

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL J. N. NAVARRO.

T E S I S.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA.**

**VALORACIÓN DE LA IMPULSIVIDAD Y LA DEPRESIÓN
EN ADOLESCENTES CON INTENTO SUICIDA.**

**PRESENTA.
MÓNICA FÓCIL MÁRQUEZ.**

**ASESOR METODOLÓGICO.
Dra. María del Carmen Lara Muñoz**

**ASESOR TEÓRICO.
Dr. Juan Manuel Saucedo García**

**ASESOR ADJUNTO.
Dr. J. Alfonso Lemus Navarro**



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.

Índice

INTRODUCCION.....	2
OBJETIVOS.....	13
MATERIAL Y METODOS.....	14
HOJA DE REGISTRO.....	15
PROCEDIMIENTO.....	16
RESULTADOS.....	17
CUADRO 1 (Edad y Sexo de los Pacientes Estudiados).....	17
CUADRO 2 (Datos Generales de los Adolescentes Estudiados).....	19
CUADRO 3 (Características Generales del Intento Suiicida).....	21
CUADRO 4 (Depresión Escala Birleson).....	22
CUADRO 5 (Escala de Conners-Wells).....	22
CUADRO 6 (Características de los Diagnósticos por Grupo).....	23
CUADRO 7 (Depresión en los Grupos de Pacientes Deprimidos y No Deprimidos). 24	
CUADRO 8 (Problemas de los Adolescentes Deprimidos y No Deprimidos).....	24
CUADRO 9 (Comparación Entre los Grupos Diagnósticos y Conners-Wells).....	25
DISCUSION.....	26
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29

INTRODUCCION.

Cuando un individuo llega a la adolescencia bien constituido, con un sentido de realidad adecuadamente logrado a través del período de separación-individuación como lo describió Mahler, con un aparato yoico fortalecido durante la etapa de latencia en la que ha adquirido adecuadas funciones defensivas y cognoscitivas, además de suficientes recursos sublimatorios, y encuentra una relación con los padres en la que éstos no se sienten muy amenazados por los impulsos adolescentes hacia la individuación sino que dichos impulsos son relativamente aceptados y alentados, este individuo estará bien dotado para el proceso de esta etapa. (7)

Claro está que sufrirá inevitablemente los embates de los impulsos provenientes del aparato instintivo (impulsos sexuales y agresivos que han sido intensificados por las funciones hormonales desencadenadas por la adolescencia misma), sufrirá los conflictos que se producen de las irreconciliables situaciones producidas por la necesidad de lograr una continuidad adaptativa (sin sacrificar la precaria identidad que ha alcanzado) y por la necesidad de movilizar su interés emocional (libido) hacia nuevas, aunque provisionales, figuras (adultos de edad intermedia, amigos de ambos sexos, etc.). Esto último implica un desapego parcial e intermitente de las figuras parentales de la actualidad, como defensa a la reaproximación a las figuras parentales de la infancia, con una progresiva individuación de estas figuras internalizadas (1). El adolescente ha de cursar este proceso, durante varios años, sin sucumbir a los sentimientos de culpa que producen ciertos reaceramientos a sus padres, paradójicamente necesarios en la translaboración de los conflictos afectivos en torno a las figuras parentales tempranas. Tampoco ha de sucumbir a la ansiedad que produce el reaceramiento a la infancia que podría producir rompimientos brutales con los padres del presente. (7)

La adolescencia normal puede ser una experiencia en general grata, pero llena de dificultosas vicisitudes que se han de encontrar en un sendero lleno de temores, anhelos, pérdida de objetos infantiles con los consecuentes duelos, soledad, dependencia, aprendizaje formal, exámenes escolares, dudas sobre la propia capacidad y sensaciones de extrañamiento y convicción de que no se es comprendido, etc. (7)

