



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Título:

**Frecuencia de síntomas de Trastorno de Déficit de
Atención con Hiperactividad en pacientes con
conductas suicidas del Hospital Psiquiátrico Fray
Bernardino Álvarez**

Tesis para obtener el Título de Especialista
en Psiquiatría

Presenta: Juan Luis Bazet Hernández

Nombre del Asesor:
Dr. Rodrigo Figueroa Vera
Mtra. Janet Jiménez Genchi

Ciudad de México a 18 de Octubre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

• Resumen.....	3
• Introducción.....	4
• Marco teórico.....	4
• Justificación.....	15
• Planteamiento del Problema.....	17
• Pregunta de Investigación.....	18
• Objetivos General.....	18
• Definición operacional.....	19
• Características de variables.....	19
• Criterios.....	21
• Diseño de estudio.....	23
• Instrumento de medición.....	23
• Procedimiento y recolección de datos.....	24
• Consideraciones bioéticas.....	24
• Consentimiento Informado.....	26
• Resultados.....	27
➤ Tabla demográfica	27
➤ Tabla clínica.....	28
➤ Tabla relación clínica.....	31
• Discusión.....	31
• Conclusiones.....	34
• Referencia Bibliográfica.....	36
• Anexo 1.....	45
• Anexo 2.....	46
• Anexo 3.....	47
• Anexo 4.....	48
• Anexo 5.....	49
• Anexo 6.....	50
• Agradecimiento.....	51

Resumen

- **Introducción.** *El Trastorno de déficit de atención con hiperactividad se ha asociado con una amplia gama de deterioro funcional y resultados negativos en los ámbitos psicosocial, académico y ocupacional su asociación con conductas suicidas sigue siendo incierta debido a los resultados mixtos de los estudios disponibles. De hecho, mientras que algunos estudios informaron una asociación significativa entre el TDAH y las ideas suicidas, los intentos suicidas o los suicidios completos. Otros no pudieron replicar estos hallazgos. Además, no está claro en qué medida los posibles factores asociados, como los trastornos psiquiátricos comórbidos (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o trastornos por consumo de sustancias) y las variables psicosociales pueden confundir, mediar o moderar una posible asociación entre el déficit de atención con hiperactividad en adultos y el riesgo suicida. **Objetivo:** demostrar que existe una alta frecuencia de los síntomas de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el adulto, en pacientes de entre 18 a 59 años de edad con conductas suicidas del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez **Muestra y muestreo:** Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionó la muestra durante 3 meses integrándose pacientes de 18 a 59 años que contaban con antecedente de conductas suicidas atendidos en el servicio de urgencias y observación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y se realizó El Test auto reporté de síntomas de TDAH en el adulto ASRS V-1.1. buscando síntomas de Trastorno de déficit de atención en el adulto en donde se planea mostrar la frecuencia de síntomas de Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad en las conductas suicidas. **Resultados** hubo una alta frecuencia de paciente femeninas con conductas del espectro suicida y síntomas de deficit de atención con hiperactividad **Conclusiones:** el TDAH tiene una alta frecuencia en pacientes con conductas del espectro suicida y se encuentra infradiagnosticado en la edad adulta.*

Palabras Clave. Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad, conductas suicidas,

Abreviaturas:

TDAH: Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

OMS: Organización Mundial de la Salud

Anexos:

Anexo 1: ASRS V1.1

Anexo 2: Consentimiento informado paciente

Anexo 3: Consentimiento informado familiares

Anexo 4: Carta de aceptación del jefe de Hospitalización

Anexo 5: Carta de aceptación del comité de enseñanza e investigación

Anexo 6: oficio de aceptación del comité de enseñanza e investigación

Introducción.

El Trastorno de déficit de atención con hiperactividad se ha asociado con una amplia gama de deterioro funcional y resultados negativos en los ámbitos psicosocial, académico y ocupacional su asociación con conductas suicidas sigue siendo incierta debido a los resultados mixtos de los estudios disponibles. De hecho, mientras que algunos estudios informaron una asociación significativa entre el TDAH y las ideas suicidas, los intentos suicidas o los suicidios completos. Otros no pudieron replicar estos hallazgos. Además, no está claro en qué medida los posibles factores asociados, como los trastornos psiquiátricos comórbidos (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o trastornos por consumo de sustancias) y las variables psicosociales pueden confundir, mediar o moderar una posible asociación entre el déficit de atención con hiperactividad en adultos y el riesgo suicida

Marco Teórico

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por manifestaciones persistentes de inatención, hiperactividad e impulsividad que no corresponden al nivel de desarrollo de las personas y una persistencia de por lo menos seis meses, con un deterioro clínicamente significativo en al menos dos áreas de su vida (casa, escuela, trabajo, relaciones sociales, etc.), lo que impacta en el funcionamiento psicosocial

Aunque se llama TDAH en adultos, el inicio debe ser en la infancia y los síntomas persisten hasta la edad adulta. En la mayoría de los casos, el TDAH no se diagnostica en la adultez. Los síntomas del TDAH en el adulto pueden ser no tan claros como en la infancia. Los adultos por una parte pueden presentar disminución de la hiperactividad, sin embargo la inquietud, la dificultad para mantener la atención y el bajo control de impulsos pueden persistir.

El TDAH no es una enfermedad nueva o que se haya inventado en épocas recientes. De hecho los primeros reportes son de del siglo XVIII, el médico escocés Sir Alexander Crichton, describe un cuadro en niños en el cual lo pacientes presentaban una incapacidad para atender con constancia y un estado descrito como inquietud mental.(1)

En 1845 el escritor e ilustrador, Dr. Hoffman redactó en su cuento “Felipe el inquieto”, la dificultades de la enfermedad, hace referencia a síntomas caracterizados por dificultades en la atención, hiperactividad y torpeza motora. Para 1902 se estudiaba por el pediatra británico George Still quien describe un conjunto de manifestaciones clínicas denominadas “defecto del control moral” y falta de inhibición volitiva. (1)

Desde 1917 y hasta los años cincuenta se muestra en la literatura la clínica del ahora conocido TDAH, sin embargo se menciona como un daño cerebral; años más tarde se mostraría que no todos los niños con estas características clínicas presentaba evidencia de un daño cerebral, por lo que se pensó que correspondía a una disfunción cerebral general, la cual se denominó daño cerebral mínimo,

adoptando posteriormente el nombre de disfunción cerebral mínima. Años más tarde se comenzó a evaluar la hiperactividad como síntomas principal de TDAH, denominando síndrome hipercinético. Ingresando posteriormente al DSM II con el nombre de reacción hiperkinética de la infancia.(1)

Fue hasta la redacción del DSM III, que gracias a las aportaciones de varios especialistas, incluyendo a Virginia Douglas, que se mostraba que el problema no era únicamente la hiperactividad. Sino que además presentaban problemas importantes en el control de impulsos y en el prestar atención. Debido a esto en el DSM III-R se incluyen 14 síntomas de TDAH, donde se requerían 8 de estos para establecer el diagnóstico. Para 1995, el DSM IV da el nombre de Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y lo agrupa según el predominio de los síntomas, generando tres variantes:

- 1.- TDAH con predominio de déficit de atención
- 2.- TDAH con predominio hiperactivo/impulsivo
- 3.- TDAH combinando

Dentro de las modificaciones realizadas, se modificó la edad de inicio que establece la aparición de síntomas antes de los siete años; sin embargo varios autores difirieron con dicha propuesta, comentando que se podría diagnosticar desde etapa preescolar. (1)

El DSM-IV-TR conserva los tipos de clasificación del trastorno por déficit de atención del DSM-IV e indica una nota de codificación para adultos y adolescentes que actualmente presentan síntomas y no cumplen totalmente los criterios, lo cual debe de especificarse como remisión parcial. En los adultos, considera que los mayores de 17 años deben cumplir cinco criterios en al menos una de las áreas de inatención o de hiperactividad-impulsividad presentes durante seis meses y que debieron iniciar antes de los 12 años.(1)

El diagnóstico de TDAH en el adulto debe considerar no solo los criterios del DSM sino otras manifestaciones clínicas.

