suicida, respectivamente.²⁵ Esto es particularmente preocupante si se tiene en cuenta que un intento de suicidio es uno de los más importantes predeterminantes de un suicidio.²⁶

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, los datos epidemiológicos colocan al suicidio y a las lesiones intencionalmente autoinfligidas entre los primeros quince diagnósticos en pacientes hospitalizados; entre estos también se encuentran los envenenamientos intencionalmente autoinfligidos por medicamentos.

No obstante, se considera que existe una subestimación de los intentos suicidas, ya que el primer diagnóstico de hospitalización es el Episodios depresivo,

factor de riesgo importante previo a que una adolescente presente una conducta suicida.

Estos datos epidemiológicos sugieren un problema emergente de salud pública en un grupo muy vulnerable de jóvenes. Además, es prioritario comprender por qué tantas jóvenes mexicanas idean o intentan contra sí mismas, con el propósito de diseñar programas efectivos de intervención preventiva para esta problemática.

Hipótesis

El intento de suicidio en adolescentes femeninas se relaciona negativamente con la mutualidad psicológica padres-hija y positivamente con la violencia y la psicopatología.

Objetivo

General:

Evaluar la relación entre mutualidad psicológica padres-hija, violencia, y psicopatología en adolescentes femeninas con intento suicida en el HPIJNN.

Específicos:

Los objetivos específicos de este estudio son:

- 1.- Describir las variables sociodemográficas de las adolescentes y sus hogares.
- 2.- Identificar los niveles de mutualidad psicológica de cada participante con su padre y madre de acuerdo a número de intentos.
- 3.- Describir el número de intentos suicidas y los métodos utilizados.
- 4.- Identificar si las pacientes han sido víctima de violencia, en sus tipos Testigo de violencia familiar, Negligencia emocional, Abuso físico, Abuso sexual, Acoso escolar, Crimen violento y Crimen no violento.
- 5.- Identificar el número de intentos suicidas, el tipo de método y tipo de violencia experimentada de cada participante.

6.- Evaluar los niveles de severidad de los problemas de salud mental de tipo internalizado y externalizado de acuerdo al número de intentos suicidas de cada participante.

7. Caracterizar los niveles de mutualidad psicológica padres-hija, violencia, psicopatología y el número de intentos suicidas por cada participante.

8.- Identificar los antecedentes clínicos personales y familiares de las participantes, a través de la consulta del expediente clínico.

Material y métodos

Tipo de diseño

En esta tesis se realizará un análisis secundario de datos del proyecto Procesos Socioculturales, Evolutivos y Dinámicas familiares en las adolescentes con intento suicida en México de Hausmann-Stabile y Márquez-Caraveo.

El diseño original fue estudio prospectivo, observacional, transversal, y mixto (cuantitativo y cualitativo).

Muestra

Este proyecto se basa en la información obtenida tras haber entrevistado a 13 adolescentes mujeres. En el momento de su intento de suicidio las participantes deben haber vivido con un padre y/o guardián legal por lo menos durante los últimos doce meses. Al momento de la entrevista, todas las participantes estuvieron recibiendo servicios de salud mental en la HPIJNN (ambulatorios o internos) en el momento de su enrolamiento.

Criterio de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Tener entre 13 a 17 años de edad.
- Ser mujer.
- Tener por lo menos un intento de suicidio (por ejemplo, una sobredosis, auto-daño, corte, asfixia, u otro método) en los últimos tres meses que haya resultado en un ingreso al HPIJNN.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que presenten autolesiones no suicidas, es decir, lesiones autoinfligidas sin ninguna intención de quitarse la vida (Nock, 2008).
- Adolescentes con dificultades cognitivas que impidan la comprensión de los cuestionarios tales como un retraso mental (coeficiente intelectual menor a 70 en el test de inteligencia de Weschler) o un trastorno del desarrollo (por ejemplo, autismo).
- Adolescentes con dificultades para contestar adecuadamente la entrevista por problemas del pensamiento tipo psicosis por abuso de sustancias, esquizofrenia o trastorno bipolar.

Variables

Mutualidad psicológica padres-hija: se obtendrá a partir del Cuestionario de Mutualidad Psicológica, en donde vínculo hace referencia a la relación con los padres: déficits de mutualidad, falta de guía adulta, falta de cariño, de comunicación y apoyo o conflictos acerca de la autonomía.

Violencia: se extraerá del cuestionario Procesos Socioculturales, Evolutivos y Dinámicas familiares en las adolescentes con intento suicida en México, (Clave de registro: II3/02/0915) del apartado correspondiente a si la paciente fue víctima de violencia en general.

Psicopatología: se obtendrá a partir de la evaluación de problemas emocionales, de conducta y del funcionamiento adaptativo en adolescentes. Para esto se utilizará la versión del Youth Self Report validada para hispanos en USA y que consta de 62 reactivos.

Intento de suicidio: se define como el acto destructivo no fatal auto infligido con la intención implícita o explícita de causar la muerte (Goldsmith et al., 2002). Esta condición se documentará con la aplicación del Índice de riesgo para el intento suicida de Borges (Borges y cols. 2012). En el momento de su intento de suicidio las participantes deben haber vivido con un padre y/o guardián legal por lo menos

durante los últimos doce meses. Todos los participantes estarán recibiendo servicios de salud mental en la HPIJNN (ambulatorios o internos) en el momento de su enrolamiento.

Procedimiento

En primera instancia fue necesario que el tesista realizara el curso Human Subjects Research del Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program), para el cual se contó con el apoyo de la universidad de USA, quienes sustentaron el pago del curso. Se anexará certificado de haberlo completado.

Posteriormente se accedió a la base de datos de la Dra. Márquez Caraveo y de la Dra. Hausman-Stabile, ya que este proyecto se basa en la información obtenida tras haber entrevistado a 13 adolescentes mujeres.

Para el presente proyecto se tomó la muestra que fue seleccionada a través de muestreo intencional, en donde se seleccionaron deliberadamente a las adolescentes que habían intentado suicidarse para estudiarlas de cerca. Las estrategias de muestreo intencional permiten la selección de casos ricos en información para el escrutinio en profundidad (Patton, 1990). Posteriormente se analizarán los componentes de mutualidad psicológica padres-hija, violencia y psicopatología, realizándose un análisis descriptivo de los datos.

Así mismo, se procederá a realizar una revisión exhaustiva de los expedientes, con el objetivo de obtener información clínica complementaria, para profundizar en otras variables no contempladas por los instrumentos.

Cronograma

Se anticipó completar este proyecto en mayo de 2020. El proyecto fue aprobado primero por los comités de ética en la investigación del HPIJNN (División de Investigación). Una vez fueron obtenidas las aprobaciones, se colectaron y analizaron los datos.

Instrumentos de medición

1. *Mutualidad psicológica padres-hija*. El Cuestionario del Mutualidad Psicológica (Genero y otros, 1992)²⁷ evalúa la mutualidad percibida entre las adolescentes y sus padres y/o guardianes legales utilizando seis dimensiones diferentes: *empatía* (flujo compartido de pensamientos y sentimientos; sintonía con la experiencia del otro), *compromiso* (reciprocidad en la atención al otro), *autenticidad* (genuino interés de acercarse y comprender la experiencia del otro), *diversidad* (expresar y aceptar diferentes perspectivas y sentimientos), *empoderamiento* (capacidad de acción por el que cada persona puede tener un impacto en la otra), y *entusiasmo* (cantidad de energía en la relación). El MPDQ capta estas seis dimensiones desde dos perspectivas, la del participante y la que el participante atribuye a otros (en este caso, la madre y el padre). Cada dimensión es evaluada en un conjunto de 11 ítems, un subconjunto que calificará la perspectiva propia de cada adolescente y uno que valore la comprensión del adolescente desde la perspectiva de otra persona. La puntuación del MPDQ se basa en 22 ítems, que combina ambas perspectivas la del yo y la del otro (“nunca” a “todo el tiempo”). Los análisis de correlación confirmaron que las dos formas son paralelas ($r = .95$). Los coeficientes alfa en población adolescentes son .84 y .88 (Kaplan, Turner, & Badger, 2007; Zayas et al., 2009). El MPDQ se ha utilizado para adolescentes Latinas con intentos de suicidios (Zayas et al., 2009).
2. *Cuestionario Procesos Socioculturales, Evolutivos y Dinámicas familiares* en las adolescentes con intento suicida en México, (Clave de registro: II3/02/0915), realizado por la Dra. Márquez Caraveo y la Dra. Hausman-Stabile
3. *Youth Self Report* validada para hispanos en USA y que consta de 62 reactivos.

Análisis estadístico

Dado el pequeño tamaño de la muestra, se planea hacer un análisis descriptivo de los datos.

Consideraciones éticas

La participación en este estudio implicó exclusivamente riesgos mínimos para las pacientes. Es posible que en algunas de las entrevistas hubieran podido experimentar ansiedad, vergüenza o angustia cuando hablaron de los conflictos que tuvieron con sus padres, o por cómo se sienten acerca de sí mismas y de los hechos en su vida.

Los cuestionarios de preguntas que se utilizarán en este proyecto se han empleado en investigaciones previas con adolescentes hispanoparlantes con intento de suicidio, y no representan ningún riesgo inmanejable o indebido para los participantes. No se considera ningún riesgo físico, psicológico, social, legal o económico derivado de la participación de este estudio.

Este proyecto propone recolectar datos en adolescentes de entre 13 a 17 años de edad. Según la ley mexicana, estos son considerados menores de edad y su participación en la investigación requirió consentimiento de los padres y/o guardianes legales. También se invitará a participar en este proyecto de investigación a las jóvenes, de quienes se obtuvo su asentimiento.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos. Se observa que el rango de edad de las adolescentes fue de 13 a 17 años. La media de edad fue de 15.15 años. Dos terceras partes de las pacientes se encontraban en el rango de 15 a 17 años. Con respecto a la religión, la mitad de las pacientes refirieron como religión la católica, y una tercera parte se declaró sin ninguna religión. La media de años estudiados es de 9.8 años. Se observa que tres cuartas partes de las adolescentes viven en familias nucleares. La mayoría de las pacientes evaluadas (92.3%) es estudiante; solo una se dedica al hogar. Una cuarta parte de las pacientes refirió tener pareja, aunque una tercera parte del total de las adolescentes reportó ser sexualmente activa. El 69.2% tienen familias desintegradas, lo cual se refleja en que estas adolescentes viven solo con uno de sus padres o, en el caso de una paciente, sin ninguno de ellos.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de las adolescentes

Variable	n	%	M	DE
Edad			15.15	1.51
10-14	4	30.76		
15-17	9	69.23		
Años de escuela			9.85	2.37
Hogar				
Nuclear	9	69.23		
Ampliado	4	30.76		
Arreglo residencial				
Con ambos padres	4	30.76		
Sólo con su madre	6	46.15		
Sólo con su padre	2	15.38		
Otro	1	7.69		
Religión				
Católica	7	53.84		
Ninguna	4	30.76		
Cristiana	2	15.38		
Ocupación				
Estudiante	12	92.30		
Ama de casa	1	7.69		
Estado civil				
Soltera	13	100		

Pareja		
Sí	3	23.07
No	10	76.92
Sexualmente activa		
Sí	4	30.76
No	9	69.23

Nota: N=13

Con respecto a la descripción de los puntajes de mutualidad psicológica madre y mutualidad psicológica padre en cada una de las trece participantes, según el número de intentos, en la Tabla 2 se puede observar que los puntajes más bajos tanto de mutualidad con la madre como de mutualidad con el padre se observaron en las participantes 2, 10, 1, 8, 3, que son las que presentan entre diez y cuatro intentos. Por otro lado, las participantes 12, 7, 5, son algunas de las que presentan las puntuaciones más altas de mutualidad psicológica con ambos padres, y que se concentran en el grupo que presentan el menor número de intentos suicidas.

