

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



TESIS:

Intento Suicida en Adolescentes Hospitalizadas en el Hospital
Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro: un análisis desde sus
motivaciones

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

María Dolores Ruelas Rangel

ASESOR METODOLÓGICO:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. E. Caraveo'.

Dra. María Elena Márquez Caraveo

ASESOR TEÓRICO:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina Hausmann-Stabile'.

Dra. Carolina Hausmann-Stabile

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2022



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:

María Dolores Ruelas Rangel

Correo electrónico: ruelasrangelmd@gmail.com

Nombre del Asesor (a) Metodológico:

Dra. María Elena Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: HPIJNN

Nombre del Asesor (a) Teórico:

Dr Carolina Hausmann-Stabile.

Correo electrónico: chausmanns@brynmawr.edu

Institución donde labora: Bryn Mawr College

RESUMEN

Se realizó un estudio de metodología mixta (cualitativa/cuantitativa), presentándose en este trabajo únicamente los datos cualitativos. El objetivo fue explorar los intentos de suicidio desde las motivaciones de 13 adolescentes hospitalizadas. La media de intentos de suicidio fue de 4.1, siendo el método más frecuente, la realización de cortes (69.23%), seguido de la ingesta intencional de sustancias vía oral (61.53%). El intento de suicidio en las participantes se caracterizó por la presencia sostenida de dolor psicológico, percepción de ser una carga y poca pertenencia al medio. Se recomienda impulsar la investigación de métodos mixtos que contribuya a la comprensión del intento de suicidio en adolescentes que viven en ambientes desfavorecidos.

Términos MeSH: Intento suicida, adolescentes, cualitativo

ÍNDICE

Índice general	Página
I. Introducción	5
II. Marco teórico	
1. Consideraciones preliminares sobre el suicidio	
1.1 Definición de suicidio	6
1.2 El suicidio como un problema de salud pública	6
1.3 Suicidio y género	7
1.4 Factores asociados a la conducta suicida en adolescentes	8
2. Aspectos neurobiológicos y psicológicos asociados a la conducta suicida	
2.1 Neurobiología de la conducta suicida	
2.1.1 Emociones y sentimientos	9
2.1.2 Motivación	10
2.1.3 Neuroquímica de la conducta suicida	10
3. Modelos teóricos explicativos del suicidio	
3.1 Teoría Interpersonal del Suicidio	11
3.2 Modelo Integrado Motivacional-Volitivo	12
3.3 La Teoría y Modelo Cultural de Suicidio	13
3.4 El constructo dolor psicológico: una aproximación a la conducta suicida	13
III. Planteamiento del problema	15
IV. Justificación	15
V. Objetivos	16
VI. Material y métodos	17
VII. Resultados	
1. Descripción del intento de suicidio en adolescentes hospitalizadas.	21
2. Dolor psicológico	23
3. La Teoría Interpersonal del Suicidio en un grupo de adolescentes hospitalizadas.	26
VIII. Conclusiones	32
IX. Limitaciones y Recomendaciones	32

X. Referencias	34
XI. Anexos	
1. Anexo 1	39
2. Anexo 2	40
3. Anexo 3	41
4. Anexo 4	42

INTRODUCCIÓN

La conciencia de la propia finitud y los pensamientos en torno a la muerte que de ella derivan son inherentes a la experiencia humana y aparecen desde tempranamente en la niñez. Sin embargo, estudiar los fenómenos relativos a la muerte no es observar un momento, sino conocer y comprender un proceso que se prolonga en el tiempo y que es dinámico, pues las actitudes frente a la muerte cambian según el sexo, las edades, las ideologías y los contextos culturales. En este sentido, las conductas suicidas deben ser analizadas en relación con el desarrollo, las características psicológicas del individuo, su ambiente familiar y la sociedad en la que vive.

En México, por ejemplo, cada vez más adolescentes eligen la muerte como respuesta ante situaciones que sobrepasan tanto sus habilidades para enfrentar y solucionar problemas, como sus herramientas adaptativas. Los registros epidemiológicos muestran que desde hace más de tres décadas la tasa anual de suicidio consumado en mexicanos menores de 19 años se ha incrementado a pesar de las estrategias de salud pública puestas en marcha. Parece entonces que tanto los modelos explicativos conocidos, como los programas de prevención implementados siguen siendo insuficientes y que es indispensable ampliar el cuerpo de conocimientos en torno a las conductas suicidas en adolescentes.

MARCO TEÓRICO

1. Consideraciones preliminares sobre el suicidio

1.1 Definición de suicidio

El suicidio es un acto de carácter volitivo de renuncia a la existencia en el que la propia víctima, teniendo entero conocimiento del desenlace, acaba con su vida. Para Esquirol, el suicidio es un proceso complejo que; “sigue una serie y tiene diversas presentaciones”¹ .

El suicidio es un fenómeno lleno de matices, por lo que ha resultado difícil unificar la terminología. Tradicionalmente, las conductas suicidas se han clasificado como ideación suicida, planeación suicida e intento suicida. Se entiende por ideación suicida, a todo pensamiento y consideración de realizar una acción para acabar con la propia vida. El Diccionario de Inglés de Oxford agrega que la ideación requiere concebir e imaginar, es decir, tener representaciones visuales asociadas al pensamiento de muerte. La planeación suicida hace referencia a la estructuración de una estrategia y método específico a través del cual alcanzar este propósito. Ideación y planeación están íntimamente relacionados y no existe una clara demarcación entre los dos conceptos, por lo que sigue siendo tema de debate su utilización por separado². Finalmente, por intento suicida se nombra aquellas acciones autodirigidas y potencialmente dañinas, que se llevan a cabo con la intención de morir, incluso si el comportamiento no resultó en una lesión^{3,4}.

1.2 El suicidio como un problema de salud pública

El suicidio representa un problema de salud pública mundial, se observa que ya en 2012, hace casi una década, el suicidio representaba 1.4% de todas las muertes, lo que representa más de un millón de suicidios o visto de otra forma, casi la mitad de las muertes violentas en varones y más del 70% en el caso de las mujeres correspondieron a suicidios.⁵ En el año 2017 el suicidio se clasificó como la segunda causa principal de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años al dar cuenta del

8.5% de ellas, con una tasa de mortalidad de 6.7 por 100 000 habitantes para mujeres y 14.1 para hombres⁶.

En México las tasas de suicidio han mantenido una evolución al alza durante más de 40 años, principalmente entre las personas jóvenes. Dávila-Cervantes et al, mencionan que la tasa de mortalidad a nivel nacional se quintuplicó de 1,13 suicidios en 1970 a 5.31 en 2015. En la Ciudad de México, el grupo de edad de 10 a 19 años tuvo un incremento de 2 suicidios por cada 100 000 adolescentes en 1990 a 4.56⁷. Además, se estima que por cada suicidio consumado se llevan a cabo entre 10 y 20 intentos más. Estos últimos, aun cuando no son consumados, conllevan una gran carga social y económica debido al uso de los servicios de salud para el manejo de las lesiones, el impacto psicológico y en ocasiones la generación de discapacidad a largo plazo. Borges y colaboradores (2010) reportan que 11.5% de los adolescentes mexicanos han tenido ideación suicida y 3.1% han llevado a cabo por lo menos un intento⁸. En un estudio longitudinal de seguimiento a ocho años realizado por Benjet y cols. (2018), se reportó una incidencia de ideación, plan e intento suicida del 13.3%, 4.8% y 5.9%, respectivamente ⁹.

1.3 Suicidio y género

En México, los registros de salud reportan que las mujeres realizan más intentos de suicidio que los hombres, sin embargo, la mortalidad por esta causa es mayor en los varones. Derivado de esta observación se ha propuesto el constructo de *la paradoja de género*, que considera al fenómeno antes citado un resultado de las expectativas culturales que existen alrededor del género y del suicidio. De acuerdo con esta teoría, una vez que aparecen los pensamientos de muerte y la ideación suicida, la persona actuará de acuerdo con lo que considere culturalmente aceptable y esperable para su género. En poblaciones occidentales el suicidio consumado es menos aceptado en mujeres, pero los intentos de suicidio son considerados más legítimamente femeninos. Además, las concepciones tradicionales en torno a la masculinidad describen al hombre con más niveles de agresión y preferencia por métodos violentos, resultando en una mayor probabilidad de consumir el acto. También se explica que los hombres suelen buscar menos

apoyo social y ayuda específica para sus problemas que las mujeres ¹⁰.