El proceso adolescente, como toda elaboración psicológica consciente e inconsciente, es olvidado en gran parte cuando el individuo llega a la vida adulta. Los turbulentos afectos son reprimidos en forma masiva, y lo que el adulto de su adolescencia se concreta básicamente a vivencias que reconstruye intelectualmente. En el tratamiento psicoanalítico de adultos, una de las partes de la vida más difíciles de reconstruir afectivamente, es la adolescencia del paciente. (7)

La adolescencia es una etapa de especial connotación emocional para cualquier ser humano. El trascenderla también genera la nostalgia de que algo muy

importante se ha perdido. La constelación sensiblera que a menudo se asocia con la adolescencia supera su propia anécdota, pues el compromiso afectivo y la devoción vivencial que resultan su corolario son la base ontológica y emocional que preside la existencia adulta. (6)

Se espera del adolescente que se encamine hacia una inserción autónoma en el medio social. Ha llegado el momento en que el individuo procura hacer coincidir su identidad con un hacer en el mundo que lo objective y lo proyecte hacia el futuro, debe confrontar su pasado y su futuro, asumir los cambios biológicos que lo llevan a desempeñar un nuevo rol social, dejar atrás modalidades de ajuste, hacer abandono de una serie de identificaciones infantiles y responder al impulso de adquirir nuevas identificaciones que configurarán su personalidad adulta. (6)

Necesita sustentar las bases de su proyecto de vida y definir sus propias relaciones con el mundo. La prolongación de la expectativa de vida, la modernización y la globalización con su gran gama de complejos estímulos pueden incrementar las dificultades para que los adolescentes encuentren, en las nuevas circunstancias que los rodean, los elementos necesarios para asumir los cambios biopsicosociales que experimentan. (6)

Dice el poeta:

“Dependía de la realidad y al mismo tiempo estaba por encima de ella”. (6)

El suicidio es extremadamente raro antes de la pubertad, se incrementa su frecuencia a través de la adolescencia. Aproximadamente 2000 americanos cometen suicidio cada año. (14)

Mauricio Knobel en su estudio con adolescentes de 10 a 22 años de edad confirma el sentimiento y las posibilidades difíciles de la vida en este período evolutivo, en el cual un desarrollo autónomo se ve extremadamente perturbado no sólo por razones intrínsecas y biológicas, que lógicamente no acontecen en un vacío socioeconómico-cultural, sino que muy por el contrario se desenvuelven en un complejo sistema en el cual la propia inmadurez humana se debate en conflictos y agresiones, y entre las cuales los adolescentes tienen que salir con angustia, distorsiones de todo tipo y hasta estructuraciones muy especiales de su personalidad. (9).

El comienzo temprano de la conducta suicida en la prepubertad predice la presencia de esta en adolescentes y el diagnóstico temprano de trastorno depresivo mayor se asocia con conducta suicida en adolescentes y adultos. (14)

El fracaso terapéutico de la depresión es el camino más probable para una acentuación de la patología y su desenlace en la forma más brutal de la agresividad que es el suicidio.

Kovács (1992) en un sentido estricto considera el suicidio como una autoeliminación consciente, voluntaria e intencional. En un sentido más amplio, el suicidio incluye procesos autodestructivos inconscientes, lentos y crónicos. Existen “tentativas” de suicidio que serían actos deliberados de autoagresión, en los que la persona no tiene certeza de supervivencia, manifestando una intención y una conciencia vaga del riesgo de muerte que estaría corriendo. También es posible hablar de “equivalentes” suicidas, que serían los llamados “para-suicidios”, que serían autodestrucciones de estructura incompleta, dislocada, o simbólica, pero bien visibles en los accidentes, hábitos de comida y/o bebida, olvidos, errores y sorprendentes automutilaciones. (10)

Para Durkheim, se puede decir que el suicidio es un acto individual que tiene las características de la sociedad que lo produce. Es el homicidio intencional de sí mismo, el medio por el cual el individuo renuncia a su existencia. (6)

Los factores del desarrollo son mediadores significativos de la presentación clínica de la conducta suicida en niños y adolescentes y se reflejan en su epidemiología. Se han reportado conductas suicidas en niños preescolares a pesar de su apreciación cognitiva inmadura de la muerte, entre más pequeño es el niño, menos complejos y más fácilmente disponibles serán los métodos usados para efectuar tal acto. (14)