Tabla 2

Relación entre las medias de las puntuaciones de mutualidad psicológica padres-hija y número de intentos por participante

Adolescente #	Intento suicida ID	No de intentos	Mutualidad madre			Mutualidad padre		
			Suma	M	DE	Suma	M	DE
1	2	10	154	3.50	0.41	149	3.39	0.34
2	10	8	124	2.82	0.89	114	2.59	0.91
3	1	5	138	3.14	0.67	148	3.36	0.36
4	8	5	159	3.61	0.33	130	2.95	0.65
5	3	4	197	4.48	0.28	134	3.05	0.59
6	4	4	197	4.48	0.28	2.14	4.86	0.70
7	11	4	210	4.77	0.49	192	4.36	0.35
8	6	3	160	3.64	0.31	192	4.36	0.35
9	5	3	205	4.66	0.41	2.13	4.84	0.68
10	7	2	211	4.80	0.51	188	4.27	0.28
11	9	1	176	4	0.05	152	3.45	0.30
12	12	1	222	5.05	0.68	221	5.02	0.81
13	13	NR	-	-	-	169	3.84	0.02
Total			179.42	4.07	0.727	170.46	3.87	0.801

Nota: N=13; C= Cortes; SI= Sobre ingesta; E= Estrangulación; S= Saltar; NR= No respondió.

Con relación a la historia de intentos suicidas, en la Tabla 3 se puede observar que la media de intentos suicidas es de 4.17, con un rango que va de uno a diez intentos suicidas por participante. Llama la atención que un poco más de la mitad tuvo de diez a cuatro intentos. En el último intento suicida, la mitad de las pacientes lo realizó a través de un solo método; la otra mitad a través de un método combinado. El método más frecuente fue a través de la realización de cortes. Una discreta mayoría igual reportó realizarlo por medio de ingesta vía oral de sustancias.

Tabla 3
Número de intentos suicidas y tipo de método

Intento suicida	n	%	M	DE
Número de intentos			4.17	2.657
10-4	7	53.84		
3-1	6	46.15		
Último intento suicida				
Método único	6	46.15		
Método combinado	7	53.84		
Tipo de intento				
Cortes	9	69.23		
Ingesta vía oral de sustancias	8	61.53		
Estrangulación/ sofocación/ colgarse	3	23.07		
Saltar/ lanzarse al tráfico	1	7.69		

Nota: N=13

Con respecto a la historia de violencia, en la Tabla 4 se puede observar que, de las 13 pacientes estudiadas, más del 90% de ellas había sido víctima de cualquier tipo de violencia. El tipo de violencia más frecuentes es el acoso escolar, reportado por más de la mitad de las adolescentes. El segundo tipo de violencia es el haber sido testigo de violencia familiar; seguido de la negligencia emocional y el abuso físico, ambos con el mismo porcentaje. Así mismo, se observa que casi dos terceras partes de las pacientes han sido víctimas de tres o más actos violentos.

Tabla 4
Historia de violencia

Violencia	n	%
Cualquier tipo	12	92.30
Testigo violencia familiar	6	46.15
Negligencia emocional	5	38.46
Abuso físico	5	38.46
Abuso sexual	3	23.07
Acoso escolar	7	53.84
Crimen violento	1	7.69
Crimen no violento	3	23.07
Número de actos violentos		
1	3	23.07
2	1	7.69
3 o más	8	61.53

Nota: N=13

En la Tabla 5 se observa la descripción de las trece participantes con relación al número de intentos, el tipo de métodos utilizados en el intento suicida y haber experimentado algún acto de violencia. Se observa que solo una participante (adolescente 1) no reportó algún acto violento, mientras que la moda fue de 3.

Tabla 5
Número de intentos suicidas, tipo de método y violencia de cada participante

Adolescente #	ID	Intento suicida		Violencia								
		No de intentos	Tipo de método	TVF	NE	AF	AS	AE	CV	CNV	TAV	
1	2	10	C y SI	X			X	X				3
2	10	8	C, SI y E	X		X		X				3
3	1	5	C				No					0
4	8	5	C y SI		X	X		X				3
5	3	4	C		X	X	X					3
6	4	4	SI	X	X	X					X	4
7	11	4	C					X				1
8	6	3	SI	X	X			X				3
9	5	3	SI y E				X				X	2
10	7	2	C y SI	X		X		X				3
11	9	1	SI	X			(No contestó el resto)					1
12	12	1	C y S					X				1
13	13	NR	C y E		X					X	X	3

Nota: N=13 TVF= Testigo de violencia familiar; NE=Negligencia emocional; AF= Abuso físico; AS= Abuso sexual; AE= Acoso escolar; CV= Crimen violento; CNV= Crimen no violento; TAV= Total de actos violentos; C= Cortes; SI= Sobre ingesta; E= Estrangulación; S= Saltar; NR= No respondió

Con respecto a los intentos suicidas y la psicopatología, en la Tabla 6 se puede observar que las medias más altas de psicopatología se encuentran entre las pacientes con cuatro o más intentos suicidas. Por el contrario, las pacientes con dos y un intento suicida, presentan las medias más bajas en todos los síndromes psicopatológicos evaluados.

Tabla 6
Intentos suicidas y psicopatología sindromática (subescalas de banda estrecha)

#	ID	Intento suicida No de intento	Psicopatología sindromática									
			AD M	AD DE	RD M	RD DE	QS M	QS DE	RR M	RR DE	CA M	CA DE
1	2	10	1.77	0.46	1.50	0.37	1.40	0.47	0.67	0.04	0.53	0.16
2	10	8	1.62	0.35	1.50	0.37	1	0.18	0.67	0.04	1.18	0.30
3	1	5	1.08	0.03	0.75	0.16	1	0.18	1	0.28	1.29	0.38
4	8	5	1.23	0.08	0.63	0.24	0.30	0.31	0.33	0.20	0.53	0.16
5	3	4	1.00	0.08	0.63	0.24	0.70	0.03	0.47	0.10	0.94	0.13
6	4	4	1.23	0.08	1	0.02	0.60	0.10	0.93	0.23	0.59	0.12
7	11	4	1.85	0.51	1.75	0.55	1.20	0.33	1.00	0.27	1.29	0.38
8	6	3	1.38	0.19	0.88	0.07	0.90	0.11	0.80	0.13	0.94	0.13
9	5	3	0.92	0.14	0.88	0.07	0.90	0.11	0.40	0.15	0.35	0.28
10	7	2	0.69	0.30	1.25	0.20	0.70	0.03	0.60	0.01	0.65	0.08
11	9	1	0.92	0.14	1.00	0.07	0.60	0.11	0.27	0.15	0.59	0.28
12	12	1	0.69	0.30	0.50	0.33	0.10	0.45	0.33	0.20	0.35	0.28
13	13	NR	0.15	0.68	0.38	0.42	0.20	0.38	0.47	0.10	0.59	0.12

Nota: N=13; C= Cortes; SI= Sobre ingesta; E= Estrangulación; S= Saltar; NR= No respondió; AD= Ansiedad/Depresión RD= Retraimiento/Depresión QS= Quejas somáticas; RR= Ruptura de reglas; CA= Comportamiento agresivo

En la Tabla 7, se presenta un resumen de las trece pacientes. Se muestra el número de intentos suicidas y cómo éste se relaciona con las variables estudiadas: mutualidad psicológica padres-hija, violencia y psicopatología.

Tabla 7
Mutualidad psicológica padres-hija, violencia, psicopatología e intentos suicidas.

Adolescente #	ID	No de intentos	Mutualidad				Violencia							Psicopatología sindromática								
			Madre M	Madre DE	Padre M	Padre DE	TVF	NE	AF	AS	AE	CV	CNV	AD M	AD DE	RD M	RD DE	QS M	QS DE	RR M	RR DE	CA M
1	2	10	3.50	0.41	3.39	0.34	X		X	X			1.77	0.46	1.50	0.37	1.40	0.47	0.67	0.04	0.53	0.16
2	10	8	2.82	0.89	2.59	0.91	X	X	X				1.62	0.35	1.50	0.37	1	0.18	0.67	0.04	1.18	0.30
3	1	5	3.14	0.67	3.36	0.36			No				1.08	0.03	0.75	0.16	1	0.18	1	0.28	1.29	0.38
4	8	5	3.61	0.33	2.95	0.65		X	X	X			1.23	0.08	0.63	0.24	0.30	0.31	0.33	0.20	0.53	0.16
5	3	4	4.48	0.28	3.05	0.59		X	X	X			1.00	0.08	0.63	0.24	0.70	0.03	0.47	0.10	0.94	0.13
6	4	4	4.48	0.28	4.86	0.70	X	X	X			X	1.23	0.08	1.00	0.02	0.60	0.10	0.93	0.23	0.59	0.12
7	11	4	4.77	0.49	4.36	0.35				X			1.85	0.51	1.75	0.55	1.20	0.33	1.00	0.27	1.29	0.38
8	6	3	3.64	0.31	4.36	0.35	X	X		X			1.38	0.19	0.88	0.07	0.90	0.11	0.80	0.13	0.94	0.13
9	5	3	4.66	0.41	4.84	0.68			X			X	0.92	0.14	0.88	0.07	0.90	0.11	0.40	0.15	0.35	0.28
10	7	2	4.80	0.51	4.27	0.28	X		X	X			0.69	0.30	1.25	0.20	0.70	0.03	0.60	0.01	0.65	0.08
11	9	1	4	0.05	3.45	0.30	X		(No contestó el resto)				0.92	0.14	1.00	0.07	0.60	0.11	0.27	0.15	0.59	0.28
12	12	1	5.05	0.68	5.02	0.81			X				0.69	0.30	0.50	0.33	0.10	0.45	0.33	0.20	0.35	0.28
13	13	NR	-	-	3.84	0.02		X				X	0.15	0.68	0.38	0.42	0.20	0.38	0.47	0.10	0.59	0.12

Nota: N=13; C= Cortes; SI= Sobre ingesta; E= Estrangulación; S= Saltar; NR= No respondió; TVF= Testigo de violencia familiar; NE=Negligencia emocional; AF= Abuso físico; AS= Abuso sexual; AE= Acoso escolar; CV= Crimen violento; CNV= Crimen no violento; AD= Ansiedad/Depresión RD= Retraimiento/Depresión QS= Quejas somáticas; RR= Ruptura de reglas; CA= Comportamiento agresivo

En la Tabla 8 se observan los datos recabados a partir de la revisión de los expedientes clínicos. Se muestran los antecedentes personales (psicopatología previa, autolesiones, consumo de sustancias, diagnóstico de egreso hospitalario), así como antecedentes familiares (antecedentes de psicopatología familiar, de pérdidas interpersonales) y el acceso a los servicios de salud. La información sociodemográfica se encuentra en el Anexo 1.