En la década de los noventa, Wender consideró no solo la triada sintomática de inatención, hiperactividad e impulsividad, sino otras características asociadas a las funciones ejecutivas como la planificación-organización y regulación emocional.(2)

En un estudio cohorte de 1977 a 1999 se identificaron síntomas característicos de TDAH en adultos en aquellos que fueron diagnosticados en la infancia y que aún presentaban el trastorno, entre los que se mencionan la impaciencia ante la espera, impulsividad en la toma de decisiones, fácil distracción con pensamientos irrelevantes, fallas en la memoria, dificultad para mantenerse alerta o despierto en situaciones aburridas y para recordar sucesos de la infancia, problemas para iniciar proyectos o tareas, no leer o escuchar atentamente las instrucciones, y deficiente mantenimiento de la concentración en la preparación de clase o en actividades laborales. (1)

Dado que este trastorno presenta una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, en otro estudio derivado de esta cohorte se observó que la distracción, la impulsividad, la falta de concentración, los problemas de memoria y la desorganización en el trabajo son indicadores para diferenciar el TDAH en adultos de otros trastornos como la depresión y ansiedad, y que los síntomas de hiperactividad no son discriminativo.

Actualmente, se calcula que la prevalencia de TDAH en la población adulta es entre 4 y 5%, lo que lo sitúa como uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, por encima de la esquizofrenia (1%) o el trastorno bipolar (1.5%). Estas cifras se conocen a partir de estudios epidemiológicos internacionales que han evaluado la frecuencia del TDAH en adultos en diferentes contextos culturales (Europa, América, Oriente Medio, etc.) Un estudio realizado recientemente en la población norteamericana ha observado nuevamente una prevalencia de TDAH en adultos del 4.4%. Estudios realizados en Holanda reportaron prevalencias de 1-3%. No se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos.(1)

Cuando se evalúa la frecuencia del TDAH en poblaciones especiales, como son las personas que tienen problemas por abuso o dependencia de drogas, las cifras son más elevadas llegando incluso hasta un 20%. Si la población estudiada está integrada por reclusos penitenciarios, las cifras se elevan aún más, hasta el 25%. La prevalencia de TDAH en la edad adulta en función de género es menos marcada en comparación con lo encontrado en la infancia cuyas proporciones oscilan entre 2:1 hasta 9:1 (niño: niña).(1)

Siendo el Trastorno de Déficit de atención una de las patologías del neurodesarrollo más frecuente a nivel mundial alcanzado un aproximado del 5% al 6% en edades escolares y persistiendo aproximadamente en un porcentaje de entre 2.5% a 3% en adultos, se ha sugerido en la diversa literatura que podría existir una asociación entre los síntomas del Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad y conductas del espectro suicida. (1)

El trastorno de Déficit de atención con hiperactividad se ha asociado con una amplia gama de deterioro funcional y resultados negativos en los ámbitos psicosocial, académico y ocupacional, sin embargo, su asociación con los comportamientos de espectro suicida sigue siendo incierta, debido a los resultados mixtos de los estudios disponibles.

Además, no está claro en qué medida los posibles factores asociados, como los trastornos psiquiátricos comórbidos (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o trastornos por consumo de sustancias) y las variables psicosociales pueden confundir, mediar o moderar una posible asociación entre el TDAH y las conductas del espectro suicida.

En México a pesar de no contar con cifras exactas se estima, alrededor de 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años padecen de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, aproximadamente en más de la mitad de estos infantes prevalecen los síntomas de déficit de atención hasta la edad adulta, además de los factores asociados que se pueden presentar en paciente con mal manejo del Déficit de Atención e Hiperactividad, como es el consumo de sustancias, situación que puede desencadenar conductas suicidas. Ya que el solo hecho de contar con Déficit

de Atención e Hiperactividad en la edad adulta es un riesgo asociado para presentar conductas suicidas. (2)

La literatura reporta que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad puede perdurar en el adulto generando un mal rendimiento académico. En la revisión realizada por Goldstein sobre los estudios de la evolución del TDAH en la edad adulta se halló, que el 10 al 20% de los pacientes con historia de TDAH experimentan escasos problemas, mientras que el 60% continúa presentando síntomas de TDAH, como alteraciones en la adaptación social, problemas académicos y emocionales clínicamente significativos.

Los pacientes con TDAH tienden a lograr una menor formación académica en comparación, con grupos control aun con inteligencia similar. (2)

Los adultos con TDAH presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar.

En un estudio prospectivo con una muestra de 128 niños con TDAH se halló que a la edad de 19 años el 38% de los sujetos cumplían criterios diagnósticos de TDAH, conforme al DSM III R; El 72% presentaba como mínimo un tercio de los síntomas requeridos para el diagnóstico y el 90% mostraba evidencia de un deterioro clínicamente significativos, con una puntuación en la escala para la evaluación global de funcionamiento (GAF) inferior a 60. (2)

Los estudios refieren que los adultos con TDAH, tiene una peor adaptación laboral, los problemas pueden derivarse del control de impulsos y la inatención. Se ha observado que la habilidad en la conducción de vehículos se altera en el TDAH, llegando a sufrir mayores accidentes de tráfico y de mayor gravedad. (2)

Se han descrito mayores dificultades en las relaciones interpersonales y, de forma más específica, en la relación de pareja, todas estas disfunciones sumadas al pobre control de impulsos pueden condicionar que un adulto con TDAH presente conductas del espectro suicida. (2)

Huntley estudio una muestra de 226 pacientes psiquiátricos con dependencia de sustancias y encontraron que la incidencia de TDAH fue del 12,2%. La presencia de un diagnóstico de TDAH se asoció con peor funcionamiento social, abuso de alcohol y sustancias, depresión e intentos de suicidio, presentes en el 54,5% en el grupo de TDAH (probabilidad relación de 4,675). Usando el MINI (Mini International Entrevista neuropsiquiátrica, reportaron una prevalencia del 25% de TDAH en pacientes afectados por la adicción al juego, con un 62,5% del grupo comórbido (TDAH + juego) que muestra "Riesgo de suicidio (el informe no especifica cómo se evaluados) en comparación con el 34,5% de los participantes con adicción al juego solamente. Arias estudió la prevalencia y el curso de la psiquiatría comorbilidades en una población de 1761 individuos con trastorno por uso de sustancias y encontró la incidencia de TDAH en 5.22%. La ideación suicida estaba presente en 66,30% del grupo con TDAH, frente al 42,32% en el grupo sin Grupo TDAH (OR = 1,57). La tasa de intentos de suicidio fue 40,66% en el grupo con TDAH frente al 17,50% en el grupo sin Grupo TDAH (OR = 2,32). La tasa de autolesiones fue 20,88% en el grupo con TDAH frente a 6,31% en el grupo sin Grupo TDAH (OR = 3,31). Swanson encontró que las mujeres adultas jóvenes con un diagnóstico infantil de Tipo combinado de TDAH, especialmente si la impulsividad infantil también estuvo presente, tuvo una mayor incidencia de intentos de suicidio que las mujeres con TDAH-desatento tipo y los del grupo de control. Además, El TDAH crónico se

relacionó con una mayor incidencia de comportamiento suicida (autolesión o intentos de suicidio) en comparación al diagnóstico transitorio y sin TDAH. (3)

El suicidio mencionaba el sociólogo Emile Durkheim “es toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, teniendo con miras a este resultado”. A pesar de que en su libro “El Suicidio” describe las diferentes connotaciones que puede presentar un hombre para cometer suicidio, hay algo que es común en todas citando al autor antes mencionado “lo común a todas las formas posibles de este renunciamiento supremo que el acto lo consagra es cumplido con conocimiento de causa; que sea cual fuera la razón que la llevara a conducirse así, la víctima, en el momento de obrar, sabe cuál va ser el resultado de su conducta” (4)

Basando el significado popular y descrito por la sociedad debemos establecer un significado homónimo para el suicidio, siendo descrito por la Real Academia Española como: “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Pero es importante desenmarañar este término haciendo referencia a Beck quien menciona: “La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados.(4)