En las mujeres el riesgo suicida aumenta durante la pubertad al igual que las tasas de trastornos afectivos. Saunders y cols. (2016) señalan que la iniciación de la menstruación es el momento en el que las diferencias de género en las tasas de trastornos afectivos y conductas suicidas comienzan a presentarse¹¹. La tasa más alta de intentos suicidas aparece en la adolescencia temprana en las mujeres con una diferencia de cerca de tres años respecto a los hombres¹². Vargas y su equipo también reportan que los niveles altos de progesterona aumentan el riesgo suicida en mujeres adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos hormonales¹³.

1.4 Factores asociados a la conducta suicida en adolescentes

El suicidio es poco común en los primeros años de vida, sin embargo, a partir de la adolescencia la tasa de mortalidad asociada al mismo se incrementa, posiblemente porque en esta etapa se adquiere una mayor capacidad de planear y, por ende, de ejecutar un intento suicida de alta letalidad, además de que aumenta también la prevalencia de trastornos afectivos y por consumo de sustancias.

El intento de suicidio es el principal factor de riesgo para suicidio, de hecho, se reporta que entre 25 y 30% de los suicidios fueron precedidos en el año anterior por un intento y aproximadamente el 16% de quienes han realizado un intento no fatal volverán a intentarlo al cabo de un año, mientras que entre el 0,5 y 2% lo consumarán en ese periodo de tiempo ¹⁴.

La presencia de un trastorno psiquiátrico también está íntimamente ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos y 20 a 25% por personas con trastorno por consumo de alcohol. Los padecimientos mentales generalmente interfieren con la capacidad para resolver problemas, se acompañan de una baja auto estima y generan sentimientos de rechazo en la familia y entorno social de quien los padece¹⁵.

Así mismo, Handley y cols. (2019) reportan que la exposición sostenida a violencia se relaciona con el riesgo suicida, principalmente en mujeres. Estos hallazgos incluyen, por un lado, al acoso escolar, con una prevalencia internacional del 9% al 54% y por el otro, al maltrato infantil que se define como una serie de 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 adolescentes¹⁶. También se reporta que la pobreza 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, de ahí la importancia de esta variable en las explicaciones de la conducta suicida adolescente^{17,18}.

2 Aspectos neurobiológicos y psicológicos asociados a la conducta suicida

2.1 Neurobiología de la conducta suicida

2.1.1 Emociones y sentimientos

De acuerdo con Kandel y cols. (2013), el término emoción hace referencia al conjunto de respuestas fisiológicas que ocurren cuando el cerebro detecta una situación desafiante, mientras que sentimiento hace referencia a la experiencia consciente que puede (o no) acompañar a dichas respuestas corporales¹⁹.

Tanto emoción como sentimiento juegan un papel central en la supervivencia del hombre, puesto que a ellos debe en gran medida su habilidad para identificar de forma rápida y eficiente señales de peligro o recompensa, así como la selección y puesta en marcha de la respuesta más apropiada. En este sentido, existen estímulos emocionalmente competentes innatos como el dolor, y estímulos que por asociación van adquiriendo su competencia emocional²⁰.

En términos generales, la percepción de las emociones esta mediada principalmente por la amígdala y la ínsula, y tiene lugar de la siguiente manera;

1. El sistema ventral (amígdala, ínsula, el giro cingulado anterior y corteza prefrontal), evalúa la competencia emocional del estímulo, y produce un estado emocional que se caracteriza por la activación del sistema autonómico, neuro endócrino y somato motor.

2. El sistema dorsal (hipocampo, regiones dorsales del giro cingulado anterior y corteza prefrontal), pone en marcha las funciones ejecutivas como; atención selectiva, planeación, y regulación del estado emocional.

Anomalías en el funcionamiento de uno o ambos de estos dos sistemas neurales pueden, por lo tanto, estar asociadas con anomalías en el comportamiento y regulación emocional y dar como resultado la generación de sintomatología psiquiátrica ²¹.

2.1.2 Motivación

La motivación es aquello que impulsa, dirige o sostiene una conducta/acción, y que puede depender tanto de factores internos como externos. La motivación interna, también conocida como motivación intrínseca, sucede cuando las personas actúan espontáneamente por interés propio, por lo que, en muchas ocasiones, genera sensación de satisfacción, libertad, autonomía, eficiencia, capacidad, afinidad y/o agrado; por eso, dicha motivación se asocia con la persistencia en una tarea y con el bienestar psicológico general de cualquier individuo. Por otro lado, la motivación externa o extrínseca se relaciona con el interés que despiertan los incentivos, recompensas o con secuencias que ocurren en el ambiente, los cuales tienen diversas naturalezas (premios, beneficios, afecto, privilegios, reconocimiento, entre otros) ²².

Desde el punto de vista neurobiológico, la proyección dopaminérgica desde el área tegmental ventral al núcleo accumbens, influye en el comportamiento dirigido a un objetivo. Todas las drogas de abuso aumentan la transmisión dopaminérgica sináptica en esta vía. La dopamina facilita el funcionamiento celular y mecanismos moleculares del aprendizaje y la memoria. De este modo los recuerdos del consumo previo de drogas pueden precipitar las recaídas a la búsqueda de drogas a pesar de las desastrosas consecuencias que podría traer un retorno al consumo de drogas ²³.

2.1.3 Neuroquímica de la conducta suicida

A nivel neuroquímico, se ha relacionado la conducta suicida con cambios en los

sistemas dopaminérgico, serotoninérgico y noradrenérgico. Los hallazgos publicados al momento muestran una disminución en el volumen de materia gris del estriado dorsal, así como un desequilibrio entre las concentraciones de D1 y D2 en esta misma región. Además, existe evidencia de que el transportador de serotonina SERT tiene un papel crítico en el suicidio. Imágenes de Tomografía por Emisión de Positrones (PET) de individuos con depresión e intentos de suicidio presentan una baja concentración de SERT y aumento del receptor de serotonina 1A en el núcleo del rafe. Incluso, se ha demostrado que el polimorfismo 5-HTTLPR predice un riesgo tres veces más alto de suicidio independientemente de la edad y el sexo. Finalmente, la desregulación noradrenérgica también se ha relacionado con la fisiopatología del suicidio de acuerdo con la hipótesis de las monoaminas.

Por otro lado, se ha propuesto una teoría de desregulación psiconeuroinmunológica según la cual, las citocinas representan un marcador de riesgo para el suicidio. En estudios post mortem de tejido cerebral de adolescentes con conducta suicida se ha encontrado un incremento de las concentraciones de marcadores de inflamación como; RNAm, IL 1B, IL6 y TNFalfa en el área 10 de Brodmann.

Finalmente, en los estudios de neuroimagen, se ha encontrado una disminución del volumen de la corteza prefrontal (dorsal y ventral), la corteza cingulada y del giro temporal superior y medio en pacientes con intentos de suicidio de alta letalidad ²⁴.

3. Modelos teóricos explicativos del suicidio

3.1 Teoría Interpersonal del Suicidio

La teoría psicológica interpersonal del suicidio propuesta por Joiner y su equipo, busca explicar cómo aparece el deseo de la propia muerte en un ser que teóricamente está diseñado para buscar su supervivencia en cualquier circunstancia. De acuerdo con esta teoría, el comportamiento suicida es el resultante de la interacción de los siguientes factores inter e intrapersonales; la percepción de ser una carga para los demás y un sentimiento de no pertenencia al grupo social, los cuales dan lugar a un estado psíquico en el que disminuye el miedo a la muerte ²⁵. Esta reducción del miedo a la muerte y la tolerancia al dolor son los

principales componentes de la capacidad para el suicidio, constructo para que una persona con ideación suicida realice el acto, aún en contra del instinto de autoconservación ²⁶.