Tabla 8

Antecedentes personales y familiares recabados del expediente clínico

Adolescente		Psicopatología previa		Autolesiones	Consumo de sustancias		Dx egreso	Antecedentes de psicopatología familiar			Pérdidas interpersonales	Acceso a servicios de salud
#	ID	Edad	Tipo	Edad de inicio	Sustancia	Edad inicio		Madre	Padre	Otro		
1	2	7 años	Depresión	11 años	Cannabis, tabaco	ND	F34.1 F33.4 F41.1 F90.0	-	-	Hermano con epilepsia. Primos maternos con TDAH y consumo de múltiples sustancias.	Padres separados a los 3 años. Madre migró a EUA a los 10 años.	Psicología a los 8 años. Paidopsiquiatra a los 10 años.
2	10	8 años	Oposicionismo	12 años	Alcohol	8 años	F91.3 F19.1 Z73.1	-	Dependencia a alcohol.	-	Fallecimiento del abuelo paterno a los 12 años	-
3	1	8 años	Oposicionismo	12 años	Alcohol	8 años	F91.3 F19.1 Z73.1	-	Dependencia a alcohol.	-	Separación de los padres desde antes de su nacimiento.	Médico general a los 11 años.
4	8	7 años	Ansiedad	11 años	-	-	F34.1 F90.0 Z73.1	Depresión	Consumo de sustancias. Depresión. Finado por suicidio.	-	Fallecimiento del padre a los 11 años. Fallecimiento de abuelo a los 12 años.	Psicología a los 12 años.
5	3	8 años	Depresión. Ansiedad (TEPT).	11 años	Alcohol	15 años	F33.1 F43.1 Z61.5	-	TDAH, consumo de alcohol y cocaína.	Un medio hermano con TDAH. Un medio hermano con T. Ansiedad.	Separación de los padres a los 3 años.	Psicología a los 12 años.
6	4	6 años	Ansiedad	-	-	-	F60.3	-	Pb. Trastorno de la personalidad	-	Separación de los padres a los 14 años	Psiquiatra particular
7	11	13 años	Depresión	13 años	-	-	F32.0 F34.1 F40.1	-	-	-	-	Psicología a los 13 años
8	6	11 años	Oposicionismo	Sí	Alcohol	14 años	F60.3 F10.1 F17.1	Múltiples intentos suicidas	-	Abuelo materno con Depresión. Primo materno finado por suicidio.	Separación de padres a los 15 años.	Psicología a los 11 años.
9	5	11 años	Ansiedad (TEPT), Depresión	15 años	Alcohol	8 años	F33.4 Z61.4	-	-	-	-	-
10	7	11 años	Oposicionismo	12 años	-	-	F92.0	-	Consumo de alcohol	-	Separación de los padres a los 9 años. Fallecimiento de madre a los 11 años.	Psicología a los 12 años.
11	9	7 años	Aprendizaje	-	-	-	F70.1 F43.1	-	-	-	-	-
12	12	11 años	Oposicionismo	14 años	-	-	F43.1 F50.9 Z73.1	-	-	Abuelo materno con esquizofrenia. Tío paterno con esquizofrenia.	-	Psicología a los 11 años.
13	13	6 años	TDAH	13 años	Alcohol	15 años	F32.1 F91.3 F90.0 F19.1	Paciente adoptada a los 2 años de edad.	Padre adoptivo se migró a EUA a los 4 años. Fallecimiento de madre adoptiva a los 16 años.	-	-	-

Nota: F10.1= Consumo perjudicial de alcohol; F17.1= Consumo perjudicial de tabaco; F19.1= Consumo perjudicial de múltiples sustancias; F32.0= Episodio depresivo leve; F32.1= Episodio depresivo moderado; F33.1= Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado; F33.4= Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión; F34.1= Distimia; F40.1= Fobia social; F41.1= Trastorno de ansiedad generalizada; F43.1= Trastorno de estrés postraumático; F50.9= Trastorno de la conducta alimentaria, sin especificación; F60.3= Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad; F70.1= Retraso mental leve, con alteración significativa de la conducta, requiriendo atención y tratamiento; F90.0= Trastorno de la actividad y la atención; F91.3= Trastorno disocial desafiante y oposicionista; F92.0= Trastorno disocial depresivo; Z73.1= Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de la personalidad; Z61.4= Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario; Z61.5= Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario.

Discusión

I. Datos sociodemográficos

En el presente estudio se evaluó a 13 adolescentes mujeres que se encontraban hospitalizadas por intento suicida. Los objetivos de este trabajo fueron explorar los factores sociodemográficos, la percepción de mutualidad psicológica padres-hija, la presencia de alguna forma de violencia, el nivel de psicopatología, y el modo en que estas variables se relacionan con la presencia de intentos suicidas en adolescentes mujeres.

Los resultados obtenidos apoyan la noción aportada por la psicopatología del desarrollo, con respecto a que la conducta suicida es un fenómeno complejo en el que intervienen múltiples factores. Específicamente, y en línea con el marco teórico del presente estudio, se puede observar que la mayor parte de estas participantes se encontraban en el rango de edad de 15 a 17 años. Esto corresponde a los datos que reporta la OMS¹² con respecto a que la población de 5 a 14 años tiene una prevalencia de suicidio de 0.9%, mientras que la de 15 a 29 años presenta la prevalencia más alta en nuestro país, que es del 6.0%.

La totalidad de la muestra estudiada pertenecía a hogares familiares. Esto difiere solo discretamente de los datos aportados por la Encuesta Nacional de los Hogares 2017 del INEGI,²⁸ en donde se reporta que, en nuestro país, 89 de cada 100 hogares son familiares y el resto, no familiares. Así mismo, esta encuesta reporta que de cada 100 hogares familiares, 63.6% son nucleares y 22.9% ampliados, lo cual está en concordancia con la muestra estudiada, en la cual un 69.2% refirió vivir en hogares nucleares, y un 30.7% en hogares ampliados.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) 2010,²⁹ la última realizada en nuestro país, reporta que los hogares donde viven los jóvenes se encuentran compuestos en su mayoría por ambos padres, ya que de los jóvenes de 12 a 19 años de edad, el 71.3% reporta vivir con ambos padres, el 17.5% reporta vivir solo con su madre, y el 3.5% solo con su padre. En este mismo sentido, la Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED) reportada por el INEGI en el 2014,³⁰ estima porcentajes similares, arrojando que un 64% de los jóvenes de 12 a 29 años de edad viven con ambos

padres; el 23% de ellos viven con sus madres y 3% únicamente con sus padres. Los resultados de ambas fuentes contrastan fuertemente con el arreglo residencial observado en la población estudiada, en donde la proporción es inversa, al observarse que la menor cantidad de pacientes viven con ambos padres (30.7%), mientras que el 69.2% tienen familias desintegradas, lo cual se refleja en que estas adolescentes viven solo con uno de sus padres o, en el caso de una paciente, sin ninguno de ellos. Esto podría estar representando una consecuencia de la mala dinámica familiar a la que se enfrentan las pacientes con intentos suicidas.

La misma ECOPRED reporta que entre las causas de ausencia de al menos una figura parental, el 40.5% es debido a la separación de los padres, el 15.1% debido a que falleció al menos uno, 11.5% porque al menos uno abandonó el hogar, 10.7% por motivos laborales, y 8% debido a que sus padres nunca se unieron. En nuestra población el motivo de separación no se investigó directamente, no obstante, al realizar la revisión de los expedientes para obtener datos clínicos complementarios, se pudo observar que 8 de 12 pacientes habían presentando pérdidas interpersonales de diferente índole, tales como fallecimiento (4 pacientes), separación (6 pacientes) y migración (2 pacientes).

Con respecto a la ocupación, la ECOPRED permite estimar que, de los jóvenes de 12 a 29 años de edad, el 51.3% es estudiante de tiempo completo, mientras que el 27.6% cuenta con un trabajo de tiempo completo. En nuestra población, la mayoría de las pacientes (92.3%) reportó dedicarse únicamente al estudio, mientras que una paciente refirió ser ama de casa. Este dato puede estar sesgado, ya que los resultados de la ENCOPRED abarcan una población en un rango de edad con una mayor probabilidad de encontrarse laborando.

Con respecto a la religión, la ENJ 2010 reporta que el 83.0% de los jóvenes de 12 a 29 años de edad expresó profesar la religión católica, mientras que casi 1 de cada 10 dice no tener ninguna religión. Otras religiones (protestantes, evangélicos, pentecostal, otras cristianas, judaica, islámica, entre otras) fueron reportadas como su principal creencia por 9% de los jóvenes. En este sentido, los resultados en la muestra estudiada en este trabajo difieren de los observados en nuestro país, ya que de las 13 adolescentes evaluadas, solo el 53.8% dijo profesar

la religión católica, mientras que cerca de una tercera parte comentó no tener ninguna religión.

Con respecto al porcentaje de jóvenes entre 15 a 19 años que han tenido una relación de noviazgo, la ENJ 2010 reporta que, entre las mujeres, el 73.9% refirieron sí haber tenido una relación de este tipo. Dicho resultado difiere ampliamente del obtenido en nuestra muestra, en la que solo 3 niñas (23%) refirieron tener una relación de noviazgo. Sin embargo, la misma encuesta reporta que entre los jóvenes de 15 a 19 años, el 33.6% refirió haber tenido relaciones sexuales alguna vez, lo cual está muy cerca del porcentaje de nuestra muestra, en la que el 30.7% de las niñas dijo ser sexualmente activa.

II. Mutualidad psicológica padres-hija, psicopatología y conducta suicida

Al evaluar la mutualidad psicológica padres-hija, en nuestro estudio se encontró que las adolescentes con la mayor cantidad de intentos suicidas (10, 8, y dos adolescentes con 5 intentos suicidas), presentaron los niveles más bajos de mutualidad con ambos padres. Estos resultados coinciden con lo reportado por la literatura de investigación, en donde la relación entre las adolescentes con intentos suicidas y sus padres se ha evaluado a través de la utilización de múltiples constructos, como son: Mutualidad (Turner, 2002), Mutualidad madre-hija (Baumann, 2010), Relaciones madre-hija (Zayas, 2011), Relaciones familiares (Gulbas, 2011), Conectividad con padres (De Luca, 2012), Seguridad en el apego (Sheftall, 2013), Patrones familiares (Sitnik-Warchulska, 2018), Monitoreo parental (Boyas, 2019).

Con relación a esto, Turner³¹ estudió una muestra de 31 adolescentes latinas entre 12 y 20 años de edad (17 sin y 14 con intento suicida). Encontró una relación significativa entre las dos dimensiones de Mutualidad (Genero 1992) y los intentos suicidas, con mayor mutualidad en el grupo de adolescentes que nunca había cometido un intento. Adicionalmente, mientras mayores eran los niveles de mutualidad, menores eran los puntajes en las evaluaciones de síntomas depresivos (Beck 1979); de igual modo se halló una correlación positiva entre la mutualidad y

las puntuaciones de autoestima (Rosenberg 1979). De este modo, concluyó que las adolescentes que percibían a sus madres como interesadas, involucradas, respetuosas, pacientes, receptivas y comprensivas, eran menos proclives a cometer un intento suicida.