Numerosos factores han sido asociados con el inicio, duración y recurrencia de la depresión temprana, incluyendo el seguimiento: factores demográficos (por ejemplo: edad, sexo, estado socioeconómico), psicopatología (por ejemplo: diagnóstico preexistente, síntomas subsindromáticos depresivos, estilo cognitivo negativo), factores familiares (por ejemplo: psicopatología parental, inicio temprano de los trastornos del humor, elevada carga familiar para los trastornos del humor) y factores psicosociales (por ejemplo: pobre apoyo, eventos estresantes de la vida, pobre función de maternidad). (14)

Se puede considerar que la depresión indudable, e inevitablemente, va a acompañar a toda la adolescencia. Entretanto, es importante discriminar que este sustrato depresivo no es una depresión patológica, pero que sí interesa tenerlo en cuenta para no incurrir en errores diagnósticos y para orientar el tratamiento de adolescentes, considerando que este componente estará siempre más o menos presente. No hay duda de que estas circunstancias pueden, y de hecho lo hacen, precipitar, o al menos facilitar, un simple episodio depresivo, o incluso el desarrollo de una sintomatología depresiva más grave. (6)

Lo que cobra una gran importancia, teniendo que estudiar los fenómenos depresivos y la depresión en el adolescente, que es lo que muchas veces va a llevar a esa extrema perturbación de conducta que es el suicidio.

Con el tiempo ha quedado claro que efectivamente existen trastornos depresivos inclusive desde los cinco a seis años, de manera que no se puede negar el factor biológico en las depresiones del infante. Es importante aclarar que en el DSM-IV

no se incluyen estos trastornos entre los que se inician en la infancia, sino entre los trastornos del estado de ánimo, hecho que ha favorecido que no se piense en esta entidad como propia de la etapa infantil. (11)

La mayoría de los autores se han detenido en la observación de factores medioambientales. Se considera que la reacción depresiva a las circunstancias ambientales genera síntomas cuando los eventos penosos son vistos por el niño como muy amenazantes. En el niño pequeño, la seguridad de que todo estará bien, viene de los padres. Así las situaciones potencialmente peligrosas no causarán depresión en el niño, si los padres continúan protegiéndolo, y si el niño mantiene la fe en la omnipotencia de éstos.

E. Poznansky y J. B. Zrull proponen la existencia de ciertas tendencias familiares que influyen directamente en la conducta y el nivel afectivo del niño; dichas características son: 1. Una incidencia elevada de depresión en los padres. 2. Familias con serias dificultades para manejar la agresión y la hostilidad. 3. Familias en donde hay un franco rechazo de los padres hacia un hijo.

Según estos autores estas tendencias de depresión de los padres, de rechazo, hostilidad y de agresión en una familia hacia un hijo están interrelacionados. (11)

Algunos factores coadyuvantes o precipitadores de depresión podrían ser: dificultades económicas, la falta de hogar propio o de espacio vital suficiente, la carga de un número excesivo de hijos, la ilegitimidad de las relaciones del padre, la falta de cariño al marido que se extiende al hijo de éste, etc. (11)

Como ya se ha mencionado con anterioridad, un cuadro depresivo puede tener su desenlace en el suicidio, las motivaciones para que un adolescente son diversas, sentimientos de desamparo, intentos desesperados de manejar situaciones personales o familiares, hostilidad en el vínculo hacia una o varias personas, conflictos de relación, imitación, sentimientos de ser una "persona suicida", influencias ambientales que los familiarizan con la ideación suicida.