La Organización Mundial de la salud logra definir al suicidio como la muerte a mano propia teniendo estos varios compuestos, al estar formado por tres partes o escenarios básicos ideación suicida, planeación e intento suicida

Entonces se debe establecer el significado de cada uno de estos términos para evaluar para el médico cual sería el momento oportuno de intervención, realizando un esfuerzo por prevenir el suicidio. (4)

Es por eso que la OMS describe cada uno de los componentes que llevan al paciente a cometer el acto suicida. Describe un primer componente como la ideación suicida siendo esta una rumiación o preocupación reiterada sobre el suicidio que va más allá de lo usual. Con una posterior evolución a un plan suicida en donde la rumiación comienza a tomar formulaciones complejas y organizadas para llevar a cabo un intento y finalmente si no hay una intervención temprana, esto lleva al paciente al intento de suicidio siendo descrito como la conducta realizada por una persona que trata de provocarse daño, con la intención de producirse la muerte. (5)

El suicidio, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se ha convertido en una importante causa de muerte en el mundo, siendo ya la segunda causa de muerte en individuos entre los 15 y los 29 años, y siendo responsable de la muerte de más de 800 000 personas cada año. (5)

Sin embargo, aunque las estadísticas de suicidios consumados son alarmantes, es de mayor preocupación que la ideación suicida se encuentra en franco aumento en todo el mundo en relación con diversos factores entre los que se encuentran los trastornos depresivos, el trastorno de ansiedad, los problemas familiares, las limitaciones socioeconómicas y el abuso de sustancias, entre otros factores

En México, en 2018, ocurrieron 6 710 muertes por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), lo que representa una tasa de 5.4 suicidios por cada

100 000 habitantes. En nuestro país el fenómeno del suicidio consumado es más frecuente en la población masculina. (6)

Para 2018, prevalecen los casos en hombres quienes tienen una tasa de 8.9 fallecimientos por cada hombre (5454), mientras que esta situación se da en 2 de cada 100 mil mujeres (1253) (6)

Las muertes por lesiones auto infligidas se concentran en el grupo de 30 a 59 años con 46%; le sigue el grupo de jóvenes de 18 a 29 años con 34%, y las niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años con 10 por ciento. Entre las causas que se presentan en este grupo de población se encuentran los problemas familiares, amorosos, depresión y ansiedad, el abuso de alcohol y drogas, entre otras, intensifican la búsqueda del suicidio. (6)

A nivel mundial, el fallecimiento por lesiones autoinfligidas fue la tercera causa de muerte en adolescentes en 2015, con 67 000 casos.

Según la OMS cada 40 segundos se suicida alguien, situación que es prevenible y tratable. (7)

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado (8)

El intento suicida, también denominado para suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (*deliberate self harm*), se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. (8)

Las conductas del espectro suicida (SSB) son un continuo que incluye ideas suicidas, intentos suicidas, planes suicidas y, finalmente, suicidios consumados.

Para algunos autores, el término también debería incluir autolesiones deliberadas. De hecho, los pacientes con frecuencia pasan de un tipo de comportamiento suicida a otro durante la evolución de su psicopatología. (8)

Justificación:

El TDAH tiene una prevalencia a nivel mundial 5 a 6% en niños, alrededor del 2.5 al 3% de los pacientes con TDAH, llegan a la edad adulta con persistencia de los síntomas de TDAH, sin embargo las comorbilidades que acompañan a este trastorno genera que sea una patología infra diagnosticada en nuestro país y por lo tanto en nuestra institución.

Esto afecta de forma directa sobre la funcionalidad del paciente, teniendo mayor número de pacientes con baja autoestima, pobre control de impulsos, dificultad para mantener una relación interpersonal, dificultades laborales, esto agregado a las múltiples comorbilidades que acompañan al trastorno, como son el consumo de sustancias, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno de la personalidad genera una clara preocupación en los psiquiatras de adultos, ya que el TDAH por si solo y sumado a algunos de los trastornos previamente mencionados puede aumentar el riesgo de conductas suicidas..

Es de ahí que surge una necesidad de realizar esta tesis, para comprobar si hay una importante frecuencia de síntomas de TDAH en pacientes con conductas del espectro suicida. Esto no favorece únicamente el diagnóstico, si no el abordaje terapéutico y la rehabilitación que le será brindada al paciente.

Es común que en nuestros servicios trabajemos con el padecimiento que actualmente pone en riesgo la vida del paciente psiquiátrico, pero es importante

saber las conductas o comportamientos que llevaron a actuar de una forma determinada a nuestro paciente.

La forma de abordar a los pacientes en nuestra institución, se basa en un manejo farmacológico, y psicoterapéutica, sin embargo no es el mismo abordaje si la patología a tratar es el TDAH. El TDAH por si solo puede generar en los pacientes conductas del espectro suicida, esto secundario un bajo rendimiento escolar, dificultad para el control de impulsos, dificultad para realizar algunas actividades, problemas laborales y sociales. El TDAH por si solo, conlleva a un riesgo de un bajo control de impulsos, esto sumado a estresores de vida, puede condicionar en las pacientes conductas del espectro suicida.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos (TDAHa) ha sido recientemente reconocido y tratado mejor en muchos países. A pesar de esto el TDAH continua siendo una comorbilidad oculta a menudo no diagnosticada, incluso en pacientes con tratamiento psiquiátrico por otros trastornos.

Las conductas del espectro suicida son una de las principales demandas de atención en el servicio de urgencias psiquiátricas. Las causas de conductas suicidas son diversas, dentro de las que destacan, cuadros psicóticos primarios, trastornos afectivos y trastornos de la personalidad.

En ocasiones el diagnóstico de un paciente con conducta suicida no aborda la problemática inicial que género el problema, esto debido a que se realiza un diagnóstico rápido en servicio de urgencias.

Durante el 2019 se registraron 7223 suicidios, lamentablemente no existen datos recientes del número de consultas suicidas que se valoran en nuestra institución.

Sin embargo, al ser una de las principales instituciones de salud mental a nivel nacional, que atiende riesgo suicida y somos de las pocas instituciones a nivel nacional que cuenta con la infraestructura para el tratamiento de conductas suicidas es muy probable que tuviéramos cifras altas de consultas por riesgo suicida.

De ahí surge la necesidad de medir la frecuencia con la que esta patología se presenta en los pacientes de nuestra institución que tuvieron conductas del espectro suicida.

Planteamiento del problema

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es una de las principales instituciones a nivel nacional en el tratamiento de las enfermedades mentales por lo que de forma diaria se reciben múltiples consultas de urgencias por conductas del espectro suicida y se realizan múltiples internamientos por la misma cuestión, siendo las causas muy diversas.

Durante 2019 se registraron 747 784 mil muertes, el 88.8% (663 902) de las defunciones se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud y 11.2% (83 882) a causas externas: accidentes (33 524), homicidios (36 661), suicidios (7 223), eventos de intención no determinada (6 376), los cuales se caracterizan porque el certificante manifiesta carecer de elementos para clasificar la defunción en alguna de las categorías previas, las categorías previas se complementan con otras causas externas (98).

Únicamente en el 2019 se registraron 7223 suicidios de ahí surge la importancia de establecer de forma adecuada el diagnóstico del paciente, de esta forma se puede

brindar un adecuado tratamiento, que mejore la sintomatología para así reducir las conductas suicidas.

De ahí la importancia de hacer un correcto diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad ya que esta ampliamente reportado que genera disfunción en diversas áreas, tanto laboral, interpersonal como social, características que, sumadas a los síntomas como el pobre control de impulsos, inatención, necesidad de gratificación inmediata y/o conductas temerarias puede aumentar en el paciente el riesgo de presentar conductas suicidas.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia del Trastorno de Déficit de la Atención con Hiperactividad en pacientes con conductas del espectro suicida (intento suicida, gesto suicida, ideación suicida, planeación suicida) el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

Objetivo General:

Demostrar la frecuencia de síntomas de Trastorno de Déficit de Atención con hiperactividad en pacientes de 18 a 59 años con conductas suicidas del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivos específicos:

Describir las características sociodemográficas de los pacientes: edad, sexo, escolaridad, diagnóstico psiquiátrico, comorbilidades médicas, primer vez o subsecuente.