En otro estudio que evaluó mutualidad, Baumann¹⁷ examinó a 232 pacientes, 122 con intento suicida y 110 sin intentos, para evaluar la relación entre el familismo referido por madre e hija, y la Mutualidad (Genero 1992), con la hipótesis de que las discrepancias entre el familismo y la mutualidad influyen en los problemas internalizados y externalizados de las adolescentes, lo cual por último resulta en conductas suicidas cuando estas diferencias son mayores. Sus resultados apoyan la hipótesis de que a mayor diferencia entre el familismo reportado por madres e hijas, menores son los niveles de mutualidad entre ellas, y mayores los niveles de problemas internalizados y externalizados. Igual encontró una relación negativa entre mutualidad y problemas externalizados e internalizados. Altos niveles de estos problemas predijeron intentos suicidas. La mutualidad fungió como mediadora entre el familismo y los problemas internalizados y externalizados.

Zayas³² utilizó la misma muestra de adolescentes con intento suicida para explorar las conexiones entre el involucramiento cultural de las adolescentes hispanas, la mutualidad madre-hija (Genero 1992), los problemas internalizados (YSR) y la suicidabilidad. Encontraron que las pacientes con intentos suicidas reportaron niveles más bajos de mutualidad con sus madres, comparadas con las que nunca habían presentado un intento. De igual modo, reportaron mayores puntajes en cada una de las subescalas internalizadas del YSR: retraimiento/depresión, ansiedad/depresión y quejas somáticas. Al realizar el análisis de mediación de la hipotética vía desde mutualidad hacia intento suicida a través de psicopatología, encontraron que las adolescentes que reportaron mayor involucramiento cultural también reportaron mayor mutualidad con sus madres. La mutualidad madre-hija tuvo una relación negativa con las tres escalas de psicopatología. Sin embargo, a través de este análisis no se halló una relación significativa entre la mutualidad madre-hija y los intentos suicidas, tal como sí se encontró en el análisis bivariado. Sí se observó una relación entre la escala

retraimiento/depresión e intento suicida, aún tras controlar las otras dos escalas internalizadas. Aún más, encontraron que los síntomas de retraimiento/depresión mediaron la relación entre mutualidad y los intentos suicidas.

Utilizando un término diferente al de Mutualidad, De Luca³³ evaluó la contribución de las influencias sociales en el riesgo de las adolescentes Latinas de presentar ideación e intentos suicidas. Examinó una muestra de 1618 latinas con una media de edad de 15 años. Midió el apoyo de ambos padres a través de tres preguntas para evaluar la cercanía parental (Haynie, South, y Bose 2006); además, examinó el apoyo de pares y de maestros. A través de este modelo socio-ecológico, el estudio concluye que altos niveles en las escalas de depresión predecían ideación e intento suicida; a su vez, un adecuado apoyo por parte de ambos padres se asoció con una menor cantidad de intentos suicidas. Adicionalmente, aquellas adolescentes latinas que percibían a sus padres como más comprometidos y preocupados por ellas, eran menos proclives a presentar ideación suicida.

También a través de otro constructo, Sitnik-Warchulska³⁴ examinó los patrones familiares en mujeres de 13 a 17 años; evaluó a 40 mujeres con conducta suicida, 40 con conducta violenta y 60 con historia de conducta destructiva. Sus resultados demuestran que las adolescentes con conductas suicidas tenían relaciones negativas con ambos padres: con las madres se caracterizaron por ser distantes y conflictivas y con los padres distantes y tensas.

Por su parte, Boyas³⁵ utilizó el término Monitoreo parental para describir el proceso por el cual los padres se mantienen enterados y establecen límites sobre las conductas de sus hijos fuera de casa. En su estudio, con una muestra de 3115 adolescentes latinos (52% hombres, 48% mujeres), se evaluó el efecto mediador de la depresión en relación con la religiosidad intrínseca y la ideación suicida, así como el efecto mediador del involucramiento parental en relación con la ideación suicida a través de la sintomatología depresiva. En su estudio, las mujeres latinas reportaron mayores niveles de ideación suicida que sus contrapartes varones. Sus resultados revelan que existe una relación directa y positiva entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida, demostrando que la depresión es uno de los más fuertes predictores de suicidalidad en adolescentes. Con respecto al monitoreo

parental, sus resultados mostraron que, cuando los adolescentes reportaban mayores niveles de esta variable, los niveles de síntomas depresivos y de ideación suicida eran menores. En otras palabras, cuando existe un pobre monitoreo parental, los y las jóvenes reportaron mayores niveles de depresión, lo cual incrementa la posibilidad de que los adolescentes presenten pensamientos suicidas. Boyas relaciona sus hallazgos con los de Crocket (2007), al cual cita, mencionando que en ese estudio en adolescentes de origen mexicano, los jóvenes reportaron que valoraban el monitoreo parental porque lo percibían como una forma de interés por parte de sus padres, lo cual era visto como un atributo parental positivo.

Como se puede observar, independientemente de si la variable es mutualidad psicológica padres-hija o alguna de los otros constructos mencionados, la evidencia indica que, a menores niveles de esta variable, mayor riesgo tienen las adolescentes de presentar intentos suicidas. Los resultados anteriores están en concordancia con los nuestros, en donde se observa que las adolescentes con la mayor cantidad de intentos suicidas (10, 8, y dos adolescentes con 5 intentos), presentan los niveles más bajos de mutualidad psicológica con ambos padres. Entre las trece adolescentes estudiadas, estas cuatro pacientes agrupan las cuatro puntuaciones más bajas de mutualidad psicológica con la madre.

Así mismo, como los artículos ya descritos sugieren, en nuestro estudio igualmente fueron las adolescentes con la mayor cantidad de intentos suicidas las que presentaron los niveles más altos de sintomatología ansiosa, retraimiento/depresión, rompimiento de reglas y conductas agresiva. Esto es llamativo, cuando se considera que la mayoría de los estudios concuerdan que el suicidio está cercanamente relacionado a los trastornos mentales.²² Cerca del 90% de las personas que comenten suicidio han sufrido al menos un trastorno mental, de modo que estos contribuyen en un 47-74% al riesgo suicida. Entre los más frecuentes se encuentra la depresión, cuyos síntomas se encuentran en el 50-60% de los casos de suicidio.

Esta relación entre suicidio y psicopatología se observa en el reporte de Nock,³⁶ que evaluó una muestra de 10148 adolescentes norteamericanos, de entre

13 a 17 años de edad. Encontró que el 89.3% de los adolescentes con historia de ideación suicida, y el 96.1% de aquellos con intento suicida, tenían historia de haber cumplido con criterios de al menos un trastorno psiquiátrico. El diagnóstico más frecuente a lo largo de la vida fue el Trastorno depresivo mayor/Distimia, seguido de la Fobia específica, el Trastorno Oposicionista Desafiante, el Trastorno Explosivo Intermittente y el Abuso de sustancias.

De igual modo, la relación entre el suicidio y múltiples factores psicosociales fue estudiada por McKinnon,³⁷ que evaluó una muestra de 164770 adolescentes provenientes de 32 países, de los cuales 29 eran de bajo y mediano ingreso. Encontró que los determinantes de ideación suicida son comunes entre las múltiples regiones evaluadas, de modo que los que demostraron las asociaciones más fuertes fueron el estar solo, el uso de alcohol y el acoso escolar. La autora recalca que, si bien en esta encuesta no se evaluaron directamente trastornos mentales como depresión y ansiedad, la presencia de un sentimiento de soledad y un pobre soporte social son importantes predictores longitudinales de depresión e ideación suicida en adolescentes. Estos síntomas psicosociales, como el estar solo, tener pocos amigos y la ausencia de apoyo parental, se relacionaron con conductas suicidas en adolescentes; de estos, la soledad fue el factor que más fuertemente se asoció con ideación suicida. También en concordancia con estos hallazgos, cabe recalcar que cerca de la mitad de nuestras pacientes evaluadas presentaba consumo de sustancias, y el 38.4% consumía alcohol.

III. Violencia y conducta suicida

Al evaluar la violencia, es destacable que 12 de las 13 niñas de la muestra estudiada reportaron haber sido víctimas de cualquier tipo de violencia.

En nuestra muestra, el tipo de violencia más frecuente fue el acoso escolar, el cual estuvo presente en más de la mitad de las pacientes. Con respecto a esto, en el año 2019 la UNICEF reportó a través del Panorama Estadístico de la Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes en México³⁸ que, durante el año 2012, a nivel nacional el 1.4% de las y los NNA de entre 10 y 17 años sufrieron algún daño en la salud por robo, agresión o violencia en el contexto escolar. Este porcentaje difiere

ampliamente por el reportado por la ECOPRED, donde se estima que, en nuestro país, durante el año 2014, un 32.2% de los jóvenes de 12 a 18 años de edad que asistieron a la escuela, fueron víctimas de acoso escolar. Llama la atención que ambos porcentajes son mucho más bajos cuando se comparan con el reportado en nuestro estudio, donde el acoso escolar fue descrito por el 53.8% de las adolescentes estudiadas.

Las consecuencias del acoso escolar han sido estudiadas por Barzilay,³⁹ en una muestra de 11,110 estudiantes de 168 escuelas de 10 países de Europa. En este estudio se encontró que el 51.7% del total de la muestra fue víctima de al menos un tipo de victimización. Los hombres reportaron con más frecuencia agresiones físicas y verbales, y las niñas más agresiones de tipo relacional, suicidalidad y depresión. El acoso escolar físico se asoció con un aumento del 39% en la probabilidad de presentar ideación suicida, y el acoso relacional con un 28% de aumento en la probabilidad de presentar intento suicida. La depresión y la ansiedad se asociaron con un incremento en la posibilidad de presentar ideación suicida e intento suicida. Esto es relevante dado que, como se puede ver en los resultados de nuestra muestra, las adolescentes con mayores intentos suicidas presentan los niveles más altos de depresión y ansiedad en el YSR. Más aún, al evaluar el apoyo parental como moderador entre el acoso escolar y la ideación suicida, el estudio de Barzilay encontró que aquel moderó el efecto de la victimización verbal, pero no de la física y relacional. Entre los adolescentes con bajo apoyo parental, en presencia de victimización verbal, la posibilidad de ideación suicida aumentó en un 63%, y la posibilidad de presentar un intento suicida aumento en 220%. Cuando se evaluó la interacción entre acoso escolar, apoyo parental y psicopatología, se encontró que la victimización verbal se asocia con una mayor probabilidad de ideación suicida solamente en adolescentes con depresión que tenían un pobre soporte parental. De igual modo, la victimización verbal se asoció con aumento en la posibilidad de intento suicida solamente entre los adolescentes con ansiedad que tenían apoyo parental bajo.

En concordancia con estos resultados, Zaborskis⁴⁰ encontró, en una muestra de 3814 adolescentes de 15 años de edad, en tres países (Israel, Lituania y

Luxemburgo), que el 6.5% de los adolescentes reportaron haber sido víctimas de ciberacoso y el 15.6% reportó haber sufrido acoso en la escuela. Aquellos que fueron víctimas de ciberacoso y de acoso escolar, tuvieron, de manera significativa, un mayor riesgo de presentar ideación, planeación e intento suicida.