Hay factores que pueden determinar un mayor riesgo suicida:

- Haber tenido un gesto suicida reciente o gestos suicidas anteriores.
- Presentar trastornos psiquiátricos: depresión, esquizofrenia, alcoholismo, anorexia nerviosa, trastorno de personalidad, angustia, marcada fatiga.
- Historia familiar de suicidio y trastornos psiquiátricos.
- Carencia de vínculos personales profundos, confiables, continentes.
- Duelo en curso más intenso de lo esperable.
- Enfermedad física, intervención quirúrgica próxima por alteración importante de la salud.
- Sexo masculino.
- Período perimenstrual.
- Contagio grupal.

- Disponibilidad de medios para el acto suicida (armas, medicamentos).

Muchos de los síntomas de sentimientos suicidas son similares a los de la depresión. Los padres de niños y adolescentes deben estar atentos a la sintomatología sugestiva de deseos de muerte, que algunas veces puede incluir la expresión verbal directa de estos deseos. En otros casos la sintomatología que puede alertar a los padres incluye:

- Cambios en los patrones alimentarios o de sueño.
 - Aislamiento de sus amigos, familiares o actividades usuales.
 - Conducta rebelde, violenta, o huida del hogar.
 - Abuso de alcohol o de drogas.
 - Abandono en el cuidado de su apariencia física.
 - Aburrimiento persistente, dificultad de concentración y deterioro en la calidad del trabajo académico.
 - Quejas físicas frecuentes, como dolores de estómago, de cabeza, fatiga, etc., siempre relacionadas con los estados emocionales.
 - Pérdida de interés en actividades que previamente le resultaban placenteras.
 - Intolerancia para el elogio o las recompensas.
 - Manifestaciones acerca de sentirse horrible interiormente.
 - Comentarios tales como: “no seré un problema para ti por mucho más tiempo”, “nada importa”, “no te volveré a ver”.
 - Poner sus cosas en orden, como por ejemplo, tirar o regalar sus pertenencias favoritas.
 - Volverse súbitamente alegre o eufórico luego de un período de depresión.
- (6)

Los sentimientos depresivos y suicidas son problemas mentales tratable. Pero para poder tratarlos, lo primero que necesita ese niño es que su enfermedad sea reconocida y diagnosticada y que un plan de tratamiento adecuado sea implementado y llevado a cabo. Nunca debe desestimarse una manifestación de deseos de muerte en un niño o en un adolescente. No todos lo que lo expresan lo van a llevar a cabo, pero no es un buen antecedente que los chicos tengan el concepto de que la muerte puede ser la solución a sus problemas o la manera de conseguir lo que ansían.

El suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres en una proporción de 3:1, y en suicidios prepuberales del 5.5:1 (15-24 años). Los factores de riesgo para realizar este varían según el sexo, compartiendo ambos trastorno depresivo mayor y pobre comunicación con los padres. (14)

Las tasas de suicidio de los varones son del doble o más que las mujeres, en todas las edades y en casi todos los países occidentales, los métodos que utilizan son más contundentes: uso de armas de fuego, ahorcamiento, caída al vacío, arrojarse a las vías del tren.

Los factores de riesgo en las niñas son en primer lugar la presencia de trastorno depresivo mayor, el cual aumenta el riesgo de suicidio hasta 20 veces, en segundo lugar intento suicida previo.

Las mujeres realizan más intentos de suicidio, pero con métodos menos cruentos que dan la posibilidad de no morir.

En los niños, el factor más predictor es intento suicida previo, aumentando el riesgo hasta 30 veces, seguido por la depresión, abuso de sustancias tales como alcohol o drogas, comportamiento disruptivo y psicopatología asociada como trastorno de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos emocionales. (14)

Los métodos utilizados más frecuentemente en niñas de entre 15 a 17 años son sobredosis de medicamentos fácilmente disponibles (analgésicos o medicamentos que consume algún familiar), por comportamiento impulsivo por conflictos con el novio y/o novia, siendo estos de mediana letalidad.