Los constructos que conforman la teoría de Joiner, han sido ampliamente probados desde su postulación y la mayor parte de los estudios parecen apoyar su validez. Además, el modelo se ha utilizado para evaluar la conducta suicida en adolescentes latinas. Por ejemplo, Gulbas y cols (2019) trabajaron con un grupo de 30 adolescentes latinas que habían llevado a cabo un intento de suicidio, con el objetivo de evaluar la aplicabilidad y valor como modelo explicativo de la teoría interpersonal del suicidio. Los autores reportan que identificaron en 20 de las 30 participantes los conceptos centrales del modelo a estudiar; percepción de ser una carga (“perceived burdensomeness”), percepción de no pertenencia (“thwarted belongingness”) y la capacidad adquirida para el suicidio (“acquired capability for suicide”), mientras que el resto de las adolescentes narraron experiencias subjetivas que no encajaban con ellos ²⁷.

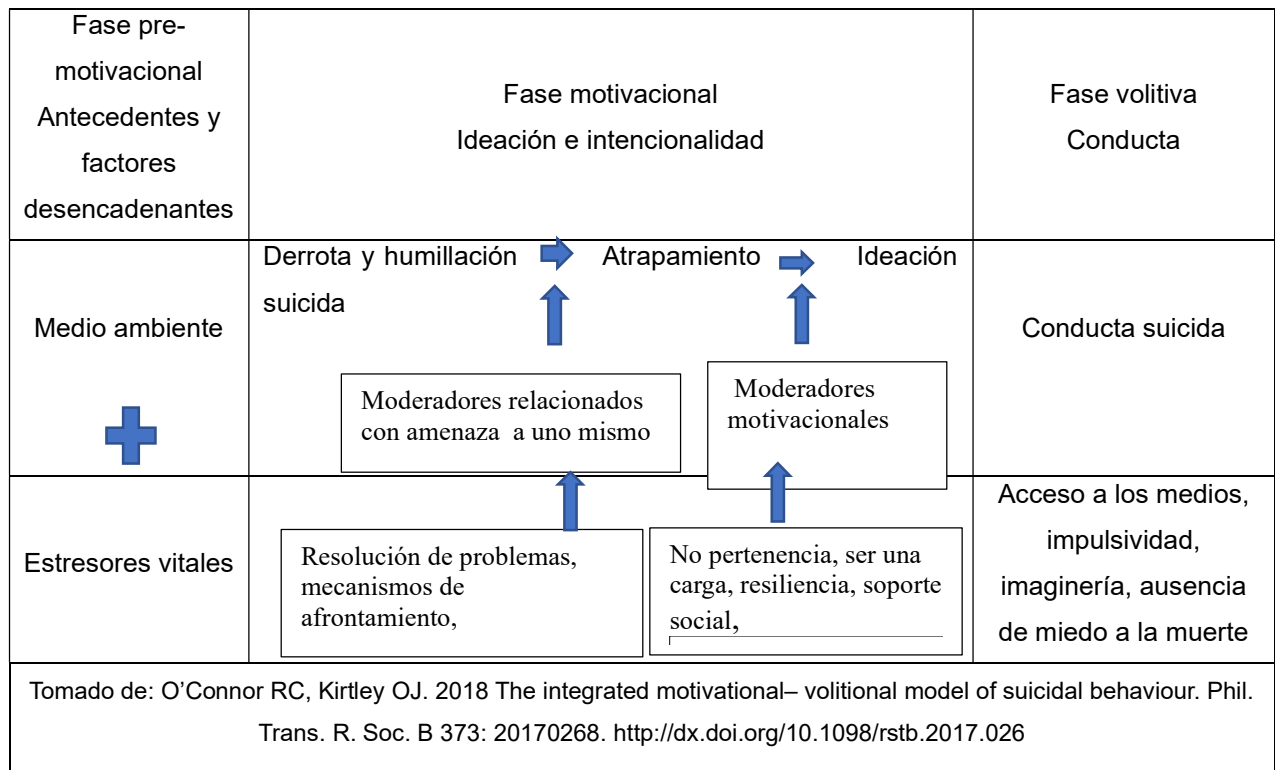
3.2 Modelo Integrado Motivacional-Volitivo

O’Connor y su equipo, propusieron un modelo integrado motivacional – volitivo, que desglosa en tres fases el fenómeno de la conducta suicida;

- Fase pre motivacional: contexto biopsicosocial en el que es susceptible de aparecer la conducta suicida como el tener factores de vulnerabilidad y eventos adversos a edades tempranas.
- Fase motivacional: factores que promueven la aparición de la ideación suicida
- Fase volitiva: factores que determinan la transición o el pasaje de la ideación suicida al intento de suicidio o suicidio consumado.

Este modelo se centra en los procesos psicológicos que conducen a la aparición de la ideación y la intencionalidad suicida, y postula que las sensaciones de derrota e incapacidad de ver una salida son los más cercanos predictores de conducta suicida ²⁸.

Figura 1. Modelo Integrado Motivacional-Volitivo



3.3 La Teoría y Modelo Cultural de Suicidio

Joyce y su equipo propusieron en 2010 un modelo cultural del suicidio, del que emergen tres principios básicos; la cultura afecta los tipos de factores estresantes y fortalezas que conducen a la conducta suicida; los significados culturales asociados con los factores estresantes y el suicidio afectan el desarrollo de las tendencias suicidas, el umbral de tolerancia al dolor psicológico y los actos suicidas posteriores; y la cultura afecta cómo se expresan pensamientos y planes suicidas ²⁹.

3.4 El constructo dolor psicológico: una aproximación a la conducta suicida. Ordóñez y cols, (2019) definen el dolor psicológico como un estado mental intolerable y perturbador caracterizado por una experiencia interna de emociones negativas como son; vergüenza, angustia, culpa, humillación, soledad y miedo. Es un estado difícil de mantener a largo plazo, a pesar de que requiere un tiempo para su resolución y es el estímulo común del suicidio. De acuerdo con esta postura, el suicidio se entiende como el medio para conseguir el cese de la conciencia

dolorosa.

El dolor psicológico es un elemento central en los modelos actuales sobre el comportamiento suicida e incluso se ha desarrollado una *Escala de dolor psicológico* con la finalidad de predecir con mayor grado de certeza el riesgo de suicidio³⁰.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS afirma que el suicidio no solo es un grave problema de salud pública que afecta todas las regiones del mundo, sino también uno que es prevenible mediante intervenciones oportunas de forma que planteó en 2013 una meta de reducción del 10% en la tasa de suicidios para el 2020 ³¹. No obstante, en México lejos de haberse alcanzado dicha meta las tasas de suicidio se triplicaron y en las mujeres la mayoría de los suicidios se concentró entre los 15 y 19 años. De acuerdo con estos datos, los programas de prevención y manejo de pacientes con riesgo suicida están resultando insuficientes, principalmente para las adolescentes mexicanas. Los factores de riesgo identificados en la investigación del comportamiento suicida en adolescentes en México son el ser mujer, tener menos de 16 años, vivir en un ambiente familiar desfavorable, tener una mala comunicación con los padres, tener baja auto estima y padecer una enfermedad mental. No obstante, de acuerdo con Franklin (2016), estos factores por sí solos no son suficientes para predecir la conducta suicida futura, de ahí la importancia de avanzar en la investigación multimétodo (cuantitativa/ cualitativa)³². En México, no se han realizado aproximaciones al fenómeno del intento de suicidio desde la investigación cualitativa; de ahí la importancia de analizar las narrativas de las adolescentes, de forma que puedan describirse, sus experiencias subjetivas y sus motivaciones, con el objetivo de plantear más adelante, modelos explicativos que tengan un mayor valor predictivo frente al riesgo de suicidio.

Se plantea entonces la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué motivaciones llevaron a las adolescentes atendidas en el HPIJNN a realizar un intento suicida?

JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida en adolescentes mujeres debe ser una prioridad para las instituciones e investigadores en salud mental. En México el 6.37% de las adolescentes entre 14 y 19 años reporta haber tenido por lo menos un intento suicida, esto es particularmente preocupante si se tiene en cuenta que un intento

de suicidio es uno de los más importantes predeterminantes de un suicidio consumado ³³. Aproximadamente el 16% de quienes han realizado un intento no fatal volverán a intentarlo al cabo de un año, y entre el 0,5 y 2% consumarán el suicidio en ese tiempo. En este mismo sentido Bostwick informó que el 2,3% de los supervivientes a uno o más intentos se suicidaron en el primer año después del primer intento ³⁴.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, los datos epidemiológicos colocan a los intentos de suicidio y las lesiones intencionalmente autoinfligidas en el quinto diagnóstico más frecuente en pacientes hospitalizadas, a pesar de que muchos casos no se contabilizan debido a que el evento autolítico no se registra como primer diagnóstico. En los últimos ocho años, la institución ha brindado atención intrahospitalaria a más de 700 adolescentes con intento suicida, a pesar de lo cual, no existen hasta el momento estudios que hayan analizado el fenómeno desde la perspectiva de las adolescentes. Es prioritario comprender los intentos de suicidio considerando el contexto cultural, social y familiar desde las vivencias y motivaciones de las pacientes con el propósito de diseñar programas efectivos de prevención e intervención temprana.