- Detectar las psicopatologías que con mayor frecuencia tienen síntomas TDAH en el adulto

- Describir las características de las conductas espectro suicida presentes en los pacientes con diagnóstico de TDAH

Variables

Variable	Definición operacional	Definición conceptual	Tipo de variable según su naturaleza
Sexo	Mujer u hombre	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa
Escolaridad	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrados	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Cualitativa

Tiempo de evaluación	Período de tiempo en que es evaluado un paciente.	Primera vez o subsecuente	Cuantitativa
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	18 a 59 años	Cuantitativa
Conductas del espectro suicida	Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto con intento de generar su muerte.	Presencia de conductas suicidas (antecedente de ideas suicidas, gesto suicida, intento suicida,	Cualitativa
Trastorno de Déficit de atención con Hiperactividad	es un trastorno mental que comprende una combinación de problemas persistentes, como dificultad para prestar atención, hiperactividad y conducta impulsiva	Positivo en dos o más áreas de la evaluación	Cualitativa

Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres y hombres
- primera vez y subsecuentes
- de 18 a 59 años que se encuentren en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- Que cuenten con antecedente de conductas suicidas (ideas, gesto, intento)
- Pacientes que acudan de forma voluntaria o involuntaria al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
- Pacientes que acepten realizar El Test autoreporte de síntomas de TDAH en el adulto ASRS V-1.1 para valorar la presencia de síntomas de trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
- Pacientes de 18 años que cuenten con documento legal que compruebe la mayoría de edad.
- Pacientes que no se encuentre intoxicado con drogas ILEGALES (alcohol, cannabis, anfetaminas, metanfetaminas, extasis, cristal, solventes, cocaína en piedra, en pasta, en polvo, solventes (tolueno, tinner, pintura), ayahuasca, peyote, LSD, ketamina, heroína, morfina, opio, sales de baño, poppers. O medicamentos sin indicación médica (clonazepam, alprazolam, lorazepam etc...) mínimo 48 horas sin consumo de sustancias.
- Pacientes que no presenten antecedentes personales de psicosis o que cuenten con el diagnóstico de esquizofrenia o que durante la valoración se integren síntomas psicóticos.

- Pacientes que cuenten con enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Fibromialgia, Lupus Eritematoso Sistémico, obesidad en tratamiento y controlada. Y que al momento de la valoración no cuenten con ninguna alteración en los signos vitales
- Pacientes que firmen el consentimiento informado del procedimiento.
- Pacientes que cuenten con manejo psiquiátrico establecido

Criterios de Exclusión:

- Paciente que cuenten se encuentre intoxicados con drogas ilegales o legales o medicamentos sin indicación médica. Excepto tabaco.
- Paciente que cuente con el diagnóstico establecido de una Psicosis primaria.
- Paciente que cuente con el antecedente de Cuadros psicóticos
- Pacientes mayores de 59 años.
- Pacientes que describan inicio reciente de TDAH.
- Paciente que no acepten realizar o que dejen inconcluso El Test autoreporte de síntomas de TDAH en el adulto ASRS V-1.1.
- Pacientes con diagnóstico establecido de deterioro cognitivo.

Criterios de Eliminación:

- Pacientes que no finalicen El Test autoreporte de síntomas de TDAH en el adulto ASRS V-1.1.
- Paciente que durante la valoración se encuentren datos de deterioro cognitivo.

Diseño de estudio: Es un estudio de asociación directa correlacional

Instrumento de medición

El Adult ADHD Self-Report Scale Version 1.1 (ASRS v.1.1) es un cuestionario de 18 ítems que mide síntomas actuales de TDAH en población adulta, desarrollado por el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud conjuntamente con la versión de la WHO Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Se puntúan en una escala de 5 opciones (nunca, raramente, a veces, con frecuencia y muy frecuentemente) y se estima para cada ítem una puntuación de corte o criterial, a partir de la cual el ítem es considerado positivo (puntuación 1) y por debajo del cual es considerado negativo (puntuación 0). Este punto de corte se sitúa en el tercer valor (algunas veces) para los ítems 1, 2, 3, 9, 12, 16 y 18, y en el cuarto valor (Con frecuencia) para el resto. Las puntuaciones también pueden ser tratadas como una escala continua entre el 0 (Nunca) y el 4 (Muy frecuentemente). Los 6 primeros ítems conforman la versión de cribado para la detección rápida de síntomas sugestivos de TDAH en adultos. Los ítems interrogan sobre la presencia de síntomas durante los 6 meses anteriores a la evaluación.

Los 4 primeros ítems investigan síntomas de inatención y los dos últimos de hiperactividad y se consideran puntuaciones criterio las tres primeras desde a veces a muy frecuentemente, y las tres últimas desde con frecuencia a muy frecuentemente. Cuatro respuestas en puntuaciones criterio se estiman sugestivas de existencia de TDAH en el adulto. (12)

Procedimiento y recolección de datos.

Se expone la tesis para su aprobación ante los comités de Investigación y Ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Se solicita permiso a la Jefa de División Dra. Socorro González Valadez, y su vez de forma individual se solicita aprobación por cada jefe de piso de hospitalización continua, así como a los jefes de servicios especiales, esto para poder aplicar El Test autoreporte de síntomas de TDAH en el adulto ASRS V-1.1. Para valorar si existe presencia de síntomas de TDAH en pacientes con conductas suicidas

Los resultados serán tomados como positivos o negativos para presencia de déficit de atención e hiperactividad en el adulto, una vez obtenidos los resultados, se verificara la frecuencia de síntomas de TDAH en el adulto en pacientes con conductas suicidas

El motivo de esta Tesis se basó en realizar durante un periodo de 3 meses la aplicación en el servicio de urgencias y observación, el tiempo de aplicación es de aproximadamente 10 minutos, se realizara la escala autoaplicable ASRS-V1.1 en pacientes de entre 18 a 59 años de edad que cuenten con antecedentes de conductas suicidas (intento suicida ideación suicida). De esta forma se midió la frecuencia con que se presentan los síntomas de TDAH en el adulto en pacientes con conductas suicidas Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Consideraciones Bioéticas:

Este trabajo se basó en principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La realización de este estudio no genera ningún tipo de riesgo para el paciente y no interfiere en su evaluación, tratamiento o diagnóstico.

Las consideraciones éticas se aplicarán conforme lo establecido por el Comisión Nacional de Bioética, en su Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, que establecen que se deberá realizar bajo la aprobación del comité de investigación y ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez , bajo los principios éticos fundamentales; respeto a la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia y respetando la confidencialidad del paciente

Conforme a lo estipulado en la ley general de salud en el artículo 17 la investigación se clasifica como:

Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

La entrevista estructurada con aplicación de la escala validada y estandarizada no constituye ningún riesgo para la salud del paciente. (ANEXO 1)

Consentimiento informado

Se hizo una solicitud al jefe de la unidad médica, y bajo el consentimiento del servicio de enseñanza e investigación con el número de aprobación 868 se le solicita a los pacientes de 18 a 59 años con intento suicida, gesto, suicida, o ideación suicida, la aplicación de El Test autoreporte de síntomas de TDAH en el adulto ASRS V-1.1. Se le invita a participar al protocolo de investigación frecuencia entre trastorno de déficit de atención con hiperactividad y conductas del espectro suicida,

se le informo que sus datos personales no fueron utilizados y únicamente se utilizó el resultado de la prueba para fines médicos.

Resultados

Se evaluó a 70 pacientes durante el periodo de Marzo. Abril y Mayo del 2021 en el servicio de urgencias y observación, de las 70 entrevistas realizadas 59 correspondieron a pacientes femeninas y 11 a pacientes masculinos. Obteniendo así un 84.3% de frecuencia de mujeres con conductas del espectro suicida, respecto a un 15.7% de frecuencia de hombres con conductas del espectro suicida.