La excepción fue referida en el estudio de Barraglouh, que encontró una tasa mayor en mujeres de 15-24 años en Tailandia, Hong Kong, Filipinas y Singapur, entre 1973 y 1985. (6)

Existe evidencia de que en las últimas décadas, tanto en México como en otros países los actos suicidas en los adolescentes se han incrementado considerablemente, habiéndose reportado que es más frecuente en el sexo femenino, con un rango de edad entre los doce y catorce años en donde la mayoría de estos tiene una disfunción psicológica familiar, además de que se reporta correlación importante con uno o más trastornos psiquiátricos destacando los cuadros depresivos con síntomas impulsivo-agresivos. (13,15)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se observó en aquellos países que llevaban estadísticas desde hace muchos años (EE.UU. y Holanda), dos picos de alta frecuencia de suicidios: uno fue en 1910 y el otro a partir de la década de 1980.

Las tasas de suicidio varían de un país a otro, de una cultura y de una sociedad a otra. Así, por ejemplo, los países árabes tienen una frecuencia baja, mientras que los países europeos, EE.UU. y Australia tienen una frecuencia alta. En un término medio se encuentra Latinoamérica.

Según estudios de Kiekstra, con datos de la OMS, las tasas de suicidios entre los adolescentes y jóvenes se han incrementado, en forma global, en el último cuarto de siglo pasado.

Los estudios de población en niños y adolescentes han reportado en la depresión, datos de prevalencia entre 0.4% y 2.5% en los niños y de 0.4% y 8.3% en los adolescentes. La prevalencia en el trastorno depresivo mayor (TDM) en los

adolescentes se ha estimado con un rango del 15-20%, lo cual es comparable con las poblaciones adultas, sugestivo de que la depresión en adultos con frecuencia inicia en la adolescencia. Hay pocos estudios sobre la distimia (D) que reporta una prevalencia en los niños del 0.6-1.7% y en los adolescentes del 1.6-8.0%. (2)

Las prevalencias de ideación e intento de suicidio son similares a las observadas en otros países. Por ejemplo, las prevalencias internacionales de la ideación suicida van de 3.4% hasta 52.9% en adolescentes y adultos, mientras que en México, el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos. La prevalencia del intento suicida entre la población de adolescentes varía de 3.0% a 8.3% en el total de la población, la literatura internacional indica una prevalencia de 2.2% a 20% de intento suicida en adolescentes y adultos. (12)

Garrison detectó ideación suicida en el 30% de una población escolar de 1.073 estudiantes, el 5.5% tenía ideas persistentes. Pearce detectó ideas de suicidio en el 24% de una población escolar en EE.UU.: el 11% dijo que había planeado el suicidio, el 6% declaró que realizó un intento y el 2% varios intentos. Serfaty y colaboradores en Argentina detectaron ideas de suicidio en el 16.8% de una población general de varones de la ciudad de Buenos Aires, y el 3.1% dijo que lo había planeado. En otro estudio en una población similar en cinco regiones de Argentina se detectaron este tipo de ideas, con frecuencia similares, pero más altas en la ciudad de Buenos Aires y la zona que la rodea. (6)

Existen también aspectos sociológicos del suicidio. Los suicidios son más frecuentes en aquellas sociedades que tienen un alto nivel de desarrollo. Es donde se observa un alto nivel de competencia entre los adolescentes y jóvenes, tanto para ingresar a las universidades o estudios terciarios, como para incorporarse al mercado de trabajo.

Esta competitividad produce estrés por el nivel de autoexigencia, observándose que en aquellas sociedades con mayor cantidad de adolescentes, las tasas de suicidios son más altas. En Europa y Estados Unidos se ha observado un brusco incremento de las tasas de suicidios en los adolescentes a partir de 1968. Una de las hipótesis es que esos adolescentes eran bebés en la época de la Segunda Guerra Mundial, y estuvieron expuestos al estrés tanto ellos como sus familias.