En nuestro estudio no se evaluó el tipo de acoso del cual fueron víctimas las pacientes en este ámbito escolar. Sin embargo, en el reporte de la UNICEF se describe que entre las principales formas de agresión se encuentran los golpes, patadas, puñetazos (56%) y agresiones verbales (44%). Las estimaciones provenientes de las escuelas del nivel medio superior del país sugieren que la violencia más usual es mediante insultos, ser ignorado, que hablen mal de uno, apodos ofensivos, ocultamiento intencional de pertenencias y exclusión. Asimismo, los estudiantes inscritos en escuelas públicas tienden a declarar mayores niveles de violencia que los de escuelas privadas

Las mujeres tienen mayor propensión a ser víctimas de discriminación, robo sin violencia y tocamientos indeseados por parte de sus compañeros. La violencia física con daños y amenazas son más probables para las mujeres de entre los 12 y 14 años; a partir de los 15 años este tipo de violencia se vuelve más habitual entre los hombres. Observando únicamente la edad, actos como discriminación, daño intencional de pertenencias y violencia física con daños alcanzan un máximo entre los 13 y 14 años, disminuyendo paulatinamente. Adicionalmente, 12.8% de las mujeres de entre 15 y 17 años sufrió alguna forma de violencia sexual en el ámbito escolar durante 2015.

Se advierte que presenciar burlas, acosos, exclusión, maltratos y peleas físicas son experiencias más comunes alrededor de los 14 años, sin embargo, a mayor edad, las y los alumnos comienzan a reportar este tipo de eventos con menor frecuencia.

Por otra parte, el ser testigo de violencia familiar, negligencia emocional y abuso físico, fueron los siguientes tipos de violencia que con más frecuencia se encontraron en la muestra estudiada. Cabe recalcar que estos tipos de violencia se encuentran entre los más proximales a las adolescentes, ya que ocurren en casa, en donde conviven, como se comentó arriba, con ambos padres en un 30.7%, y solo

con su madre o solo con su padre en un 46.1 y 15.3%, respectivamente. Relacionado con esto se encuentran los datos arrojados por la UNICEF,³⁸ en donde se reporta que 4 de cada 10 madres, y 2 de cada 10 padres, sin importar el ámbito de residencia, reportan pegarle o haberles pegado a sus hijas o hijos cuando sintieron enojo o desesperación. De igual modo, el 63% de las niñas y niños de entre 1 y 14 años han experimentado al menos una forma de disciplina violenta durante el último mes.

Las consecuencias que tiene la violencia en el riesgo suicida han sido evaluadas por Guo,⁴¹ quien evaluó la asociación de maltrato infantil con la presencia de intento suicida único o múltiples. En su estudio, se evaluaron 75715 estudiantes adolescentes, a los cuales se les aplicó el Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein, Ahluvalia, Pogge y Handelsman, 1994); para evaluar el antecedente de intento suicida se les preguntó cuántas veces habían intentado suicidarse en los últimos doce meses. Encontró que, en comparación con aquellos que nunca habían presentado un intento suicida, la presencia de cualquier tipo de maltrato infantil (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física, negligencia emocional), se asoció con un mayor riesgo de intento suicida único o múltiples.

Así mismo, la relación entre adversidades en la infancia (en la forma de conflictos familiares/violencia), síntomas psiquiátricos (ánimo depresivo y enojo), e ideación e intento suicida, fueron evaluados por Sigfusdottir,⁴² en una muestra de 9085 estudiantes de preparatoria de 16 a 19 años de edad. Su estudio apoya la hipótesis de que la exposición a adversidades en la infancia, en la forma de conflictos familiares, violencia y abuso sexual, se relacionan positivamente tanto con ánimo depresivo y enojo, como con ideación e intento suicida en adolescentes femeninos y masculinos. Aún más, hallaron que el ánimo depresivo relacionado con las adversidades en la infancia, se asocia más fuertemente con la ideación que con el intento suicida; a su vez, el enojo relacionado con dichas adversidades, se asocia de manera más fuerte con el intento suicida que con la ideación.

Por otro lado, en el metaanálisis de Castelví,⁴³ este autor encontró que más del 65% de las muestras evaluadas reportaron una asociación significativa entre el maltrato infantil y el intento suicida; se encontró un mayor riesgo para aquellos

expuestos a abuso físico infantil; así mismo se encontró evidencia de que aquellos niños expuestos a abuso emocional tenían mayor número de intentos suicidas. Finalmente, en dicha revisión se reporta que, comparado con aquellos pares que no estuvieron expuestos a violencia, los individuos que sí tienen antecedente de maltrato infantil presentan un riesgo dos veces mayor de intento suicida en la juventud/adulthood temprana; un riesgo doble cuando la exposición fue a maltrato físico infantil y un riesgo cuatro veces mayor cuando la violencia fue de tipo abuso sexual. En esta revisión no se encontró un riesgo significativo ante el antecedente de negligencia.

En nuestra muestra, el ser testigo de violencia familiar se presentó en cerca de la mitad de las pacientes, ya que el 46.1% de las adolescentes refirió este tipo de violencia. Este porcentaje es más del doble reportado a nivel nacional, en donde el 20% de las mujeres de entre los 15 y 17 años experimentó alguna forma de violencia en el ámbito familiar durante 2015.

El 8% de los adolescentes de entre 12 y 17 años que viven en áreas urbanas de nuestro país, reportan que han sufrido alguna forma de violencia en su casa, que en su mayoría fueron verbales, golpes, patadas, puñetazos, todos reportados en un 48%. En nuestra población estudiada, el 38.4% de las adolescentes describieron ser víctimas de violencia física en casa.

Lo mismo sucede al comparar los datos de violencia de tipo emocional ofrecidos por la UNICEF contra los recolectados en la presente muestra. Según la UNICEF, la violencia de tipo emocional se encuentra en un 15.7%, mientras que, en la población de adolescentes estudiadas, se encontró presente en más del doble, al ser reportada por el 38.4% de la muestra. Cabe recalcar que precisamente la negligencia emocional se asocia con los índices de violencia física y psicológica.

Estas complejas interacciones entre factores personales (psicopatología), familiares (apoyo parental) y sociales (acoso escolar), son evidentes en nuestra muestra, en donde las pacientes con mayores intentos suicidas, se encontraban entre aquellas con los puntajes más altos en psicopatología y con los más bajos en mutualidad parental.

Todo lo anterior sugiere que la violencia de cualquier tipo es una variable que se encuentra con una alta frecuencia en la población adolescente con intentos suicidas.

Limitaciones y fortalezas

Este estudio presenta algunas limitaciones como lo es el pequeño tamaño de la muestra. No obstante, tiene la fortaleza de ser un estudio a profundidad, del que aunque en el presente trabajo se reportan exclusivamente los datos cuantitativos, la consulta de los expedientes clínicos permitió obtener información adicional sobre los antecedentes personales y familiares de riesgo de cada una de las pacientes.

Otra limitación por señalar corresponde a que la información clínica recabada de los expedientes estuvo incompleta, debido a que hizo falta el expediente de una de las pacientes (ID 10). De igual modo, debido a que fue un estudio prospectivo en adolescentes, las trayectorias de psicopatología en la niñez fueron retrospectivas, basadas en los expedientes médicos.

Se recomienda que futuros estudios evalúen de manera prospectiva la historia y trayectoria psicopatológica desde la niñez hacia la adolescencia, con foco en los factores de riesgo personal, familiar y social, que pueden aumentar el riesgo suicida en adolescentes.

Conclusiones:

- Las adolescentes con mayor cantidad de intentos suicidas presentaron los niveles más bajos de mutualidad psicológica y los niveles más altos de psicopatología.
- Más del 90% de las pacientes con intento suicida ha sido víctima de al menos un tipo de violencia. La más frecuente es el acoso escolar.

Recomendaciones:

- Atención a la psicopatología y a la historia de pérdidas en la niñez, como prevención del intento suicida en la adolescencia.
- Las intervenciones que mitigan el acoso escolar y atienden el abuso sexual son relevantes en la prevención del suicidio adolescente.
- Las intervenciones integrales requieren la participación parental para promover la autonomía, la comunicación, el respeto y la cercanía emocional con las adolescentes.

Referencias

1.- Overton WF, Molenaar PCM, Lerner RM. Handbook of child psychology and developmental science. Volume 1. Theory and method. Seventh Edition. Hoboken, New Jersey. John Wiley & Sons. 2015

2.- Cicchetti D, Rogosch FA. A Developmental Psychopathology Perspective on Adolescence. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Feb;70(1):6-20.

3.- Drabick DA, Kendall PC. Developmental Psychopathology and the Diagnosis of Mental Health Problems among Youth. *Clin Psychol (New York)*. 2010 Dec;17(4):272-280. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01219.x.

4.- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Promotion and Prevention in Mental Health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience. 2007. DHHS Publication No. CMHS-SVP-0175. Rockville, MD.

5.- Lacalle-Sisteré M. Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, 2009.

6.- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133–154.

7.- Shain B, COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*. 2016 Jul;138(1). pii: e20161420. doi: 10.1542/peds.2016-1420.

8.- Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x

9.- Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Apr;53(4):381-9. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x.

10.- Benjet C, Menendez D, Albor Y, Borges G, Orozco R, Medina-Mora ME. Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide-Related Outcomes in

Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth. *Suicide Life Threat Behav.* 2018 Dec;48(6):755-766. doi: 10.1111/sltb.12397.

11.- Jeste DV, Palmer BW, Rettew DC, Boardman S. Positive psychiatry: its time has come. *J Clin Psychiatry.* 2015 Jun; 76(6):675-83. doi: 10.4088/JCP.14nr09599.

12.- World Health Organization. Preventing Suicide. A global imperative. 2014.

13.- Shulman S, Scharf M. Adolescent psychopathology in Times of Change: The need for integrating a developmental psychopathology perspective. *J Adolesc.* 2018 Jun;65:95-100. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.03.005.

14.- Sheftall AH, Charles W, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent Attachment Security, Family Functioning, and Suicide Attempts. *Attach Hum Dev.* 2013 July ; 15(4): 368–383. doi:10.1080/14616734.2013.782649.

15.- EC Trautman. Suicide Attempts of Puerto Rican Immigrants. *Psychiatr Q.* 1961;35:544-54. doi: 10.1007/BF01573622.

16.- Gulbas LE, Zayas LH, Nolle AP, Hausmann-Stabile C, Kuhlberg JA, Baumann AA, et al. Family Relationships and Latina Teen Suicide Attempts: Reciprocity, Asymmetry, and Detachment *Fam Soc.* 2011 ; 92(3): 317-323. doi: 10.1606/1044-3894.4131.

17.- Baumann AA, Kuhlberg JA, Zayas LH. Familism, mother-daughter mutuality, and suicide attempts of adolescent Latinas. *J Fam Psychol.* 2010 Oct;24(5):616-24. doi: 10.1037/a0020584.

18.- Vermeiren R, Ruchkin V, Leckman PE, Deboutte D, Schwab-Stone M. Exposure to violence and suicide risk in adolescents: a community study. *J Abnorm Child Psychol.* 2002 Oct; 30(5):529-37.

19.- Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health.* 2008 Apr-Jun; 20(2):133-54.

20.- Karnik NS, Winiarski DA. Editorial: Bullying and Suicide Risk: Restructuring Prevention, Identification, and Treatment to Address a Global Mental Health Crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019 Sep;58(9):851-852. doi: 10.1016/j.jaac.2019.04.007.