De las 70 entrevistas realizadas 31 pacientes tenían estudios de preparatoria, 20 de licenciatura, 17 de secundaria y 2 de primaria. Se esperaba que el fracaso escolar fuera mayor en los pacientes con conductas del espectro suicida y déficit de atención, sin embargo el 44.3% tiene una educación media superior y un 28.6% o llevo a la licenciatura. (tabla 1)

Tabla 1. Datos Demográficos

Tabla demográficas	N=70
Edad	Media:28.89 Minimo:18 Maximo:59
sexo	FRECUENCIA: 59 mujeres 11 hombres. PORCENTAJE: 84.3% mujeres 15.7% hombres.
Tiempo de evaluación	FRECUENCIA: 63 primera vez 7 subsecuentes. PORCENTAJE: 90% primera vez 10% subsecuente.
Escolaridad	FRECUENCIA: Primaria 2 Secundaria 17 Preparatoria 31

	Licenciatura 20 PORCENTAJE: Primaria 2.9% Secundaria 24.3% Preparatoria 31% Licenciatura 28.6%
--	--

De los 70 pacientes entrevistados 63 pacientes fueron de primera vez y 7 fueron subsecuentes, esto se debe a que la valoración fue en el servicio de urgencias, y observación por lo que gran parte de los pacientes evaluados, son de primera vez. Probablemente por la contingencia sanitaria actual fue un factor asociado a que la demanda de atención fuera mayor por pacientes de primera vez

La media de edad para conductas del espectro suicida fue de 28.89 y la mediana de edad fue de 27.00, el mínimo de edad evaluada fue de 18 años y el máximo de edad evaluada fue de 59 años. Se presentó un aumento del porcentaje en pacientes de 18 años con una posterior disminución hasta los 22 a 24 años, con un nuevo aumento a los 29 años y con una posterior disminución gradual de las conductas suicidas conforme a la edad evaluada.

El diagnóstico realizado por un médico o psicólogo de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, previo a la entrevista solo se presentó 11.4 % de los pacientes evaluados, y 64% no habían presentado ningún diagnóstico de Trastorno de Déficit de atención con hiperactividad previo a la valoración

Posteriormente conforme a los criterios de aplicación de la escala ASRV1.1 se realiza una división en dos bloques el bloque A consta de 6 seis preguntas de cribado de síntomas, que van de 0 a 4, asignado de la siguiente forma, 0 nunca, 1 raramente, 2 a veces, 3 frecuentemente, 4 muy frecuente, el punto de corte para

sospecha de TDAH es de 17 un puntaje menor a 17 sugiere poca sospecha de TDAH.

En la valoración del bloque A obtuvimos una media de 12.26 y una mediana de 2.6 con un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 24 puntos. Basando únicamente la sospecha en el cribado obtuvimos una frecuencia de 13 pacientes positivos para conductas de déficit de atención con hiperactividad y conductas del espectro suicida, frente a un resultado negativo de 57 pacientes que no les fue detectado el TDAH y presentaban conductas del espectro suicida

Sin embargo al evaluar el bloque B que consta 12 preguntas de respuesta múltiple que van del 0 al 4 en donde se describen de la siguiente forma 0 nunca, 1 raramente, 2 a veces, 3 frecuentemente, 4 muy frecuente. Al evaluar esta parte obtuvimos una media de 23.56, una mediana de 23.00 con un puntaje mínimo de 6 y un puntaje máximo de 45. Obteniendo un porcentaje de 81.4% de paciente presentaban síntomas positivos de Déficit de Atención con Hiperactividad y conductas del espectro suicida contra un 18.6 % que no presentaban síntomas de déficit de atención con Hiperactividad y conductas del espectro suicida.

Se pudo evaluar la parte de cribado o bloque A únicamente 13 personas fueron positivas para TDAH y 53 demostraron ser negativas, dato que demostró que la realización del bloque A para el cribado es inespecífico por lo que es necesario la realización de la entrevista completa para asegurar la sospecha de TDAH.

En la tabla 2, se evidencia lo anteriormente descrito, cuando se realizó la encuesta completa utilizando bloque A y B el puntaje de personas positivas a síntomas de TDAH es de 57 personas contra 13 que salieron negativos.

De los 70 pacientes evaluados, 44 pacientes tuvieron un consumo de por lo menos una sustancia y 26 pacientes no consumieron ninguna sustancia, a lo largo de su vida.

Durante la entrevista se preguntó a los pacientes si contaban con un diagnóstico previo realizado por un médico psiquiatra o psicología de un trastorno de la personalidad. El resultado obtenido fue que 21 pacientes de los evaluados, tenían un diagnóstico previo de un trastorno de la personalidad, contra 49 pacientes que no contaban con ningún diagnóstico previo de un trastorno de la personalidad.

(tabla2)

Tabla 2. Datos clínicos

Tabla clinica	N=70
Diagnóstico previo TDAH	FRECUENCIA: 8 Diagnostico positivo. 62 Sin diagnóstico. PORCENTAJE: 11.4% Diagnostico positivo 88.6% Sin diagnostico.
Puntaje de Cribado de TDAH	Media:12.26 puntos Minimo: 2 puntos Maximo:24 puntos
Puntaje ASRSV1.1	Media:23.56 puntos Minimo: 6 puntos Maximo: 45 puntos
Positivo en cribado de TDAH	FRECUENCIA: 13 positivos 57 negativos PORCENTAJE: 18.6% positivo 81.4% negativo
Positivo puntaje total ASRSV1.1	FRECUENCIA: 57 positivos 13 negativos PORCENTAJE: 81.4% positivo 18.6% negativos
Consumo de sustancias	FRECUENCIA: 44 positivo

	26 negativos PORCENTAJE: 62.9% positivo 37.1% negativo
Diagnostico de Trastorno de la personalidad	FRECUENCIA: 21 positivos 49 negativos PORCENTAJE: 30:0% positivo 70.0% negativo

La relación entre diagnostico positivo a TDAH y el consumo de sustancias, el resultado fue que de los 70 individuos evaluador 36 individuos fueron positivos para consumo de sustancias y TDAH. Hubo 21 individuos que contaban con criterios positivos para TDAH, y no tenían consumo de sustancias. Se obtuvo un resultado negativo de 8 pacientes negativos para TDAH y positivos para consumo de sustancias y 5 individuos fueron negativos para TDAH y consumo de sustancias.

En cuanto al diagnóstico previo de Trastorno de la personalidad se obtuvo 18 individuos positivos para TDAH y con diagnóstico previo de un Trastorno de la personalidad. Se obtuvo 39 pacientes positivos para TDAH y sin diagnóstico previo de trastorno de la personalidad. Únicamente 3 pacientes puntuaron negativo para TDAH y contaban con diagnóstico previo de trastorno de la personalidad. 10 pacientes contaron con un puntaje negativo para TDAH y negativo para trastorno de la personalidad. (tabla 3)

Tabla 3. Relación clínica

Tabla relación clínica	
Positivo TDHA asociación consumo de sustancias.	36 positivos a TDAH y positivos consumo de sustancias. 21 positivos a TDAH y negativos a consumo de sustancias. 8 negativos a TDAH y positivos a consumo de sustancias. 5 negativos a TDAH y negativo a consumo de sustancias.
Positivo TDAH asociación con diagnóstico de Trastorno de la personalidad.	18 positivos a TDAH y positivos Trastorno de la personalidad 39 positivos a TDAH y negativos a Trastorno de la personalidad 3 negativos a TDAH y positivo a Trastorno de la personalidad 10 negativos a TDAH y negativos a Trastorno de la personalidad

Discusión

De acuerdo con la información obtenida a la evaluación de los 70 pacientes con conductas del espectro suicida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se encontró una frecuencia importante en las demandas de atención por conductas del espectro suicida por parte del sexo femenino. De acuerdo con Hernández-Bringas (2011) mencionar una mayor prevalencia de conductas del espectro

suicida en mujeres, pero los hombres tiene mayor letalidad, estos resultados concuerdan con los encontrados en nuestra valoración ya que hubo una baja demanda de atención por parte de pacientes hombres con conductas del espectro suicida.