Las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo incluyen varios factores, muchos de ellos producto de una dicotomía que se observa en los últimos años: muchos adultos no tienen posibilidades de trabajo y aquellos que lo tienen están muy exigidos, debiendo cumplir en algunos casos horarios prolongados. Esto puede ocasionar la soledad de muchos adolescentes. También influyen los roles ambiguos de los adultos. La facilidad y rapidez de las comunicaciones hacen que hayan desaparecido las barreras entre los países y las diferentes culturas, lo que produjo en algunas sociedades la disminución o ausencia de los rituales o continuación de las tradiciones sociales. (6)

Se han efectuado diversos estudios sobre si existe una predisposición psicológica al suicidio. Se ha visto que habría dos grupos diferenciados:

- Aquellos que de niños son tristes, se aíslan, son poco sociables y padecen de una soledad de tipo crónico. Habitualmente son niños con historias familiares de conflictos, violencia y poca contención y comunicación, cuando no de ruptura. Estos adolescentes solitarios tienen una autoestima baja, se creen poco capaces, inútiles, no populares. Tienen tendencia a analizar y sobreestimar las consecuencias de sus acciones y por lo tanto hacen pocas cosas, caracterizándose por su estado de pasividad.
- Los que son impulsivos y con tendencias agresivas desde la infancia. Tienen a lo largo de su carrera escolar dificultades de adaptación y un rendimiento escolar bajo. Causan problemas por sus alteraciones en la conducta. En algunos pueden coexistir alguna enfermedad física. Son aquellos en los que la agresión puede derivarse hacia fuera o adentro. (6)

Los factores bioquímicos parecen estar bien identificados, aunque aun faltan estudios al respecto. Se han reportado estudios en adultos en donde hay evidencia de que los individuos que tienen historia de intentos suicidas tienen concentraciones bajas del 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cerebroespinal (LCE), además de que los sujetos que presentaban una historia de utilización de métodos considerados como violentos tenían niveles más bajos de 5-HIAA. Por lo que las investigaciones se inclinaron a la correlación de la concentración del 5-HIAA y la conducta suicida que con la depresión, incluyendo pacientes con diferentes patologías como la esquizofrenia, trastornos de la personalidad sin depresión, obteniendo resultados semejantes. (8)

Esta disminución del nivel de serotonina se detectó anatómicamente en el Orebro a nivel del núcleo del rafe, el hipotálamo, la corteza frontal y el hipocampo.

La disminución de la serotonina estaría vinculada con una disminución del control de los impulsos, lo que puede predecir también un futuro descontrol de la conducta.

En estudios post-mortem se demostró en suicidas a nivel del sistema nervioso central, un aumento de la proopiomelanocortina del mensajero mRNA y de los péptidos, lo que vincularía la conducta suicida con situaciones de máximo estrés. (6)

Los adolescentes no son la contraparte biológica de los adultos. Estudios preliminares con pequeñas muestras encontraron que una tercera parte de adolescentes que intentaron suicidarse, tuvieron concentraciones de 5-HIAA en el LCE que indicarían un riesgo severo de suicidio en adultos. Otros estudios sugieren que las concentraciones bajas de Acido homovalinico en LCE podrían ser más predictores en adolescentes. (14)

La irritabilidad que es un síntoma que frecuentemente acompaña tanto a la depresión como a los adolescentes con trastornos de conducta, es la expresión e la agresividad subyacente. Esta agresividad está estrechamente ligada, junto con la pérdida del control de los impulsos, a la conducta suicida. Esto se correlaciona con algunos aspectos biológicos.

Otros investigadores han tratado de correlacionar la conducta agresiva (homicidas o quienes intentaron el homicidio) reportando correlación inversa entre la impulsividad y los niveles bajos de 5-HIAA llegando a conclusiones semejantes. Por lo que algunos estudios se han inclinado a la investigación de la conducta impulsiva en sujetos que intentan el suicidio.

En un estudio en adolescentes en quienes se considera que la mayor parte de la conducta suicida es impulsiva, Brown y colaboradores, describieron que los adolescentes no impulsivos estaban significativamente más deprimidos y desesperanzados que los impulsivos. (4)

Plutchik y colaboradores, estudiaron una serie de circunstancias relacionadas con el intento suicida como la severidad del intento, la letalidad del método utilizado, y la severidad del ánimo depresivo, reportando una correlación alta entre impulsividad, riesgo suicida y violencia; llevando a los investigadores al estudio de las variables que caracterizan el riesgo suicida como la impulsividad.