OBJETIVOS

Objetivo general

Explorar los intentos de suicidio desde las motivaciones de las adolescentes hospitalizadas.

Objetivos específicos

1. Descripción del intento suicida en adolescentes hospitalizadas
2. Dolor psicológico e intento suicida en adolescentes hospitalizadas
3. Constructos psicológicos de Joiner presentes en adolescentes hospitalizadas

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

Se realizó un estudio de métodos mixtos, de tipo transversal, con adolescentes mujeres que recibieron atención psiquiátrica a raíz de un intento de suicidio en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro, titulado; Procesos Socioculturales, Evolutivos y Dinámicas familiares en las adolescentes con intento suicida en México.

Muestra

Se utilizó un muestreo intencional por conveniencia, reclutando deliberadamente a adolescentes que habían llevado a cabo un intento de suicidio. Este tipo de muestreo permite la selección de casos ricos en información que facilitan un análisis profundo. Se incluyeron 13 adolescentes mujeres atendidas en el servicio de hospitalización del HPIJNN que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Tener entre 13 a 17 años.
- Sexo mujer.
- Haber vivido con un padre y/o guardián legal por lo menos durante los últimos doce meses.
- 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 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

Criterios de eliminación

- Adolescentes que deseen retirar su consentimiento para participar en el estudio
- Entrevistas que no sean susceptibles de ser transcritas por la calidad del audio.

Variables

Dependiente

- Intento de suicidio: se define como el acto destructivo no fatal auto infligido con la intención implícita o explícita de causar la muerte. Esta condición se describirá a través del discurso de las adolescentes. 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 (internos) en el momento de su enrolamiento.

Independientes

- Motivación para el intento de suicidio: se define como aquello que impulsa y dirige el acto de realizar un intento de suicidio. No será medido, sino descrito a través de los discursos de las adolescentes.
- Sentimientos: se refiere a la experiencia consciente que acompaña las distintas respuestas fisiológicas que ocurren ante una situación desafiante y que acompañan al intento de suicidio.

Procedimiento

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. Posteriormente se transcribieron las entrevistas inextenso y se realizó el análisis temático de las mismas con el objetivo de contrastarlo con la literatura publicada.

Cronograma

Se anticipó completar este proyecto en mayo de 2022. 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 como se muestra en la Tabla 1

Tabla 1. Cronograma de actividades

		Jun 2021	Jul 2021	Ago 2021	Sep 2021	Oct 2021	Nov 2021	Dic 2021	Ene 2022	Feb 2022	Mar 2022
Investigación documental	Revisión de la literatura	X	X	X							
	Fundamentación teórica				X	X	X				
Resultados	Análisis de datos							X	X	X	
	Redacción de reporte									X	X

Instrumentos de medición

Entrevista e investigación

Todas las participantes fueron entrevistadas en profundidad, el diseño de la entrevista de investigación se basó en un modelo utilizado con adolescentes suicidas (Zayas, 2011) y se organizó de acuerdo a los temas a indagar, con el objetivo de incentivar a la joven a reflexionar espontáneamente sobre su intento de suicidio y sus motivaciones asociadas al mismo ³⁵.

La entrevista profunda empezó solicitando una descripción del intento de suicidio más reciente, para posteriormente explorar intentos de suicidio previos cuando fueron reportados. Así mismo, se indagó acerca de las experiencias de las

adolescentes en su contexto familiar, con pares y con la comunidad en relación con los intentos de suicidio.

Análisis de datos

Las entrevistas cualitativas fueron grabadas, transcritas in extenso e importadas a Dedoose Versión 8 para su análisis. Dedoose es un software en línea para el estudio de datos cualitativos. Se creó un sistema de códigos de los datos, combinando enfoques inductivos y deductivos que permitieran tener una relación recíproca entre el conocimiento existente en la temática de interés y el análisis de los datos. Los códigos de interés fueron derivados de la literatura acerca de conductas suicidas en adolescentes, así como de los datos obtenidos para este estudio.

Se utilizó el método de análisis temático, mismo que se llevó a cabo en dos pasos; primero la codificación de los datos y segundo el desarrollo y análisis de las matrices de los datos codificados.

Se generaron tres categorías emergentes con sus respectivos códigos de interés para la temática del estudio, mismos que se presentan y describen en la presentación de resultados y discusión.

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, la ley general de salud y en la norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, y debido a que esta investigación se consideró como investigación sin riesgo debido a que se empleó el registro de datos a través de la realización de procedimientos no invasivos como la aplicación de escalas durante entrevistas médicas, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

d) Prevalencia de la seguridad de los beneficiarios considerando que la información se recabó a través de la aplicación de cuestionarios y entrevistas que no suponen un riesgo para la integridad física o psicológica del paciente.

e) Contó con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante.

f) Fue realizado por médicos de la especialidad en psiquiatría, quienes cuentan con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro quien cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.

g) Se llevó a cabo tras obtener la autorización: del HPIJNN, Consentimiento Informado y asentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto original y actual por parte del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro. (Anexos 1 a 4)

El riesgo al que los pacientes estuvieron sometidos al estar en este estudio, según el Artículo 17 de la Ley general de Salud, está catalogado como Riesgo mínimo, debido a que únicamente se aplicarán entrevistas clínicas y cuestionarios.

RESULTADOS

Se entrevistaron 13 adolescentes mujeres entre 13 y 17 años ($x=15.15$). En promedio, las participantes habían completado 9.85 años de educación (DE 2.37). El 75% de las jóvenes estaba viviendo en una familia nuclear, 30.76% con ambos padres, 46.15% con la madre y 15.38% con el padre. Con respecto a las creencias religiosas, el 50% de las participantes se identificó como católica y una tercera parte dijo no tener ninguna religión. El 92.3% de las pacientes eran estudiantes y solo una de ellas no se encontraba escolarizada y se dedicaba al hogar.

Intentos de suicidio

Las participantes presentaron una media de 4.17 intentos de suicidio, con un rango de uno a diez. Los métodos empleados en el último intento se dividieron en único (46.15%) o combinado (53.84%), siendo el más frecuente la realización de cortes (69.23%), seguido de la ingesta intencional de sustancias vía oral (61.53%). Respecto al sitio de ocurrencia se identificaron dos; el domicilio familiar (92.30%) y la escuela (7.69%), siendo el baño la habitación más utilizada, lo que se relaciona con el hecho de que uno de los medios más empleados haya sido la navaja de un

rastrillo. Todas las participantes reportaron que había alguien relativamente cerca al momento de realizar la conducta suicida, no obstante, únicamente 15.3% comunicó a un familiar o amigo lo ocurrido, pero únicamente después de haberlo realizado. Finalmente cabe mencionar que 15.3% de las adolescentes se encontraba en estado de intoxicación por alcohol cuando decidieron y llevaron a cabo el intento suicida.

Tabla 2.

Descripción de los intentos de suicidio en adolescentes hospitalizadas (N=13)

Característica	N	%
Número de intentos		
• >3 Intentos	7	53.84
• <3 Intentos	6	46.15
Último intento		
• Único	6	46.15
• Combinado	7	53.84
Método		
• Cortes	9	69.23
• Ingesta de sustancias	8	61
• Estrangulación, sofocación, colgarse	3	23.07
• Saltar- lanzarse de un edificio	1	7.69
Lugar de ocurrencia		
• Casa	12	92.30
• Escuela	1	7.69
Aviso		
• Si	2	15.38
• No	11	84.61
Consumo de alcohol		
• Si	2	15.38
• No	11	84.61

De las descripciones relativas al acto llevado a cabo por las adolescentes con el objetivo de quitarse la vida, se integraron tres códigos para describir las sensaciones físicas, emocionales y los pensamientos que les acompañaron, antes y durante el intento de suicidio. A continuación, se presentan dichos códigos ilustrados con las palabras de las adolescentes.