21.- Handley ED, Adams TR, Manly JT, Cicchetti D, Toth SL. Mother-Daughter Interpersonal Processes Underlying the Association Between Child Maltreatment and Adolescent Suicide Ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2019 Oct;49(5):1232-1240. doi: 10.1111/sltb.12522.

22.- Bilsen S. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front. Psychiatry.* October 2018. 9(540) doi: 10.3389/fpsy.2018.00540

23.- Benjet C, Borges G, Medina-Mora MA, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009 Apr;50(4):386-95. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x.

24.- González-Forteza, C., Mariño, M. C., Mondragón, L., & Medina-Mora ME. Intento suicida y uso del tiempo libre en adolescentes mexicanos. *Psicología Conductual.* 2000; 8(1), 147-152.

25.- Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México.* 2010, 52(4), 292-304.

26.- Moscicki EK. Epidemiology of suicide. In D. J. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.* Hoboken, NJ: Jossey-Bass. 1995.

27.- Genero NP, Miller JB, Surrey J, Baldwin LM. Measuring perceived mutuality in close relationships: Validation of the Mutual Psychological Development Questionnaire. *Journal of Family Psychology,* 1992, 6(1), 36-48. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.6.1.36>

28.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de los hogares 2017. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enh/2017/>

29.- Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2010. Primera edición. Noviembre 2011. Disponible en: <http://politicadjuventud.celaju.net/wp-content/uploads/2014/05/Encuesta-Juv-2010.pdf>

30.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED)

2014.

Disponible

en:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ecopred/2014/doc/ecopred14_presentacion_ejecutiva.pdf

31.- Turner SG, Kaplan CP, Zayas L, Ross RE. Suicide Attempts by Adolescent Latinas: An Exploratory Study of Individual and Family Correlates. *Child and Adolescent Social Work Journal*, October 2002. (19)5: 357-374. <https://doi.org/10.1023/A:1020270430436>.

32.- Zayas LH, Hausmann-Stabile C, Kuhlberg J. Research Article Can Better Mother-Daughter Relations Reduce the Chance of a Suicide Attempt among Latinas? *Depression Research and Treatment*, 2011, 1–7. doi:10.1155/2011/403602.

33.- De Luca SM, Wyman P, Warren K. Latina Adolescent Suicide Ideations and Attempts: Associations with Connectedness to Parents, Peers, and Teachers. *Suicide Life Threat Behav.* 2012 Dec;42(6):672-83. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00121.x.

34.- Sitnik-Warchulska K, Izydorczyk B. Family Patterns and Suicidal and Violent Behavior Among Adolescent Girls-Genogram Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Sep. 15(10):2067. doi: 10.3390/ijerph15102067.

35.- Boyas JF, Kim YJ, Villarreal-Otálora T, Sink JK. Suicide ideation among Latinx adolescents: Examining the role of parental monitoring and intrinsic religiosity. *Children and Youth Services Review.* 2019; 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.04.026>

36.- Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(3):300-310).

37.- McKinnon B, Garièpy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2016;94:340–350F. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.163295>).

38.- UNICEF. Panorama Estadístico de la Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes en México. 1era Edición. México 2019. Disponible en:

<https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>

39.- Barzilay S, Brunstein-Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *Journal of Adolescent Health*. 2017. 61(2), 179-186. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.02.002

40.- Zaborskis A, Ilionsky G, Tesler R, Heinz A. The Association Between Cyberbullying, School Bullying, and Suicidality Among Adolescents. *Crisis*. 2019 Mar;40(2):100-114. doi: 10.1027/0227-5910/a000536.

41.- Guo L, Wang W, Gao X, Huang G, Li P, Lu C. Associations of Childhood Maltreatment with Single and Multiple Suicide Attempts among Older Chinese Adolescents. *J Pediatr*. 2018;196:244-250. doi:10.1016/j.jpeds.2018.01.032

42.- Sigfusdottir ID, Asgeirsdottir BB, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: the mediating role of anger and depressed mood. *J Adolesc*. 2013;36(6):1227-1236. doi:10.1016/j.adolescence.2013.10.001

43.- Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(3):195-211. doi:10.1111/acps.12679

Anexo 1 – Datos clínicos complementarios

Adolescente ID 1: 5 intentos suicidas reportados

Antecedentes familiares: psicopatología parental: residentes de la Gustavo A. Madero, CDMX. El padre labora como mecánico automotriz, con dependencia a alcohol, en remisión sostenida desde hace cinco años (2011 a 2016, fecha de realización de la historia clínica). La madre labora como comerciante de ropa, se refiere que está sana. La paciente vive con la abuela y la familia extendida de la rama materna, por cercanía a su escuela; los fines de semana convive con sus padres. Percibe a su padre como muy estricto y agresivo, aunque niega abuso físico. Los límites son impartidos por la abuela; si no se siguen las normas existen gritos. Los límites son laxos, poco claros, sin supervisión. En el expediente se describe violencia intrafamiliar, la cual no fue reportada en el cuestionario.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: se describe que inició su padecimiento a los 8 años de edad, con problemas conductuales, tales como ser desafiante y opositor, así como conductas delictivas (robo a mano armada con navaja), para comprar alcohol.

Autolesiones: A los 12 años inició con autolesiones, realizándose cortes superficiales en antebrazos, sin fines suicidas.

Pérdidas interpersonales: en el 2014, cuando tenía 12 años de edad falleció su abuelo materno, con quien sostenía una relación cercana.

Consumo de sustancias: Consumo de alcohol desde los 8 años de edad, hasta la embriaguez. Consumo experimental de cannabis a los 9 años. Consumo de piedra, no se especifica la edad.

Acceso a servicios de salud: no se describen.

Adolescente ID 2: 10 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: Residentes de Texcoco, Estado de México. El padre terminó la preparatoria, es técnico de audio, padece DM tipo 2. La madre terminó la secundaria, labora como empleada en una compañía de teléfonos. Tiene un medio hermano de 18 años, con epilepsia. Se describe dinámica

familiar disfuncional, con violencia física, verbal y psicológica. Cuenta con primo materno con abuso de múltiples sustancias. Dos primos maternos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: se reporta que desde los 7 años de edad empezó con sintomatología depresiva, con ánimo triste y anhedonia ocasional. A los 7 años, se reporta que consumió diazepam, 10 tabletas durante dos semanas, aunque no recuerda el motivo de esa ingesta (en nota de psicología se describe que fue con fines suicidas). A los 8 años presentaba datos de inatención e hiperactividad, perdía cosas, era desorganizada, se levantaba de su asiento.

Autolesiones: Inició con autolesiones a los 11 años.

Pérdidas interpersonales: Sus padres se separaron cuando ella tenía 3 años de edad. A los 10 años 8 meses su mamá se fue a vivir a EUA, y ella se quedó a vivir con su padre. En mayo de 2015 su madre regresó de EUA, y la paciente se fue a vivir con ella; sin embargo, en diciembre de 2015 regresó a vivir con su padre. Se evidencia que la dinámica familiar ha sido inestable.

Consumo de sustancias: en nota de psicología se describe consumo de cannabis y tabaco, no se describe patrón ni se establece entre los diagnósticos.

Acceso a servicios de salud: a los 8 años sus padres la llevaron al psicólogo durante 8 meses. A los 12 años acudieron con paidopsiquiatra, quien diagnosticó TDAH, Trastorno depresivo mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Acudió a institución psiquiátrica “Lira y Serafín” a los 14 años de edad.

Adolescente ID 3: 4 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: residentes de Iztapalapa, CDMX. El padre es taxista, con diagnóstico de TDAH, con antecedente de consumo de alcohol y cocaína, en remisión. Madre de 38 años, labora como asistente dental, se refiere sana. Tiene 5 medios hermanos, uno de 9 años con TDAH, otro de 7 años con trastorno de ansiedad.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: se describe inicio de padecimiento a los 8 años de edad, tras ser víctima de abuso sexual (tocamiento en genitales, introducción de objetos vía vaginal y obligarla a practicarle sexo oral al

agresor) por parte de su padrastro, el cual se presentó desde los 8 hasta los 12 años de edad, con presencia de coerción, amenazas y agresiones físicas si revelaba el hecho a la familia. Tras el abuso inició con sintomatología afectiva depresiva. A los 10 años inició con sintomatología de Trastorno de estrés postraumático (TEPT). *Autolesiones*: de los 11 a los 12 años inició con autolesiones, con fines ansiolíticos, con cortes superficiales en antebrazos, con una frecuencia de 2-3 veces por semana; no se describe cuándo cesaron. A los 16 años de edad reinició con las autolesiones.

Pérdidas interpersonales: separación de los padres cuando la paciente tenía 3 años de edad; desde esa edad su padre permanece ausente la mayor parte del tiempo.

Consumo de sustancias: inició con consumo de alcohol a los 15 años de edad, con consumo ocasional de vodka. Se niega otro tipo de consumo.

Acceso a servicios de salud: a los 12 años inició con psicóloga particular, por un periodo aproximado de 4 meses.

Adolescente ID 4: 4 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: Originaria y residente de Puebla. En HC solo se describe: “madre impresiona con trastorno psiquiátrico. Padre impresiona con trastorno de la personalidad”, sin embargo no se especifican más datos, o diagnósticos específicos. Los padres están separados y en proceso de divorcio desde hace 2 años 2 meses; el padre ve a la paciente cada semana. Actualmente los padres se encuentran en conflicto, y comentan que usan a la paciente como arma entre ellos. En entrevista con psicología el 28 de septiembre de 2016, describe peleas frecuentes entre sus padres “no se ponían de acuerdo en nada y cada pretexto era bueno para empezar a discutir...”. Se describe que el padre es “sumamente controlador, difícil, narcisista y competitivo... él siempre quiere tener la razón, es una persona con la cual no puede hablar...” sic paciente. El padre revisó el celular de su hija, en donde le encontró pláticas “íntimas”; posterior a esto la invitó a comer, para regañarla, juzgándola y diciéndole que no creyó que su hija fuera una cualquiera. Con respecto a su madre comenta que ella “es muy buena persona” y que, aunque sí se ha sentido abandonada por ella, la quiere

mucho y la comprende, a diferencia del padre quien se muestra prepotente y juicioso en la mayoría de las situaciones.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: inició su padecimiento a los 6 años, tras sobreexigencia académica por parte de los padres; inició con sintomatología ansiosa y culpa. De los 9 a los 10 años presentó exacerbación de síntomas ansiosos, con intenso miedo a dormir. Desde los 14 años (en el 2014) inició con síntomas depresivos. La paciente reportó abuso sexual durante el proceso de entrevistas por parte del Departamento de Investigación. No se refiere edad, y esto no está reportado por ella en su cuestionario.

Pérdidas interpersonales: divorcio de los padres cuando ella tenía 14 años de edad (2014). A partir de entonces la paciente se quedó a vivir con su madre y abuela materna.

Consumo de sustancias: Negado.

Acceso a servicios de salud: Después del intento suicida acudieron a al hospital Universitario de Puebla, donde permaneció en Terapia intensiva. Posteriormente con psiquiatra particular, quien refirió a nuestra institución.