Conforme a los reportado por S. Ortiz León (2016) se esperaba encontrar un mayor fracaso escolar en los pacientes con conductas del espectro suicida y déficit de atención, ya que se reporta que el diagnostico de TDAH es un factor predisponentes de fracaso escolar o laboral.

Dato de relevancia en nuestro estudio, ya que se asocia el fracaso escolar y laboral en paciente con síntomas de déficit de atención con hiperactividad y el desarrollo de conductas del espectro suicida. La media de educación fue bachillerato, sin embargo fueron pocos los pacientes que tuvieron una escolaridad de secundaria o primaria y fueron nulos los pacientes reportados sin estudios.

En cuanto la edad promedio concuerda con la estadística reportadas por el INEGI 2020 siendo los grupos de mayor riesgo de los 18 a 39 años.

Kessler y cols. (2007) recomienda evaluar ambos bloques, el bloquea A y el bloque B, y en caso de presentar en cualquiera de los dos un puntaje mayor a 17 sospechar de TDAH. Hice la evaluación de forma separada, las primeras 6 preguntas que sirven como herramientas de cribados fueron poco específicas para la sospecha de déficit de atención, ya que solo reportaron a 13 pacientes como sospechosos de déficit de atención con hiperactividad. Sin embargo en el bloque B hubo una diferencia y se encontró que en 57 pacientes con conductas del espectro suicida se sospechaba déficit de atención con hiperactividad.

Esto demuestra realizar únicamente las 6 primeras preguntas es poco sensible y poco específico para el diagnóstico de TDAH, contrario a los encontrado Kessler y cols. (2005).

Pese a tener 57 pacientes positivos para sospecha de déficit de atención con hiperactividad únicamente 8 contaban con el diagnóstico previo de diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad, datos que es nos habla del subdiagnostico de esta patología en los pacientes adultos y con conductas del espectro suicida. Probablemente porque hubo mayor consulta de primera vez es que no se encontraban los pacientes bien evaluados y por eso el subdiagnostico tanto de déficit de atención con hiperactividad, Irastorza Eguskiza (2016) reporto una alta comorbilidad entre trastorno de la personalidad y TDAH. El 30% de nuestros evaluados ya contaban con el diagnóstico previo de trastorno de la personalidad, sin embargo es probable que el porcentaje fuera mayor, ya que por la historia natural de la enfermedad es frecuente que los niños y adolescentes con déficit de atención con hiperactividad, sobre todo los que persisten con síntomas en la edad adulta con frecuencia desarrollan trastornos de la personalidad y con ello conductas del espectro suicida, sin embargo es claro que los síntomas de déficit de atención con hiperactividad en la edad adulta, por si solos, son un riesgo para presentar conductas del espectro suicida.

La información obtenida en nuestro estudio coincide con lo reportado por E.Torrico Linares y cols (2012), ya que hubo una alta frecuencia de consumo de sustancias en los pacientes evaluados, obteniendo un resultado de 44 pacientes con consumo de sustancias. De los 70 pacientes evaluados 36 pacientes con conductas suicidas

fueron positivos para TDAH y consumo de sustancias dato que se asocia al pobre control de impulsos, y la necesidad de buscar una sustancia que pueda favorecer la concentración y el desempeño escolar o laboral.

Conclusiones

- El déficit de atención con hiperactividad tiene una alta frecuencia en los pacientes con conductas del espectro suicida.
- Pese a que en la infancia y adolescencia es más frecuente el diagnóstico de Trastorno de déficit de atención con hiperactividad en varones, nuestro estudio demostró que en la edad adulta hay una mayor frecuencia de síntomas de déficit de atención con hiperactividad y conductas del espectro suicida en mujeres. Situación que se relaciona a que las mujeres tienen un mayor número de intentos suicidas de baja letalidad, lo que les lleva a buscar atención en los servicios de urgencias.
- El rango de edad más frecuente para presentar conductas del espectro suicida y déficit de atención con hiperactividad, van en un rango de los 18 a los 32 años, situación que concuerda con lo reportado por el INEGI.
- La herramienta de cribado es poco sensible y poco específica para la detección de síntomas de TDAH, sin embargo la realización de la prueba completa, es una buena herramienta de cribado para realizar la sospecha de déficit de atención en el adulto.
- Fue más frecuente encontrar síntomas de déficit de atención con hiperactividad y conductas del espectro suicida en pacientes con educación media superior y superior, en la muestra fueron escasos los pacientes con

educación secundaria, primaria y nula para los pacientes sin estudios. Esto no concuerda con lo esperado ni con lo reportado, ya que se espera que en los pacientes con TDAH que desarrollan conductas del espectro suicida se haya un mayor fracaso escolar y laboral.

- La mayor frecuencia de pacientes del espectro suicida y conductas de déficit de atención con hiperactividad fue de primera vez, esta situación podría estar desencadenada por la situación sanitaria actual, lo cual está provocando un incremento en el desarrollo de patología mental, y dato que puede estar sesgado por el funcionamiento del servicio durante la pandemia actual y por los servicios en donde se realizó la entrevista.
- En conclusión es de suma relevancia que todo paciente que acuda a valoración por conductas del espectro suicida, se evalúe síntomas de déficit de atención con hiperactividad, que podrían estar desencadenando las conductas suicidas o podrían estar asociados a un trastorno de la personalidad y a consumo de sustancias.
- En conclusión en cualquier paciente que acude a nuestra institución se debe de realizar pruebas de cribado, como ASRSV1.1 para descartar síntomas de TDAH, ya que esto puede cambiar el abordaje terapéutico y farmacológico.
- En cuanto a las limitaciones que se presentarán en la realización de esta tesis, se encuentra que en la actualidad el mundo, y en especial nuestro país está pasando por una crisis sanitaria por el virus SARS-COV2, lo que cambió el funcionamiento normal de nuestro hospital y del resto de las instituciones.

psiquiátricas a nivel nacional, situación que pudo haber repercutido en el resultado de nuestro estudio.

- Si el estudio se volviera a realizar, se tomaría la muestra de servicio de consulta externa, urgencias y observación, lo cual podría ampliar nuestra muestra y permitir un resultado más exacto.
- Si el estudio se volviera a realizar, se sugiere que se realice en pacientes subsecuentes, que en su expediente ya cuenten con el diagnóstico de trastorno de la personalidad y el tipo de trastorno, lo que podría hacer que el resultado sea más preciso y se pueda hacer una mayor asociación entre el TDAH en el adulto, las conductas del espectro suicida y sus comorbilidades
- Recomiendo que a las que investigue sobre este tema, busque asociar pacientes que recibieron tratamiento y su evolución con el mismo, sugiero evaluarlo en pacientes subsecuentes que ya cuenten con el diagnóstico de trastorno de personalidad, o pacientes a los cuales se les pueda asociar a pruebas como SCID II.

Referencias bibliográficas

1. S. Ortiz León, A.L. Jaimes Medrano. (24-mayo-2016.). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y universitaria. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 59, 6-14.
2. Joffre-Velázquez, VM, & García-Maldonado, G, & Joffre-Mora, L. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida

adulta. Archivos en Medicina Familiar, 9(4),176-181.[fecha de Consulta 30 de Septiembre de 2020]. ISSN: 1405-9657. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articuloao.?id=507/50712865005>

3. Giancarlo Giupponi, Gloria Giordano, Ignazio Maniscalco, Denise Erbuto, Isabella Berardelli, Andreas Conca, David Lester, Paolo Girardi and Maurizio Pompili. (2018). SUICIDE RISK IN ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER. Psychiatria Danubina, Vol. 30, No. 1, pp 2-10. 15/10/2020, De http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol30_no1/dnb_vol30_no1_2.pdf
Base de datos.
4. OMS. (2014). OMS PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. 14/09/2020, de OMS Sitio web: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
5. Emile Durkheim. . (2017). El suicidio. Ciudad de México: Fontamara
6. INEGI . (08/09/2020). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DATOS NACIONALES. 10/12/2020, de INEGI Sitio web: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
7. Michael Phillips M. Ajdacic-Gross V., Carli V., Corcoran P., Crosby A., De Leo D., Gunnell D., Simon T., Wasserman D., Apter A., Beautrais A., Hadlaczky G., Berman A., Arensman E., Burrows S., Mishara B., Scott V., Silverman M, Takeshima T., Crosby A., Hawton K., Nordentoft M., . (2014).