Tabla 3. Intentos de suicidio: códigos, frecuencia y cita ilustrativa.

Categoría: Intentos de suicidio		
Esta categoría agrupa las descripciones relativas al acto llevado a cabo por las adolescentes con el objetivo de quitarse la vida, así como las sensaciones físicas, emocionales y los pensamientos que les acompañaron, antes y durante el intento de suicidio.		
Código	Definición	Cita Ilustrativa
Intento de suicidio (n= 11)	Este código describe donde se encontraba la adolescente y qué se encontraba haciendo cuando llevó a cabo el intento. Es la descripción del momento en el que la participante realizó el intento, sus sensaciones corporales, sus pensamientos y el grado de conciencia que tenía acerca de lo que estaba a punto de ocurrirle. Las adolescentes describieron haber presentado llanto, sensación de no poder respirar, un impulso intenso	“yo pues agarré la misma navaja y me corté, y me corté. Cuando me di cuenta estaba en el piso y mis papás se estaban despertando.”(Participante 11) “agarré mi rastrillo, lo rompí, y me pues me hice cortadas, iba llorando, iba este pues, iba casi casi gritando en mi interior hasta que caí al suelo y me dormí por un momento” (Participante 4)
Disociación durante el intento de suicidio (n= 2)	Desconexión súbita entre la cognición y las emociones de las adolescentes durante el intento de suicidio, las adolescentes describieron sentirse entumecidas, sin poder recordar eventos importantes e incluso sin poder sentir nada.	“no sentía, no sentía ningún dolor ni nada, y entonces me empecé a poner muy ansiosa y empecé a buscar pastillas” (Participante 6)
Pensamientos y emociones en torno al intento (n=13)	Este código hace referencia a las descripciones de lo que las adolescentes estaban pensando y sintiendo antes del intento de suicidio, lo que estaba ocurriendo justo antes del incidente y qué detonó la acción, así como que tan cerca o no estaba de familiares u otras personas. “Entonces pues hubo una pelea muy fuerte y todo, eh, porque pues por todo eso. porque pues mi madre como que se interesaba más porque yo entregara una tarea que por mi salud” (Participante 4)	“estaba en mi cuarto, estaba sola, estaba escribiendo en una libreta sobre mis sentimientos de cómo me sentía, que me sentía sola, que no quería a nadie, quería destrozar a las personas porque realmente a las personas me hacían daño entonces pues no quería quería (incomprensible) gritar, quería saltar pero no pude” (Participante 11)

Dolor psicológico asociado al intento de suicidio

Las adolescentes que participaron en el estudio realizaron una descripción de los estados afectivos que experimentaron durante el intento de suicidio. En sus narraciones, las entrevistadas refirieron haber experimentado **tristeza** (38.7%); “empecé a llorar, todo el día me lo pasaba en pijama, yo no tenía ganas de comer, yo no, yo estaba muy mal, yo me la pasaba durmiendo, no hacía tareas”. (Participante 10). Además, sintieron **enojo** (30.7%); “Estaba enojada con mi familia, estaba enojada conmigo porque intentaba hacer las cosas bien y no me salían entonces me desesperaba muy rápido. Me enojaba” (Participante 11), y **nerviosismo** (30.7%); “No sé, creo que sentía miedo, como que quería negarlo, por eso no contestaba” (Participante 07). Así mismo, 30.7% de las adolescentes dijeron haber experimentado **confusión** por la presencia de dos o más emociones contradictorias al mismo tiempo y una desconexión súbita entre su cognición y sus emociones al momento de llevar a cabo el intento; “no sentía, no sentía ningún dolor ni nada” (Participante 6) y “Estaba llorando, llorando muchísimo, y después de eso no sé, no sé qué pasó. Solamente ya no me acuerdo de nada” (Participante 2).

Con menor frecuencia se identificaron sentimientos de **culpa** (23%); “Este me sentía muy culpable, aparte me hacían, me hacían culpable de muchas cosas” (Participante 10), **miedo** (23%) descrito como; “No sé, creo que sentía miedo, como que quería negarlo, (inaudible) por eso no contestaba” (Participante 07) y un fenómeno de **disociación** (23%) o dicho en las palabras de una de las menores; “Estaba en casa de mi tía. Estaba llorando, llorando muchísimo, y después de eso no sé si me quedé dormida o me desmayé o quedé inconsciente, no sé qué pasó. Solamente ya no me acuerdo de nada” (Participante 2).

Finalmente, únicamente el 15% de las adolescentes dijeron haber cursado con **frustración y vergüenza**; “Porque yo le contaba que no me gustaba mi vida. Porque todos me hacían raro, y fue y le dijo casi a toda la escuela, le dijo. Y pues me dejó en ridículo a mí. Y a mí que, qué vergüenza. Y eso no son los amigos. Los amigos no hablan mal de tí” (Participante 9).

En la siguiente tabla se presentan las descripciones de los códigos pertenecientes a la categoría dolor psicológico.

Tabla 4. Dolor psicológico: Códigos, frecuencia y cita ilustrativa.

Categoría: Dolor psicológico		
Esta categoría agrupa los diferentes estados afectivos desagradables experimentados por las adolescentes antes o durante el intento de suicidio.		
Código	Definición operacional	Cita Ilustrativa
Enojo (n=4)	Se incluyen en este código las descripciones de las adolescentes en las que refieren sentir enojo, las razones que lo propician así como acciones y pensamientos agresivos.	“Fueron estas heridas. Eh, yo ahí no pensé nada. De hecho ni siquiera me dí cuenta cuando me las hice porque estaba enojada. Estaba enojada con mi familia, estaba enojada conmigo porque intentaba hacer las cosas bien y no me salían entonces me desesperaba muy rápido. Me enojaba. Eh, le pegaba a todo lo que estuviera a mi alrededor y a todo lo que estaba enfrente de mi” (Participante 11)
Ansiedad y nerviosismo (n=4)	Descripciones de las adolescentes de sentir ansiedad, nerviosismo, angustia, aprensión o preocupación, así como lo que la hace sentir así.	“Agarré mis cosas y me salí. Normalmente siempre tiendo a salirme de los lugares, yo me siento encerrada, como que me enojo y me siento encerrada, siento ansiedad, entonces necesito salirme. Y me salí. Pero eran como 4 y media de la mañana. Entonces me acuerdo que me senté en la esquina y me puse a llorar” (Participante 3)
Confusión (n=4)	Expresión de conflicto interno, la presencia de dos o mas sentimientos o emociones contradictorias al mismo tiempo.	“ya o sea estaba como muy confundida y muy enojada porque no sabía por qué mis papás no podían aceptarme tal cual era, por qué no pueden aceptar que yo no soy de dieces, por qué no pueden aceptar que yo no, no tengo una excelente conducta, o sea soy problemática pero pues soy su hija” (Participante 6)
Vergüenza (n=2)	Cualquier texto que se refiera a que la adolescente se siente avergonzada, así como lo que la hace sentir así.	“Porque yo le contaba que no me gustaba mi vida. Porque todos me hacían raro, y fue y le dijo casi a toda la escuela, le dijo. Y pues me dejó en ridículo a mí. Y a mí que, qué vergüenza. Y eso no son los amigos. Los amigos no hablan mal de ti” (Participante 9)
Miedo y preocupación (n=3)	Cualquier texto que se refiera a que la adolescente se siente temerosa, preocupada, así como lo que la hace sentir así.	“No sé, creo que sentía miedo, como que quería negarlo, (inaudible) por eso no contestaba” (Participante 07)
Frustración (n=2)	Descripción de las adolescentes de insatisfacción, derrota,	“recuerdo que ella para molestarme me subió el short y se me veían todas las cortadas y todos los entrenadores, los papás que estaban ahí en sí el comité olímpico me vieron como una depresiva. Y pues me sentí muy mal porque eso era muy privado” (Participante 6)
Disociación (n=3)	Experiencia de desconexión o separación repentina entre las cogniciones y emociones de las	“Estaba en casa de mi tía. Estaba llorando, llorando muchísimo, y después de eso no sé si me quedé dormida o me desmayé o quedé inconsciente, no sé qué pasó. Solamente ya no me acuerdo de nada

	adolescentes. Por ejemplo, sentirse entumecido, no sentir nada o no poder recordar eventos importantes.	(Participante 2)
Culpa (n=3)	Sentimiento desagradable de ser responsable de las situaciones negativas que se están viviendo.	“Este me sentía muy culpable, aparte me hacían, me hacían culpable de muchas cosas” (Participante 10)
Tristeza (n=5)	Descripción de un estado de ánimo que se acompaña de llanto, disminución del apetito y anhedonia.	“pues se me juntó todo y fue cuando yo me empecé a deprimir un (incomprensible) empecé este, a fumar, empecé a llorar, todo el día me lo pasaba en pijama, yo no tenía ganas de comer, yo no, yo estaba muy mal, yo me la pasaba durmiendo, no hacía tareas”. (Participante 10)