Adolescente ID 5: 3 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: residentes de Tenango del Aire, Estado de México. Madre con preparatoria, se dedica al hogar; aparentemente sana. Padre con bachillerato, se dedica al comercio informal (vendedor de pulque), sin antecedentes psiquiátricos. Se describe una adecuada dinámica familiar, la pareja es estable y con conflictos poco frecuentes.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: inició su padecimiento a los 11 años de edad, tras haber sido víctima de abuso sexual ejercido por dos primos (uno de 18 y otro de más de 20 años), caracterizado por tocamientos en área vaginal, así como penetración digito-vaginal por parte del mayor de los agresores; dicho abuso sucedió de los 11 a los 13 años de edad. De igual modo con abuso por parte de tío materno, de 22 años de edad, cuando la paciente tenía 12 años, con contacto boca-a-boca. Tras el inicio de las agresiones inició con sintomatología ansiosa y depresiva.

Autolesiones: desde los 15 años de edad comenzó a autoagredirse, dos veces por semana, golpeando su cabeza contra la pared y cortándose en las extremidades superiores, con la misma frecuencia.

Pérdidas interpersonales: no se describen.

Consumo de sustancias: consumo de pulque desde la edad escolar, debido a que los padres se dedican al comercio de esta bebida.

Acceso a servicios de salud: no referidos.

Adolescente ID 6: 3 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: paciente residente de la Delegación Cuauhtémoc, CDMX. Madre de 39 años, con doctorado en pedagogía, es funcionaria de la UNAM; la madre presentó intento suicida con sobreingesta de escitalopram y alcohol, aproximadamente un mes tras la separación con su esposo; requirió internamiento psiquiátrico pero se negó. A los 15 días volvió a presentar otro intento suicida, nuevamente negándose al internamiento. Fue diagnosticada con Trastorno límite de la personalidad y refiere que “no puede manejar sus cambios de conducta”. Padre de 47 años, con doctorado en ingeniería de materiales, trabaja en el Instituto Mexicano del Petróleo; se describe sano. Abuelo materno con depresión. Primo materno finado por suicidio a los 15 años de edad. Se describe una dinámica familiar caótica, con violencia verbal y física entre los padres y de los padres hacia ambas hijas.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: inició padecimiento a los 11 años de edad, secundario a la mala dinámica familiar y por haber sido obligada a entrar a una secundaria a la cual ella no quería ingresar. Inició con sintomatología conductual: se mostraba rebelde, opositorista, desafiante, irritable, apática, se escapaba de clases, molestaba a compañeras, discutía con profesores. A los 13 años se vio involucrada en proceso judicial debido a que ella y otras compañeras acosaron intensamente a otra niña, cuyos padres iniciaron proceso legal. Aproximadamente a los 15 años 6 meses de edad, la paciente inició con sintomatología afectiva tras los dos intentos suicidas de su madre (un mes posterior a que se separara de su esposo).

Autolesiones: se describe una historia de autolesiones, con cortes en antebrazos, pero no se ofrece más información.

Pérdidas interpersonales: cuando la paciente tenía 15 años 6 meses, sus padres se separaron debido a infidelidad del padre hacia la madre. Tras la separación la paciente se quedó a vivir con su madre y abuela materna; el padre dejó de vivir con la familia, pero frecuenta a su hija cada semana.

Consumo de sustancias: Alcohol: inició a los 14 años de edad, primero de manera social, pero tras los intentos suicidas de la madre, y el inicio de los síntomas afectivos de ella misma, presentó aumento del consumo, llegando a ser una vez a la semana, en contexto social, y después dos veces a la semana, llegando a la embriaguez al menos una vez a la semana. Cannabis inició a los 14 años, primero de forma experimental pero posteriormente cada 4-5 meses.

Acceso a servicios de salud: debido a los síntomas conductuales con los que inició a los 11 años, acudieron con una psicoterapeuta particular, de corte no especificado, con quien acudía hasta 2016.

Adolescente ID 7: 2 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: paciente residente de Tlalpan CDMX. Madre finada en el año 2015, a los 44 años, secundario a complicaciones de Cáncer Cervicouterino (CaCu), el cual se le diagnosticó a los 42 años. Tenía una carrera técnica, laboró como empleada en la SEGOB hasta su fallecimiento. Padre de 48 años, labora como afanador, con dependencia a consumo de alcohol; además se describe que es distante, con conducta descalificadora, funge como un recurso que trunca el desarrollo social de la paciente. Se niegan otros antecedentes de enfermedades psiquiátricas. Los padres se separaron en 2013, con presencia de violencia física por parte del padre hacia la madre, y ocasionalmente hacia la paciente. Tras el fallecimiento de la madre, la paciente se queda al cuidado de su hermana, quien se encuentra viviendo en casa de la familia de su pareja, con quien la paciente refiere tener discusiones constantes. Tras la muerte materna, el cuidado de la paciente quedó a manos de su hermana de 27 y hermano de 26 años, ya que el padre incrementó su alcoholismo. La situación con la suegra de su hermana no

es adecuada “me siento como una carga para mis hermanos, siempre ando dando problemas...”. Cabe recalcar que la mutualidad arrojada en el estudio se reporta como buena con la madre, promedio con el padre, pero la situación con su familia extendida actual es mala.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: inició su padecimiento en el 2015, a los 11 años, tras el fallecimiento de su madre. Inició con síntomas caracterizados por irritabilidad, problemas conductuales, dificultad para seguir indicaciones, poca tolerancia a la frustración, no respetaba figuras de autoridad, mentiras, rencorosa, tomaba dinero (máximo 50 pesos), en la escuela era opositorista y desafiante. A los 12 años inició con síntomas depresivos.

Autolesiones: Conductas autolesivas desde los 12 años, con fines ansiolíticos.

Pérdidas interpersonales: fallecimiento de su madre en 2015, cuando tenía 44 años, por complicaciones de CaCu, con padecimiento de 18 meses de evolución: “fue una muerte muy traumática, al final ya no nos reconocía...” sic paciente.

Consumo de sustancias: negados.

Acceso a servicios de salud: a los 12 años acudió con psicóloga particular, durante un periodo de aproximadamente 3 meses, suspendiendo por no observar mejoría. A los 13 años acudieron a valoración psiquiátrica al Hospital General de México, en donde se comenta que le diagnosticaron Trastorno Afectivo Bipolar. En octubre de 2016 acudieron nuevamente con psicología particular.

Adolescente ID 8: 5 intentos suicidas reportados

Antecedentes familiares: psicopatología parental: Paciente residente de Coyoacán, CDMX. Madre de 43 años de edad, dermatóloga, labora como médico en el ISSSTE; se refiere que presentó sintomatología depresiva a los 3 meses de embarazo de la paciente, tras la separación de su esposo, sin haber recibido tratamiento. Padre quien en una nota se refiere que era anesthesiólogo y en otra que era médico general; finado a los 48 años de edad, secundario a suicidio, con antecedentes de consumo de sustancias y depresión. La madre contrajo segundas nupcias en 2012, con nueva pareja de 49 años, con licenciatura trunca y se dedica a bienes raíces. La relación con el padrastro se describe por la paciente como “más o menos”. Se describe que

con su padre tenía escaso contacto, ya que “yo lo veía cada año y nunca nos ayudó” sic paciente; sin embargo tras el fallecimiento de él, la paciente presentó ideas de culpa, argumentando que pudo haber pasado más tiempo con su padre, llegando a presentar incluso ideas de culpa por la separación de sus padres.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: se describe que desde el preescolar empezó a ser víctima de acoso escolar con burlas y agresiones físicas por parte de sus compañeras y físicas por parte de una de sus maestras, con dificultades en la socialización. Al ingresar a la primaria continuaba siendo insegura, con ansiedad, onicofagia, hiperhidrosis palmar. A los 10 años, tras intensificarse el acoso escolar e incluso ser agredida por una maestra “a reglazos”, empezó con síntomas depresivos: tristeza, llanto fácil, ideas de culpa y minusvalía.

Autolesiones: inició con autolesiones aproximadamente a los 11 años, con objetos punzocortantes en antebrazos, con fines ansiolíticos, sin que nadie se percatara. De igual modo presentó autolesiones a los 12 años, a finales de 2014, tras el fallecimiento de su abuelo.

Pérdidas interpersonales: Los padres de la paciente se separaron desde antes del nacimiento de ella. A los 12 años de edad, a finales de 2014, falleció su abuelo, tras lo cual la paciente inició con autolesiones; su abuelo había fungido como figura paterna. En agosto de 2015 su padre falleció por suicidio.

Consumo de sustancias: negado.

Acceso a servicios de salud: Después de haber iniciado con las autolesiones fue llevada con médico particular, quien inició tratamiento con Fluoxetina 20 mg al día,

Adolescente ID 9: 1 intento suicida reportado.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: residente de Iztapalapa, CDMX. Madre de 58 años de edad, con escolaridad de primaria, se dedica al hogar, padece discapacidad visual como complicación de DM2, encontrándose en tratamiento con diálisis peritoneal en casa. Padre de 56 años de edad, con secundaria completa, labora como transportista. Familia integrada y disfuncional, viven en casa propia. El padre es quien aporta los recursos económicos, pero generalmente está ausente por el trabajo. La paciente describe que existe una mala relación entre ella con sus

padres, especialmente con su madre, a quien describe como demandante. En casa existen límites laxos, poco claros y sin supervisión, principalmente impuestos por parte del padre, pero a menudo son contradictorios.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: Inició desde el preescolar, con reportes por parte de los maestros, quienes referían que tenía dificultades para realizar ejercicios físicos de coordinación; posteriormente durante los primeros años de primaria presentó dificultades en el aprendizaje, obteniendo notas bajas sin llegar a recursar grados, terminando la primaria con promedio de 7. Las dificultades académicas persistieron durante la secundaria, hasta que tuvo que abandonar la escuela en el bachillerato debido a las fallas académicas y burlas de sus compañeros y maestros.

Nota: Durante su estancia intrahospitalaria se le realizó WISC-IV obteniendo puntaje de 56 (retraso mental leve). Pese a no cumplir con los criterios de inclusión, se invitó a la adolescente al estudio debido a que se conocieron posteriormente los resultados del mencionado instrumento.

Autolesiones: no se reportan.

Pérdidas interpersonales: no se reportan.

Consumo de sustancias: negadas.

Acceso a servicios de salud: ninguno previo a su internamiento.

Adolescente ID 11: 4 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: paciente residente de Coyoacán, CDMX. Madre de 44 años de edad, con secundaria terminada, se dedica al hogar, labora como administradora de equipo de protección, se refiere sana. Padre de 44 años de edad, licenciado en psicología, labora como electricista industrial, se refiere sano. Se niegan enfermedades psiquiátricas o neurológicas. En la historia clínica se niegan datos de violencia familiar, psicológica, física o sexual.