Prevención del suicidio: un imperativo global. 2020, de Organización Mundial de la Salud Sitio web:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1

8. JIMENEZ ORNELAS, RENEE ALEJANDROS, and LETICIA CARDIEL TELLEZ. . (2013). "El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011.". 14 Sep. 2020, de Universidad Nacional Autónoma de México Sitio web: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000300012
9. INEGI. (29 DE OCTUBRE 2020). CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS EN MÉXICO DURANTE 2019. 11 DE DICIEMBRE 2020, de INEGI Sitio web: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSocio demo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
10. Perez S.A . (1999). EL SUICIDIO COMPORTAMIENTO Y PREVENCION . REV. CUBANA MED GEN INTEGR, 15(2), 196-217.
11. Amador Rivera Gonzalo H.. . (2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. Rev. Méd. La Paz , 21, 91-98. 14/09/2020, De http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es. Base de datos..
12. Mc Gough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in attention deficit hyperactivity disorder in adults. Am J Psychiatry 2004; 161: 1948-1956

13. Hernández, L. A. (2018). Relación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el intento de suicidio. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/20.500.12495/1841>.
14. Viktoria Simon, Pall Czobor, Sara Baint, Agnes Meszaros and Istvan Bitter. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 204-211. 29/09/2020, De <https://www.cambridge.org/core>. Base de datos.
15. Michael Phillips M. Ajdacic-Gross V., Carli V., Corcoran P., Crosby A., De Leo D., Gunnell D., Simon T., Wasserman D., Apter A., Beautrais A., Hadlaczky G., Berman A., Arensman E., Burrows S., Mishara B., Scott V., Silverman M, Takeshima T., Crosby A., Hawton K., Nordentoft M., . (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. 2020, de Organización Mundial de la Salud Sitio web:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1
16. WHO. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva, WHO, 2014. 14/09/2020, de WHO Sitio web: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
17. Hannah Ritchie, Max Roser and Esteban Ortiz-Ospina (2015) - "Suicide". *Published online at OurWorldInData.org*. Retrieved from:
'<https://ourworldindata.org/suicide>' [Online Resource
18. Laurencia Perales-Blum, Myrthala Juárez-Treviño, Jaime Treviño-Treviño, Mario Cáceres-Vargas. (2015). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como posible factor mediador para intento suicida en

niño de 10 años: Reporte de un caso. Rev Biomed, 26, 47-56. 14/09/2020,
De <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb152617.pdf> Base de datos.

19. García-Haro, Juan, García-Pascual, Henar, & González González, Marta. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38(134), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
20. Pedrero-Pérez EJ, Puerta-García C. (2007). El ASRS v.1.1. como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada.. 30 de Septiembre 2020, de Instituto de Adicciones. Ayuntamiento de Madrid. Sitio web: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=88>
21. Quintero, J.; Loro, M.; Jiménez, B.; García Campos, N.. (2011). Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico y a la comorbilidad. Rev. Arg. de Psiquiat., 22, 101-108.
22. Reyes Zamorano E, Cárdenas Godínez E, García Vargas K.L, Aguilar Orozco N, Vázquez Medina j, Díaz Flores A, Díaz Flore L.As, Jaimes Medrano A, Ortiz León S, Náfate López O, Gaspar Barba CE, Feria Aranda M. Fde la Peña Olvera Palacios Cruz L.. (2009). Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. SALUD MENTAL, 32, 343-350.

29/09/2020, De <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/medigraphic.cgi>

Base de datos.

23. Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide & life-threatening behavior*, 23(2), 139–145.
24. Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, 44(4), 499–505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6).
25. Conejero, I., Jaussent, I., Lopez, R. et al. Association of symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder and impulsive-aggression with severity of suicidal behavior in adult attempters. *Sci Rep* 9, 4593 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41598-019-41046-y>
26. Ramos-Quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol* 2012; 54 (Supl 1): S105-15.
27. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Deficit and Hyperact Disord*. 2010;2(4):241-255.
28. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM III-R. Ed. España: Masson, S.A.; 1988.
29. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. España: Masson; 1995.

30. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. España: Masson; 2002.
31. Asociación Psiquiátrica Mexicana, De la Peña Olvera FR. Psicopatología básica de niños y adolescentes. En: Trastorno por déficit atención con hiperactividad. Primera Edición. Ciudad de México: Ed. Hemisferio Izquierdo; 2015. p. 85-94.
32. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association Press; 2013. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>
33. Aida Miyagusuku-Chang , Javier E. Saavedra. (28/06/2018). Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la niñez sin sospecha actual del trastorno en Lima Metropolitana. Rev Neuropsiquiatr, 81, 73-81.
34. M. Impey, R. Heun. (2012). Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, 125, 93-102.
35. Laurencia Perales-Blum, Myrthala Juárez-Treviño, Jaime Treviño-Treviño, Mario Cáceres-Vargas. (2015). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) como posible factor mediador para intento suicida en niño de 10 años: Reporte de un caso. Revista Biomédica, 26, 47-56.
36. Montes-Almeida LG, Friederichsen-Alonso A, Olivia-Hernández A, Rodríguez-Carranza, y cols. Construcción, validez y fiabilidad de la escala de tamizaje "FASCT" para el trastorno por déficit de la atención en adultos (

- version autoaplicada y del observador) *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34: 231-238.
37. Mc Gough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1948-1956.
38. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35:978-87.
39. Hechtman LT. Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Can J Psychiatry*. 1996;41:350-60.
40. Barkley RA, Murphy KR. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*. Vol 2. New York: The Guilford Press; 2005.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58222304>.
41. Septier M, Stordeur C, Zhang J, Delorme R, Cortese S. Association between suicidal spectrum behaviors and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Aug;103:109-118. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.05.022. Epub 2019 May 24. PMID: 31129238.
42. Hernández-Bringas, Héctor Hiram, & Flores-Arenales, René. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69-101. Recuperado en 29 de mayo de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200004&lng=es&tlng=es.

43. I. Robles, E. Saavedra, D. Agüero. (2020). Propiedades psicométricas y métodos de medición de la escala de autoinforme Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adultos – tamizaje (ASRS- Tamizaje) en la población de Lima.. Rev. Neuropsiquiatría , 83(4), 217-227.
44. E. Torrico Linares, Vélez Morenoa, Villalba Ruiza, Fernández Calderónb, Hernández Corderoc, Ramírez López. (2012). TDAH en pacientes con adicción a sustancias: análisis de la prevalencia y de los problemas relacionados con el consumo en una muestra atendida en un servicio de tratamiento ambulatorio. 2021, de ELSEVIER Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tdah-pacientes-con-adiccion-sustancias-X1575097312573912>
45. Irastorza Eguskiza, M. Bellón, Mora. (2016). Comorbidity of personality disorders and attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Journal of Psychiatry and Mental Health, 11, 151-155.

Anexo 1: ASRS-V1.1

Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
<p>Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa al profesional para discutirla en la sesión de hoy.</p>	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?					
5. ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?					
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por falta de cuidado cuando está trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para mantener atención cuando está haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, aún cuando estén hablando con usted directamente?					
10. ¿Con qué frecuencia pierde o tiene dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. ¿Con qué frecuencia se distrae por ruidos o actividades a su alrededor?					
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debe permanecer sentado?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o nervioso?					
14. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse cuando tiene tiempo libre para dedicárselo a usted mismo?					
15. ¿Con qué frecuencia siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales?					
16. Cuando está en una conversación, ¿con qué frecuencia se descubre a sí terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para esperar su turno en situaciones en que debe de hacerlo?					
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?					

Anexo 2: Consentimiento informado para los participantes

FECHA: _____, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez .

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**REALIZACIÓN DE ESCALA DE IDEACION SUICIDA DE BECK Y DIVA 2.0
FORMAR PARTE DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION RELACION ENTRE EL
TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y RIESGO
SUICIDA.**

Yo _____ de _____ años de edad, he sido informado ampliamente por el Dr. Juan Luis Bazet Hernández , que la realización de dicha de la entrevista de tamizaje y diagnóstico, no generan ningún riesgo contra mi salud. De igual forma acepto que no habrá ninguna ganancia de tipo económico por mi colaboración, se me ha informado que los resultados de mis entrevistas serán utilizados para fines de investigación, mencionando que no se publicará ninguno de mis datos personales en el momento de la realización de dicho protocolo. Se me ha informado que la realización de dichas entrevistas no interfiera con abordaje y tratamiento, y que no habrá presencia de efectos adversos ante la realización de dichas escalas, de igual forma se me informó que puedo abandonar dicho protocolo en el momento que yo lo desee y quedará anulada del protocolo de investigación de manera inmediata. Acepto que los resultados que se extraigan de dicho protocolo puedan ser utilizados en publicaciones de fines médicos.

Acepto la realización de dicha entrevista el día: _____ la cual se realizará en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Nombre de quién obtiene el consentimiento informado:

DR JUAN LUIS BAZET HERNANDEZ

Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Testigo 1 Nombre: _____ Firma: _____

Testigo 2 Nombre: _____ Firma: _____

Anexo 3: Consentimiento informado para los participantes

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES.

I. Yo: _____ familiar del paciente _____ Declaro que se le ha informado a mi y a mi familiar que se nos propone participar en el proyecto de investigación con el fin de buscar una relación entre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad y conductas del espectro suicida en mi familiar .

II. Se me ha informado que se me aplicarán un cuestionario de antecedentes, uno de funcionalidad global.

III. Se me explicó los posibles riesgos de esta intervención y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Los resultados de estas mediciones ayudarán a saber si existe una relación entre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad y conductas del espectro suicida.

V. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VI. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida.

VII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio.

Nombre y firma de Consentimiento _____

Nombre y firma de Testigo 1 _____

Nombre y firma de Testigo 2 _____

Para cualquier duda o aclaración usted puede comunicarse con el doctor:

Dr.

Celular:

Correo electrónico:

Anexo 4: Carta de autorización l jefe de servicio

México, D.F. a ____ de ____ 20__

Dra. Miriam Estrada Martinez.
Jefa de División
Presente

Por este medio le solicito la autorización para realizar el protocolo de estudio relación del trastorno de déficit de atención con hiperactividad y conductas del espectro suicida en paciente de 18 a 59 años del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.El estudio consistirá en la aplicación de el Test autoreporte de síntomas de TDAH en el adulto ASRS V-1.1.. a fin de valorar la frecuencia de síntomas del déficit de atención con hiperactividad en pacientes con conductas del espectro suicida .

Agradezco su apoyo y aprovecho para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Juan Luis Bazet Hernández
Médico residente de segundo año



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Carta de Aceptación del Tutor

Ciudad de México a 14 de Septiembre del 2020

Dr. Rafael Salin Pascual
Jefe de la Dirección de Enseñanza
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
Presente

Yo Dr. Rodrigo Figueroa Vera con cedula profesional 7440690.
Acepto la tutoria academica y todo lo relacionado a la tesis para obtener el diploma de especialidad en psiquiatria denominada **Frecuencia de síntomas de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en pacientes de 18 a 59 años con conductas suicidas del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.** Desarrollada por el Dr. Juan Luis Bazet Hernández con cedula profesional 11128566 para obtener el titulo de especialista en Psiquiatría
Así mismo me comprometo a brindar todo mi apoyo y experiencia profesional para el desarrollo de esta tesis; Además de cumplir y hacer cumplir las normas y procedimientos vinculados a la elaboración de esta tesis, dispuestas por el Comité de Enseñanza e Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y estar presente en la sustentación de la misma en fecha y hora que establezca el comité de investigación.

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR

Dr. Rafael Salín-Pascual

Jefe de la Unidad de Investigación, Enseñanza y
Capacitación del Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Álvarez"

PRESENTE

Por este medio le informo que el Comité de Ética en Investigación se reunió en sesión ordinaria el día jueves 1º de octubre del año en curso, con la finalidad de evaluar y dictaminar el Protocolo de Investigación: Relación de síntomas de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en pacientes con conductas suicidas del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez siendo el investigador el C. Juan Luis Bazet Hernández

Del cual se derivaron las siguientes observaciones:

- Se solicita anotar correctamente el nombre de sus asesores
- El protocolo tiene múltiples faltas de ortografía, favor de corregirlas.
- Señalar el procedimiento a seguir en aquellos participantes en quienes encuentre el investigador un riesgo suicida alto.
- Consideraciones éticas
Hablar en futuro ya que la redacción de las consideraciones da entender que ya se realizó la investigación
- Consentimiento informado para participantes
Retirar títulos del investigador
Utilizar lenguaje sencillo no técnico.
- Consentimiento informado para familiares
Retirar la palabra declaro
Retirar títulos del investigador
Integrar los datos que faltan del investigador

Por consenso el Comité de Ética en Investigación da por **PENDIENTE DE APROBACIÓN** este protocolo.

Atentamente

Luis Manuel Sánchez García
Presidente del comité de Ética en investigación del
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

c.c.p. Mta. Janet Jiménez Genchi- Coordinadora y Secretaria del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

c.c.p. archivo

Agradecimientos:

La Universidad Westhill, junto con la Universidad Nacional Autónoma de México me dieron la bienvenida a esta hermosa carrera, en donde sin la enseñanza de todos mis maestros no hubiera sido posible llegar al lugar en donde me encuentro el día de hoy. Agradezco en especial a mis padres por su eterna dedicación comprensión y soporte en los momentos más difíciles de esta carrera,

agradezco a la Dra. Daniela Sánchez Barrera, quien siempre fue un fiel amiga y compañera de estudio y actualmente continua siendo un soporte fundamental en mi ejercer medico.

Agradezco profundamente a los Médicos residentes de mayor jerarquía quienes fueron mis maestros durante mis primeros años de psiquiatría y me dieron las pautas de una formación de excelencia dentro de la profesión, en especial al Dr. Alonso Marín, Dr. Miguel Portugal, Dr. Iván Leonor, Dra. Iveth Gaytán , Dr. Francisco Curiel, Dra Lorena Lopez

Agradezco a mi casa durante los ultimo cuatro años el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, que se volvió un segundo hogar, agradezco a todos los adscritos, pero de manera especial, al Dr. Francisco Luna, Dra. Rosa Maria Miranda, Dra. Merit Moran, Dra Socorro Gonzalez. Dr. Ricardo Mora, Dra. Juana Ramírez Rivas.. Maestra Jannet Jimenez Genchi, Dr. Rodrigo Figueroa,

Sin duda quiero agradecer a quien desde el primer día se volvió mi inspiración para llegar a donde me encuentro el día de hoy y para continuar en el arte de la psiquiatría, al Maestro el Dr López Munguía.

Agradezco al Dr. Luis Mendez y mi gran soporte el Dr. Alvar Colonia quien aparte de supervisarme en mi ejercer médico me permitió siempre estar al cien en mi profesión

Claro esta que nada de esto hubiera sido posible sin la excelencia que siempre destaco a la Guardia 2, quien durante mi año estuvo conformada por algunos de los mejores psiquiatras que e visto y sin duda se que cada uno de mis compañeros de guardia y de residencia harán un excelente trabajo en el área de la salud mental.

Llegar a este lugar no seria posible sin el trabajo de mis Rmenos que durante los dos últimos años han hecho un trabajo sobrehumano frente a las adversidades que nos puso la pandemia actual y realizaron una excelente labor como médicos psiquiatras poniendo en riesgo su vida por la del paciente.

Sin duda este agradecimiento quedaría vacio si no le agradeciera a los cientos de miles de pacientes que durante 4 años pusieron su vida y su enfermedad en nuestras manos buscando una mejoría en sus vida, permitiendo asi que el día de hoy yo pueda encontrarme aquí entregando mi tesis de especialidad.

Una vez escritas las anteriores palabras no me queda más que agradecerle a todos y cada uno de los que formaron parte de esta gran familia llamada Fray Bernardino Alvarez. Gracias.