Teoría psicológica interpersonal del suicidio

El 92% de las participantes codificaron para la **capacidad adquirida para el suicidio** en la medida que describieron haber tenido una exposición repetida a eventos dolorosos como violencia doméstica, violencia en la comunidad, abuso físico, abuso sexual y autolesiones no suicidas. Dicha exposición las desensibilizó al dolor y disminuyó su miedo a la muerte de forma que ya no se le percibe con temor sino como una solución o salida; “recuerdo que ese día mis papás estaban discutiendo por teléfono, pero yo estaba tan harta de escucharlos discutir que ya simplemente me quería ir a dormir, quería dejar de escuchar todas esas cosas” (Participante 6).

Del mismo modo, 76% de las adolescentes explicaron que **se percibían como una carga** para los demás y que sentían que el mundo sería un mejor lugar si murieran; “Porque antes yo me creía que no servía para nada, que era una boba, una tonta. Bueno, simplemente no sé hacer nada. No sé cocinar, no sé hacer como las otras chicas” (Participante 9).

Finalmente, 71% de las participantes mencionaron que se sentían socialmente aisladas, con **poca conexión y pertenencia a su medio**; “me sentía vacía, me sentía sola, me sentía abandonada. Mis papás ya otra vez estaban toda la relación por los suelos. Gritos. Golpes. Peleas” (Participante 6). Relataron una vivencia de lejanía con respecto a sus familias y amigos “porque pues mi madre como que se

interesaba más porque yo entregara una tarea que por mi salud” (Participante 4), y en algunos casos, la poca empatía percibida en los familiares llegó al rechazo; “mis papás no podían aceptarme tal cual era, ¿por qué no pueden aceptar que yo no soy de dieces?, ¿por qué no pueden aceptar que yo no, no tengo una excelente conducta?, o sea soy problemática, pero pues soy su hija” (Participante 6). Los sentimientos de desaprobación también se acompañaron de enojo y frustración; “Estaba enojada con mi familia, estaba enojada conmigo porque intentaba hacer las cosas bien y no me salían entonces me desesperaba muy rápido. Me enojaba” (Participante 11).

Tabla 5. Teoría psicológica interpersonal del suicidio (Joiner, 2019): códigos, frecuencia y cita ilustrativa

Categoría: Teoría psicológica interpersonal del suicidio (Joiner, 2019)		
En esta categoría se agrupan las descripciones de las adolescentes de estresores inter e intra personales, compatibles con los factores propuestos por Joiner y su equipo en su teoría explicativa de la conducta suicida.		
Código	Definición operacional	Cita Ilustrativa
Capacidad adquirida para el suicidio (n=12)	Descripción de las adolescentes de una exposición repetida a eventos dolorosos como violencia doméstica, autolesiones no suicidas, abuso sexual, abuso físico y violencia en la comunidad. Dicha exposición las desensibilizó al dolor y disminuyó su miedo a la muerte.	“La segunda vez fue en noviembre y recuerdo que ese día mis papás estaban discutiendo por teléfono, pero yo estaba tan harta de escucharlos discutir que ya simplemente me quería ir a dormir, quería dejar de escuchar todas esas cosas y bueno, yo sabía que mi mamá tenía sus antidepresivos guardados en el cajón” (Participante 6)
Percepción de ser una carga (n=10)	Las adolescentes describieron percibirse a sí mismas como una carga para los demás y considerar que el mundo sería un mejor lugar si murieran.	“Porque antes yo me creía que no servía para nada. Que era una boba, una tonta. Bueno, simplemente no sé hacer nada. No sé cocinar, no sé hacer como las otras chicas” (Participante 9)
No pertenencia (n=8)	Este código hace referencia a un sentimiento de no pertenecer o de encontrarse socialmente aislada.	“en agosto del 2016, que me volví a sentir así: me sentía vacía, me sentía sola, me sentía abandonada. Mis papás ya otra vez estaban toda la relación por los suelos. Gritos. Golpes. Peleas” (Participante 6)

DISCUSIÓN

Se entrevistaron 13 adolescentes mujeres que se encontraban recibiendo tratamiento intrahospitalario a raíz de un intento de suicidio. Los objetivos del estudio fueron explorar las motivaciones para realizar el intento y en general, la experiencia de las participantes en torno al mismo.

5. Descripción del intento de suicidio en adolescentes hospitalizadas.

Las adolescentes entrevistadas en el estudio formaban parte de una población con múltiples factores de riesgo para conducta suicida. En primer lugar, se encontraban en un rango de edad de 15 a 17 años, un periodo de la vida en el que el suicidio aparece como segunda causa de mortalidad ³⁶. Además, en México, los registros de salud reportan que las mujeres realizan más intentos de suicidio que los hombres y que el intento de suicidio es el principal factor de riesgo para consumarlo³⁷. De hecho, todas las participantes de este estudio habían llevado a cabo más de un intento de suicidio, el 53 % incluso, tenía antecedente de entre 4 y 10 intentos previos, lo que apoya los reportes que señalan que quienes han realizado un intento no fatal, vuelven a intentarlo hasta en un 16% al cabo de 12 meses.

El método más empleado en nuestra muestra fue la realización de cortes (69.23%), seguido de la ingesta intencionada de fármacos con fines autolíticos, lo que coincide con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. La elección del método estuvo relacionada con la accesibilidad al mismo y poca planeación, pues casi todas las adolescentes describieron que lo realizaron al interior de un sanitario, utilizando navaja de rastrillo o medicamentos almacenados en ese lugar ³⁸.

Además, se encontró que el 15.3% de las adolescentes presentaba algún grado de intoxicación por alcohol al momento de realizar el intento de suicidio. Esto resulta significativo puesto que numerosos autores han señalado que el alcohol es la principal sustancia relacionada con el intento suicida y que aquellos adolescentes que tienen uso perjudicial o dependencia al mismo tienen mayor incidencia de

autolesiones ³⁹. En esta misma línea, la encuesta Ensanut de 2018, encontró una asociación significativa entre el uso nocivo de alcohol y el riesgo suicida, aunque no está claro si el incremento del riesgo está directamente relacionado con la sustancia o bien con los factores sociales y familiares que suelen acompañar el consumo ⁴⁰.

Las narrativas de las adolescentes analizadas permiten identificar varios factores de riesgo para conducta suicida ampliamente conocidos y estudiados, como el antecedente de intento de suicidio previo, el uso perjudicial de sustancias y el acceso a los medios (navajas y medicamentos). Sin embargo, el número de factores de riesgo, el tiempo de exposición a los mismos y su intensidad son muy heterogéneos, por lo que no es posible identificar claramente una variable o patrón de variables susceptible de ser probado como predictor de conducta suicida. Hasta este punto, los hallazgos de este proyecto son similares a los ya publicados, lo que nuevamente apoya la necesidad de expandir las metodologías utilizadas para el estudio de este fenómeno.