Sin embargo en notas del expediente se reportan datos de sobreexigencia por parte de la madre; se describe una constante preocupación de la madre hacia la seguridad de la paciente, le costaba mucho trabajo despegarse de ella: “hasta hace poco me costaba mucho trabajo desapegarme de mis hijas, no las dejaba salir a

ninguna parte si yo no iba con ellas, siempre he sentido que son mi responsabilidad y que las debo de cuidar, ni siquiera dejaba que se las llevara su papá si no iba yo... ahora sé que no estuvo bien, y ya voy a terapia psicológica por mi carácter...” sic madre. La misma madre se describe como “soy exigente, estricta, me gusta que se sigan las reglas... me gusta la disciplina, lo lineal”, en cambio el padre “no le da importancia a las cosas, es muy desordenado... no tiene respeto en artículos personales, es muy sucio... tienen un carácter muy fuerte, es explosivo e irritable, cuando no estamos de acuerdo grita y es ofensivo verbalmente, por eso es que siempre discutimos...” sic madre. La relación entre la madre y la paciente es algo conflictiva, “le molesta y me exige que no la cuide tanto, que la deje salir, siempre me tiene como la mala del cuento porque yo soy la que pone los castigos o la que no las deja hacer lo que quieren... por eso ella no me comenta muchas cosas” sic madre. La relación entre el padre y la paciente se describe como adecuada.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: Se describe que inició su padecimiento en el año 2016, a los 13 años de edad, cuando solicitó ser cambiada de escuela “para buscar una mejor preparación”. Sin embargo, en la nueva secundaria empezó a ser víctima de acoso escolar, por lo que inició con síntomas depresivos, los cuales se fueron agravando hasta que a inicios de marzo de 2017 comenzó a presentar disfunción, reprobando materias, con ideas de muerte y autodaño. Última consulta en psicoterapia en julio de 2018, con buena respuesta, asintomática, finalizando la secundaria, motivada por próxima fiesta de 15 años.

Autolesiones: Inició con autolesiones con fines suicidas en marzo de 2017. El día 17 de mayo de 2017 nuevamente presentó autolesiones con fines suicidas.

Pérdidas interpersonales: no se reportan.

Consumo de sustancias: Negados.

Acceso a servicios de salud: A principios de marzo de 2017, tras el inicio de los síntomas afectivos, acudieron con psicóloga particular, quien a mediados de marzo de 2017 envió con psiquiatra particular. Dicha psiquiatra diagnosticó depresión e inició Fluoxetina 10 mg al día y Risperidona 0.5 mg al día, con posterior ajuste de tratamiento a Fluoxetina 20 mg al día y Risperidona 2 mg al día. Previo a su ingreso

el 19 de mayo de 2019, fue valorada en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, por las lesiones que presentaba en el antebrazo.

Adolescente ID 12: 1 intento suicida reportado.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: paciente residente de Naucalpan, Estado de México. Madre de 47 años, con secundaria, se refiere sana. Padre de 52 años, con preparatoria, sano. Abuelo materno con esquizofrenia. Tío paterno con esquizofrenia. Se describe una dinámica familiar permisible, con límites laxos, a decir de la madre era consentida de forma constante. Se describe una relación un tanto conflictiva con la madre, ya que la paciente se muestra opositora. Con el padre esto no se observa tanto como con su madre.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: inició aproximadamente a los 11 años de edad, mientras cursaba el 5to año de primaria, con conducta opositora ante las figuras de autoridad, tanto en la escuela como en casa, conducta agresiva verbal y física contra compañeras, mentiras para evitar las consecuencias de sus actos. A los 14 años era devaluadora contra la madre, lastimaba insectos ya que “le gustaba hacerlo...”, manipulaba a sus padres. En el expediente, en la nota del 10 septiembre de 2019 se reporta que la paciente fue víctima de abuso sexual, sin embargo no se aportan más datos sobre este, ni fecha, y tampoco se cataloga como diagnóstico al egreso de ese internamiento. Tampoco es reportado por la paciente en su cuestionario.

Autolesiones: a los 14 años de edad inició con autolesiones, mediante cortes superficiales, al inicio por imitación, aunque posteriormente los refiere como “placenteros”. En febrero de 2017 presenta nuevas autolesiones, tras ser regañada por sus padres.

Pérdidas interpersonales: no se reportan.

Consumo de sustancias: negado.

Acceso a servicios de salud: Aproximadamente a los 11 años de edad recibió atención psicológica por las conductas opositoras que presentaba en la escuela. En diciembre de 2016 sus padres la llevan con psiquiatra particular, con inicio de tratamiento farmacológico no especificado, con mal apego. En mayo de 2017

acuden con nuevo psiquiatra particular, quien diagnostica depresión e inicia tratamiento con Sertralina 25 mg al día.

Adolescente ID 13: 3 intentos suicidas reportados.

Antecedentes familiares: psicopatología parental: residentes de Los Reyes la Paz, Estado de México. Madre adoptiva se dedicaba al hogar hasta su fallecimiento 7 meses antes del ingreso de la paciente. Padre era comerciante, se describe que es “recolector de objetos”. Se desconocen los antecedentes heredofamiliares de la familia biológica, ya que la paciente fue adoptada cuando tenía 2 años de edad. El padre adoptivo tenía consumo de alcohol, migró a EUA desde que la paciente tenía 4 años de edad. Regresó cuando a la madre se le agravó el problema médico renal. No se comentan datos sobre la dinámica con la madre; con el padre se refiere una dinámica disfuncional y con violencia física por parte de él hacia la adolescente.

Psicopatología personal: síntomas y edad de inicio: inició a los 6 años de edad con datos de inatención e hiperactividad. A los 10 años se agregaron mentiras y dificultad para seguir indicaciones.

Autolesiones: inició con autolesiones a los 13 años de edad; cesaron a los 16 años.

Pérdidas interpersonales: paciente adoptada a los 2 años de edad. Su padre se fue a vivir a EUA cuando ella tenía 4 años de vida. La madre falleció cuando la paciente tenía 16 años 11 meses de edad (7 meses antes de su ingreso hospitalario), por complicaciones de DM tipo 2.

Consumo de sustancias: Consumo de alcohol desde los 15 años de edad, con un promedio de 1-2 veces por mes. Consumo de solventes desde los 15 años de edad, en promedio 2-3 veces por mes.

Acceso a servicios de salud: no se reportan.

Anexo 2 – Certificado del Curso Human Subjects Research del Collaborative Institutional Training Initiative

		Completion Date 16-Jul-2019 Expiration Date 15-Jul-2020 Record ID 31990701
This is to certify that:		
Alonso Humberto Marín Ramírez		
Has completed the following CITI Program course:		
Human Subjects Research - BASIC	(Curriculum Group)	
Human Subjects Research – Social-Behavioral-Educational Basic	(Course Learner Group)	
1 - Independent Learner	(Stage)	
Under requirements set by:		
Independent Learner		
 Collaborative Institutional Training Initiative		
Verify at www.citiprogram.org/verify/?wc4b39b16-ab76-447a-9225-cd917618b5c0-31990701		

Anexo 3 – Instrumentos de Evaluación

1. Cuestionario de Mutuality psicológica padres-hija.

No contesta 97; No sabe 98; No se aplica 99

C. Mutual Psychological Development Questionnaire Adolescent Version Mother FORM A

INTERVIEWER : QUESTIONS ABOUT MOTHER, IF NOT APPLICABLE, SKIP TO SECTION D.

En esta sección, nos gustaría saber más acerca de la relación que tienes con tu mamá. Usando la siguiente tarjeta C, por favor menciona cuántas veces tú y tu mamá hacen lo siguiente:

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Más veces que nunca	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
1	2	3	4	5	6

Cuando hablan de cosas que le interesan a tu **mamá**, tu generalmente...

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Más veces que nunca	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
-------	-----------	----------------	---------------------	-----------------------	----------------

2. Cuestionario Procesos Socioculturales, Evolutivos y Dinámicas familiares.

No contesta 97; No sabe 98; No se aplica 99

Título de la investigación: Procesos socioculturales, evolutivos y dinámicas familiares en las adolescentes con intento suicida en México. Clave de registro II3/02/0915.

Cuestionarios

Responsables de los cuestionarios:

Dra. Maria Elena Marquez-Caraveo
Principal Investigator/ Hospital Dr Juan N Navarro
Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"
Av. San Buenavetura #86,
Col. Belisario Domínguez, C. P.14080
Ciudad de México, México

Carolina Hausmann-Stabile, Ph.D.
Co-Principal Investigator/ Temple University
Temple University
School of Social Work
College of Public Health
1938 Liacouras Walk
Philadelphia, PA 19122

3. *Youth Self Report* validada para hispanos en USA

Formulario 27, 110-2008-20, 110-20-0111-27

B. YSR Subsets (Youth Self-Report for Ages 11-18)

Por favor completa esta forma con tu opinión sobre tu puntos de vista, inclusive si crees que otras personas no están de acuerdo. A continuación leere una lista de frases que describen a los jóvenes. Si la frase te describe muy correctamente o bastante correctamente a ti ahora o durante los últimos seis meses, haz un círculo en el número 2. Haz un círculo en el número 1 si sólo te describe en cierta manera o algunas veces. Si la frase no te describe a ti en los últimos seis meses, haz un círculo en el 0.

B1. Tomo bebidas alcohólicas sin permiso de mis padres

No es cierto	0	YSR1
En cierta manera, algunas veces	1	
Muy cierto o cierto a menudo	2	

Anexo 4 – Cartas de Aprobación del Comité de Ética

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comité de Ética en Investigación

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Ciudad de México, 28/06/2016
Oficio no. 027

Dra. María Elena Márquez Caraveo
Responsable de proyecto.

Por medio de la presente le comunico que, a partir de la autorización que el Dr. Eduardo Arroyo García (director de este hospital), le otorga para que los logotipos y membretes de las instituciones extranjeras participantes; así como los datos de contacto de los investigadores extranjeros que participan en el estudio aprobado: "Procesos socioculturales, evolutivos y dinámicas familiares en las adolescentes con intento suicida en México", aparezcan en los documentos de asentimiento y consentimiento. De parte del comité de ética no existe inconveniente en que se utilicen.

Atentamente



Dr. Julio Cesar Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/JNN

Ciudad de México, 27 de Agosto 2020

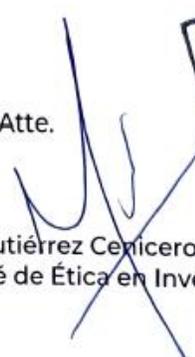
Asunto: Carta de aprobación

Dr. Alonso Humberto Marin Ramírez
Tesista

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: "Mutualidad psicológica padres-hija, violencia y psicopatología en mujeres adolescentes con intento suicida".

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 Cepiceros
Presidente del Comité de Ética en Investigación



Anexo 5 – Cartas de Aprobación del Comité de Investigación



Comité de Investigación

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

México D.F. a 11 de Noviembre 2015

Asunto: Aprobación

Oficio: 030

Dra. Ma. Elena Márquez ~~Caraveo~~

Presente:

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "*Procesos socioculturales, evolutivos y dinámicas familiares en las adolescentes con conductas suicidas en la ciudad de México*" con clave de registro **II3/02/0915**, se han revisado las modificaciones sugeridas y ha sido dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presidenta del Comité de Investigación.



Ciudad de México, 31 de enero de 2020.

Asunto: Registro de tesis derivada.

Dra. Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Investigador responsable
Presente.

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

Título del proyecto: "Procesos socioculturales, evolutivos y dinámicas familiares en las adolescentes con intento suicida en la Ciudad de México".

Clave de registro: II3/02/0915.

Aprobación CI a última enmienda: 09/03/2016

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

Título: "Violencia, mutualidad padres-hija y psicopatología en mujeres adolescentes con intento suicida".

Clave de registro: II3/02/0915/Ta

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: **Alonso Humberto Marín Ramírez.**

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. Ipzahin Cortés Iñiguez

Ipzahin Cortés Iñiguez

Apoyo administrativo de la División de Investigación

C.c.p. Registro de productividad
Archivo

*Reabi
18-feb-2020*