6. Dolor psicológico

En relación con la experiencia subjetiva de las participantes, estas describieron que en el momento de llevar a cabo el intento de suicidio percibieron un impulso intenso acompañado de entumecimiento y de no poder sentir, codificada en la tabla de resultados como *confusión*. La vivencia de las menores fue de incapacidad para controlar dicha respuesta emocional y su conducta. Pareciera entonces que estímulos emocionalmente competentes y amenazantes desencadenaron en ellas sentimientos negativos y una rápida respuesta motora; la autolesión. Como bien lo describieron las participantes, el intento de suicidio tuvo lugar rápidamente después de la percepción de la emoción. En este sentido, la impulsividad se ha relacionado con las autolesiones y los intentos de suicidio en adolescentes de 11 a 25 años ⁴¹. Los déficits en el control inhibitorio, es decir en el sistema dopaminérgico, están íntimamente vinculados con la dificultad para manejar las reacciones emocionales a ciertos estímulos y con la magnificación de los mismos, de forma que se vuelve muy probable que la respuesta del individuo sea inadecuada, como fue el caso de

las participantes del estudio.

Además, las adolescentes entrevistadas describieron que momentos antes y durante el intento de suicidio, experimentaron sentimientos insostenibles de tristeza, frustración, ansiedad, desaprobación, rechazo y soledad. Si bien todas las participantes provenían de familias integradas y se encontraban escolarizadas, la soledad es un sentimiento subjetivo de estar solo o sin el nivel deseado de relaciones íntimas, que ha demostrado ya tener una relación directa con los intentos de suicidio a edades tempranas ⁴².

En relación con las motivaciones para llevar a cabo el intento de suicidio, los resultados de la investigación describen la ideación suicida emergió al seno de una exposición prolongada y repetida a estresores, una sensación de aislamiento y no pertenencia al medio, así como de insuficiencia frente a las demandas de este. Sin embargo, fue tras la percepción de los sentimientos de tristeza, ansiedad, vergüenza, soledad, culpa, frustración y/o confusión, que pasaron a la conducta y por ende intento suicida. Esto resulta interesante puesto que O'Brien y cols., publicaron en 2019 los resultados de un estudio cualitativo que buscaba identificar factores de riesgo que propiciaran el pasaje de la ideación al intento. De acuerdo con sus hallazgos, los catalizadores de dicha transición fueron los factores intrapersonales, descritos como; vergüenza, culpa, sensación de ser invalidado por los demás, sentimientos de no pertenencia y de no poder contener estas emociones. En este sentido, quizá resultaría útil buscar herramientas que pudieran modular la capacidad de competencia emocional de los estímulos a la par de fomentar el desarrollo de mejores mecanismos de afrontamiento y manejo de las emociones y sentimientos arriba citados, a pesar de que ninguno de ellos por sí solo parece ser suficientemente prevalente para fungir como un predictor de conducta suicida.

7. La Teoría Interpersonal del Suicidio en un grupo de adolescentes hospitalizadas.

Como se detalló en el marco teórico, de acuerdo con la teoría interpersonal del suicidio, el individuo debe adquirir una capacidad para el suicidio. En las adolescentes que participaron en este estudio, el proceso de adquisición de la capacidad para el suicidio se entiende a través de las descripciones de una exposición repetida a eventos dolorosos como violencia doméstica y autolesiones. Dicha exposición las desensibilizó al dolor físico y disminuyó su miedo a la muerte, lo que hizo posible que consideraran al suicidio como una salida ante la persistencia de las discusiones familiares o de pareja. Así mismo, las adolescentes relataron percibirse a sí mismas como una carga, no ser útiles para su entorno y tener la idea de que el mundo sería un mejor lugar sin ellas. Estos relatos se relacionan con el segundo postulado de la teoría de Joiner, que en inglés es nombrado como “perceived burdensomeness”. Finalmente, en relación con esta teoría, las adolescentes describieron un sentimiento de aislamiento con respecto a su medio tanto familiar como social, se percibían solas, abandonadas y sin nadie emocionalmente cercano a ellas ⁴³. Los tres constructos centrales propuestos por Joiner y cols, fueron aplicables a más de la mitad de la muestra (del 71 % al 92%), resultados que apoyan la solidez de este modelo explicativo.

Ahora bien, aun cuando en las narraciones de las adolescentes que participaron en el estudio, se identifican los conceptos centrales de la teoría postulada por Joiner, esta propuesta parece insuficiente para explicar el fenómeno y más aún para entender las motivaciones que llevaron a las jóvenes a realizar el acto. Resultados similares fueron reportados por Gulbas y su equipo en 2015, quienes emplearon un método cualitativo deductivo para evaluar los constructos centrales de la teoría interpersonal del suicidio, en un grupo de adolescentes latinas ⁴⁴.

O’Connor y su equipo plantearon por su parte, un modelo tripartita en el que la conducta suicida definida como fase volitiva está precedida por una fase pre motivacional y una fase motivacional ⁴⁵. En la fase pre motivacional hay una interacción entre factores de riesgo, medio ambiente y eventos vitales estresantes. Las participantes de nuestro estudio describieron antecedentes familiares y

personales de enfermedad mental, así como dinámicas familiares caóticas por violencia verbal, física, negligencia en los cuidados y algún grado de acoso escolar. Las adolescentes refirieron, además, que relacionaban estos estresores con la aparición de sentimientos de minusvalía, ideas de ser una carga, no encontrar solución a sus conflictos y de no contar con herramientas suficientes para resolver las demandas de su medio. Esta reacción, que en su descripción se asemeja a los conceptos de la teoría de Joiner, también podría corresponder a la fase motivacional de la teoría motivacional volitiva. Es decir, las motivaciones para realizar el intento de suicidio surgieron al seno de múltiples estresores crónicos que provocaron un dolor psicológico insostenible.

CONCLUSIONES

- El intento suicida en adolescentes hospitalizadas se caracteriza por la presencia de dolor psicológico y percepción de ser una carga y poca conexión y pertenencia a su medio.
- Los constructos de la Teoría interpersonal del suicidio fueron aplicables con las adolescentes hospitalizadas, principalmente la capacidad adquirida para el suicidio.
- Se recomienda realizar investigaciones de métodos mixtos que contribuyan a la comprensión del intento de suicidio en adolescentes mexicanas que viven en ambientes desfavorecidos
- Se sugiere diseñar intervenciones con base en la evidencia de métodos mixtos, considerando el contexto particular al que están dirigidas.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una de las principales limitantes del estudio es el pequeño tamaño de la muestra, así como el hecho de que los datos fueron recolectados hace más de cinco años, por lo que no es posible asegurar que los hallazgos reportados continúen vigentes en su totalidad.

Se recomiendan intervenciones dirigidas a mejorar la percepción de pertenencia y soporte social, así como aquellas que tengan el objetivo de mejorar la parentalidad y limitar el acoso escolar, de forma que se disminuyan estresores medio ambientales.

Referencias

1. Berrios G. Historia de los síntomas de los trastornos mentales; La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. 1ª ed. México: Fondo de cultura económica; 2008.
2. House A., Kapur N., Knipe D. Thinking about suicidal thinking. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(11): 997–1000. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30263-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30263-7).
3. Nock M, Borges G, Bromet E, Cha C, Kessler R, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133–154.
4. Klonsky E, May A, Saffer B. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016; 12(1): 307–330. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
5. Dávila C, Luna M. Intento de suicidio en adolescentes: factores asociados. *Revista Chilena de Pediatría*. 2019;90(6):606-616. DOI: 10.32641/rchped.v90i6.1012.
6. Dávila C, Pardo C. Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *REV BRAS EPIDEMIOL*. 2020; 23. DOI: 10.1590/1980-549720200069.
7. González C, Tovilla C, Hernández Y, Juárez I, León A, Guzmán C, López L, Frézan A. Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2017; 52 (1): 236-240. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.002>
8. Borges G., Benjet C., Medina-Mora M., Orozco R., Nock M. Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(1): 41-52. doi: 10.1097/chi.0b013e31815896ad.
9. Benjet C, Menendez D, Albor Y, Borges G, Orozco R, Medina M. Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth. *Suicide Life Threat Behav*. 2018; 48(6): 755–766. doi:10.1111/sltb.12397.

10. Valdez R, Solórzano E, Iñiguez M, Burgos L, Gómez H, Martínez Á. Attempted suicide among adolescents in Mexico: prevalence and associated factors at the national level. *Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*. 2018; 24(4):256-261. doi: 10.1136/injuryprev-2016-042197.
11. Saunders K, Smith K. Interventions to prevent self-harm: what does the evidence say?. *Evidence-Based Mental Health*. 2016;19:69-72.
12. Azcárate L, López J, Goñi A, Montes L, Portilla A, Elorza R. La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2019; 47(4): 127-136.
13. Vargas M, Diaz V, Castaneda C, Miranda M, Longhurst M, Martin S, Ghumman U, Mangadu T, Chheda S, Thompson P, Gadad B. Psychological and neurobiological aspects of suicide in adolescents: Current outlooks. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*. 2020; 7(2): 100-124. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100124>.
14. Azcárate L, López J, Goñi A, Montes L, Portilla A, Elorza R. La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2019; 47(4): 127-136. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/120/ESP/21-120-ESP-127-36-780214>.
15. Bridge J, Goldstein T, Brent D. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(3-4):372-94. DOI:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.
16. Handley E, Adams T, Manly J, Cicchetti D, Toth S. 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/slbt.12522
17. Vermeiren R, Ruchkin V, Leckman P, Deboutte D, Stone M. Exposure to violence and suicide risk in adolescents: a community study. *J Abnorm Child Psychol*. 2002 Oct; 30(5):529-37.

18. Kim Y, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health*. 2019 Sep;58(9):851-852. doi: 10.1016/j.jaac.2019.04.007.
19. Kandel E., Schwartz J., Jessell T., Siegelbaum S., Hudspeth A., Mack S. *Principles of neural science (Fifth edition.)*. 2013. New York, N.Y: McGraw-Hill Education LLC.
20. Falcone, T., Staniskyte, M., Forcen, F., Vengoechea, J. Neurobiology of Suicide. In: Falcone. *J. Suicide Prevention*. Springer. 2018:2319-321. https://doi.org/10.1007/978-3-319-74391-2_1.
21. Phillips M., Drevets W., Rauch S., Lane R. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. *Biological psychiatry*. 2003; 54(5): 515–528. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00171-9](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00171-9).
22. Schunk, D.H., DiBenedetto, M.K., *Motivation and Social Cognitive Theory, Contemporary Educational Psychology*. 2019; 16:18-32. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
23. Vanderson E, Majeski C, Toledo M, Moraes M, Fernández J, Bauchiglioni M, Rodrigo S. Neurobiology of emotions: an update, *International Review of Psychiatry*. 2017; 29(3): 293-307. DOI: 10.1080/09540261.2017.1285983
24. van Heeringen K., Mann J. The neurobiology of suicide. *The lancet. Psychiatry*. 2014; 1(1): 63–72. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70220-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70220-2).
25. Espinosa P., Perez M., Baca E., Provencio M. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. *Clínica y Salud*, 2021; 32(1): 29-36. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a27>.
26. Gallyer A., Hajcak G., Joiner T. What is capability for suicide? A review of the current evidence. 2020. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xgwa5->
27. Gulbas, L., Szlyk H., Zayas L. Evaluating the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide among Latina Adolescents using Qualitative Comparative Analysis. *Qualitative psychology*. 2019; 6(3): 297–311. <https://doi.org/10.1037/qup0000131>.

28. O'Connor R, Kirtley O. The integrated motivational– volitional model of suicidal behaviour. *Phil. Trans. R. Soc. B* 2018; 373: 20170268. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.
29. Joyce P, Peter G, Rebecca F, Bruce B. The cultural theory and model of suicide, *Applied and Preventive Psychology*. 2010; 14(4): 25-40. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>.
30. Ordóñez C. Escala de dolor psicológico: adaptación de la Psychache Scale al español en jóvenes adultos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.04.003>.
31. World Health Organization. Preventing Suicide. A global imperative. 2014.
32. Franklin J., Ribeiro J., Fox K., Bentley K., Kleiman E., Huang X., Musacchio, K., Jaroszewski, A., Chang B., Nock M. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*. 2017; 143(2): 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>.
33. Hermsillo A, González C, Rivera M, Méndez C, González B, Palacios P, Jiménez A, Wagner F. Understanding suicidal behavior and its prevention among youth and young adults in Mexico. *Preventive Medicine*. 2020; 138: 106 -17. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106177>.
34. Bostwick M, Pabbati C, Geske J, McKean A. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide. *American Journal of Psychiatry*. 2016: 173(11):1094-1100.
35. Zayas, L. *Latinas attempting suicide: When cultures, families, and daughters collide*. Oxford University Press. 2011.
36. Dávila C, Pardo C. Estudio de la carga de la mortalidad por suicidio en México 1990-2017. *REV BRAS EPIDEMIOL*. 2020; 23. DOI: 10.1590/1980-549720200069.
37. Azcárate L, López J, Goñi A, Montes L, Portilla A, Elorza R. La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2019; 47(4): 127-136. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/21/120/ESP/21-120-ESP-127-36-780214.pdf>

38. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Intento de suicidio y suicidios. Serie boletín de estadísticas continuas, demográficas y sociales. Edición 2005. Impreso en México. ISBN 970-4590-8.
39. Hernández Q., Alejandro J. Relación entre riesgo suicida y uso de tabaco o alcohol en una muestra de universitarios. *Acta Universitaria*. 2015; 25(NE-2): 47-51. doi: 10.15174/au.2015.899.
40. Rivera-Rivera L, Fonseca-Pedrero E, Séris-Martínez M, et al. Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. *Ensanut 2018-19. salud publica mex*. 2020;62(6):672-681.
41. Lockwood, J., Daley, D., Townsend, E., & Sayal, K.. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 2017; 26(4): 387-402. DOI 10.1007/s00787-016-0915-5.
42. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Osmano O, Oie E, Carvalho A, Courtet P. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: a narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. 2018;22:33-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
43. Espinosa P, Perez M., Baca E., Ortega M. Systematic review of the indirect relationships of thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide. *Clínica y Salud*. 2020; 32(1): 29-36. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a27>.
44. Gulbas L, Szlyk H, Zayas LH. Evaluating the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide among Latina Adolescents using Qualitative Comparative Analysis. *Qual Psychol*. 2019;6(3):297-311. doi:10.1037/qup0000131
45. O'Connor R, Kirtley O. The integrated motivational– volitional model of suicidal behaviour. *Phil. Trans. R. Soc. B*. 2018; 373: 201-268. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>.

ANEXO 1- Carta de aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro



“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.

ANEXO 2- Carta de aprobación del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro



Comité de Ética en Investigación

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Ciudad de México, 09/03/2016

Oficio 09

Dr. María Elena Marquez Caraveo
Responsable de proyecto.

Por medio de la presente le comunico que posterior a constatar que se realizaron las modificaciones sugeridas en la última revisión a los documentos de consentimiento y asentimiento pertenecientes al proyecto "**Procesos socioculturales, evolutivos y dinámicas familiares en las adolescentes con intento suicida en México**"; se aprueban estos documentos para su uso en el proyecto.

Le deseamos éxito, y le recordamos que debe supervisar de forma constante que sus colaboradores cumplan con las normativas éticas en materia de investigación.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p. División de Investigación, HPI/DJNN
C.c.p. Comité de Investigación, HPI/DJNN

ANEXO 3- Registro de tesis derivada ante el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro



Ciudad de México a 01 de febrero de 2022
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/011/2022
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Investigador responsable
HPIJNN
P r e s e n t e

En relación 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.

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

Título: "Intento Suicida en Adolescentes Hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro: un análisis desde sus motivaciones".

Clave de registro: II3/02/0915/Tb

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

Tesista: **María Dolores Ruelas Rangel.**

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.

A t e n t a m e n t e
Jefa de la División de Investigación


Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

ccp. Archivo de la división de investigación.

El presente documento es propiedad de la Secretaría de Salud del Estado de México y no debe ser distribuido fuera de su ámbito de aplicación. Toda reproducción o uso no autorizado será sancionado.



ANEXO 4- Carta de aprobación de tesis del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro



Ciudad de México, 22 de agosto del 2022
Asunto: carta de aprobación

Resolución No.: HPIJNN-CEI-017-2022

María Dolores Ruelas Rangel

TESISTA

Presente

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: "Intento suicida en adolescentes hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil, Dr. Juan N. Navarro: un análisis desde sus motivaciones", con número de registro I13/02/0915/Tb.

Por lo que, se extiende la presente de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente



Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética en Investigación

c.c.p. Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández-Director del hospital-presente
Dra. Armida Granados Rojas-Jefe de enseñanza y capacitación-presente
Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente
Dra. Laura Fritsche García-Comité de Ética en Investigación, HPIJNN-Presente