En México un estudio realizado en población psiquiátrica que son sujetos de alto riesgo suicida, evaluó la asociación entre impulsividad como estilo de vida y el estado de ánimo en población adulta concluyendo al respecto que los sujetos mexicanos con intento suicida se presentan niveles altos de impulsividad, ubicando al 40% de los intentos suicidas como actos impulsivos. (8)

En México un estudio realizado en el niño y los adolescentes con intento suicida que fueron atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general se identificaron tres grupos de diagnósticos bien diferenciados relacionados con éste: los pacientes deprimidos, los impulsivo-agresivos y los que comparten características de ambos. (15).

Actualmente no existen estudios en México de adolescentes en población psiquiátrica referentes al tema por lo que se retoma la premisa de que la impulsividad es una variable fuertemente asociada al intento suicida en comparación con el estado de ánimo.

Todas estas variables juegan un papel importante para el entendimiento de los cuadros depresivos, y las consecuencias fatales cuando no se maneja o no se diagnostica correctamente, por lo que se debe de considerar una urgencia psiquiátrica y se deben utilizar todas las herramientas disponibles, para su solución, ya que se trata de una situación de crisis grave.

Diversos estudios indican que la mayoría de los que realizaron un intento de suicidio no había recibido tratamiento médico. El objetivo del tratamiento psicoterapéutico es tratar fundamentalmente de evitar otro intento de suicidio. Se intentará resolver la situación de crisis más urgente, apoyando al adolescente y a su familia en la resolución de los conflictos. El tratamiento psicofarmacológico incluirá antidepresivos, si existe una depresión. Y en caso necesario se deberá considerar la hospitalización. (6)

El tratamiento de la conducta suicida requiere de un manejo especializado, este debe de ser un tratamiento de crisis, rápido, interdisciplinario, integral y breve.

Rápido ante una conducta de este tipo, ya que no se debe esperar, la acción terapéutica debe ser inmediata, ya que el intento de suicidio se puede efectuar en cualquier momento.

Deben intervenir varios profesionales: el psiquiatra, que orientará en cuanto al tratamiento psicofarmacológico y las normas de seguridad en este paciente, el pediatra o el médico general que realizará un control clínico y de laboratorio, el psicólogo o psicoterapeuta que, fundamentalmente en esta etapa de tratamiento de la crisis, realizará una psicoterapia de contención y apoyo, el terapeuta familiar que asiste a la familia del adolescente en esta situación, la enfermera, el trabajador social y el personal administrativo.

Debe de ser integral, pues incluye en el tratamiento al adolescente, su familia, el grupo de amigos que actúan como red de sostén, los profesores o jefes si traba, a fin de lograr un apoyo amplio.

Y finalmente breve en cuanto a que es un tratamiento “intensivo” y por un lapso corto, el necesario para solucionar la situación de crisis y llevar al adolescente a una situación de compensación clínica y emocional, a partir de la cual pueda realizar un tratamiento más prolongado de esclarecimiento.

Ante un tema como el suicidio se está obligado a abordar el aspecto preventivo de éste.

Se pueden realizar varias acciones para prevenir el suicidio:

1. No dejar pasar la oportunidad de detectar esta conducta en todos los adolescentes que consulten a un profesional, por cualquier motivo, y al examen se observen síntomas depresivos.
2. A nivel de los gabinetes escolares: creando un clima de confidencialidad que haga que los adolescentes que tengan un problema concurren para consultar; acercándose a aquellos que tengan una disminución en el rendimiento escolar, y ofreciéndoles ayuda.
3. Realizar educación continua para la salud, desde la escuela primaria, enseñando:

- Que siempre se van a presentar en la vida opciones en las que hay que decidir,
 - A tomar decisiones,
 - Que en toda decisión se gana y se pierde algo,
 - Que cuando tengan dificultades para decidir busquen ayuda (algún par o adulto en quien confíen).
4. Existen estudios que refieren que efectuando un control estricto en la venta de armas de fuego se pueden reducir los suicidios entre los varones, pero no entre las mujeres, que utilizan otros métodos.
 5. Distribución y colocación en los lugares donde se concentren jóvenes, de listas con los lugares donde pueden concurrir para solicitar ayuda
 6. Tener disponible una línea telefónica de orientación las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
 7. Poner a disposición de los alumnos de los colegios una especie de seguro médico que los cubra económicamente para poder realizar consultas sin la preocupación de si pueden pagarlo o no.
 8. Realizar un *screening* una vez por año, preferentemente en primavera, para la detección de adolescentes en situación de riesgo, utilizando instrumentos probados.
 9. Es necesario ayudar a los adolescentes discapacitados a aceptar su discapacidad y estimularlos a llevar una calidad de vida aceptable.
 10. Una vez detectados aquellos adolescentes en riesgo, tener la posibilidad de derivarlos a profesionales especializados, solicitando la ayuda familiar y la flexibilidad escolar.
 11. Efectuar campañas simultáneas de prevención del consumo de alcohol y drogas.
 12. Los medios masivos de comunicación deberían ser prudentes en la difusión de noticias sobre suicidios de adolescentes, ya que se ha visto que pueden desencadenar conductas similares en aquellos que son vulnerables.
 13. Las personas cercanas a un adolescente que se ha suicidado deben ser consideradas en situaciones de riesgo y merecen una atención especial, que los ayude a superar la angustia, las ideas de culpabilidad y las repercusiones familiares y sociales del hecho. (6)

OBJETIVOS

I. Objetivo general.

Comparar el grado de depresión con el grado de impulsividad en los adolescentes con intento suicida

II. Objetivos secundarios.

1. Identificar los trastornos psiquiátricos mas frecuentes que se asocian en los adolescentes con intento suicida.
2. Determinar el funcionamiento familiar en los pacientes con intento suicida. (familias funcionales y disfuncionales)

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio descriptivo, prolectivo y transversal.

PACIENTES.

Se incluyeron 68 pacientes adolescentes con intento suicida que fueron valorados en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. J. N. Navarro”, de la Secretaría de Salud.

Adolescentes hombres y mujeres entre 12 y 17 años de edad, que aceptaron contestar las escalas de evaluación, teniendo un intervalo del intento suicida de 15 días a la fecha de la entrevista.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia.

La escala de Birleson (Depression Self Rating Scale [DSRS]) fue diseñada para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.

El instrumento es una escala autoaplicables de tipo Likert que consta de 18 reactivos.

Es un instrumento que es útil para las investigaciones clínicas y epidemiológicas para trastorno depresivo Mayor en la adolescencia: permite distinguir claramente los grupos de pacientes deprimidos de aquellos que padecen otra enfermedad o son sintomáticos psiquiátricamente. (5)

Escala de Reporte personal para adolescente de Conners-Wells (Escala de Conners-Wells).

Este instrumento consta de 87 reactivos que evalúan 10 subescalas: Problemas familiares, problemas emocionales, problemas de conducta, problemas del nivel cognitivos, problemas con el control del enojo, hiperactividad, un índice global del Trastorno por Déficit de la Atención/Hiperactividad y tres subescalas de síntomas del DSM IV: Distractibilidad, Hiperactividad-Impulsividad y total. (4)

HOJA DE REGISTRO.

Constituida por los datos personales de cada paciente e información general:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión
- Familiograma
- Antecedentes de atención previa al ingreso al hospital (medico, psiquiátrico, psicológico)
- Tratamiento farmacológico

Con relación al intento suicida:

- número de intento
- lugar donde se realizó
- factor desencadenante
- método utilizado
- letalidad
- conocimiento del acto haciendo referencia a la pregunta directa de ¿si pensaba que se moriría?
- condiciones al momento del intento (por eje. bajo efectos de sustancias)
- recolección de los diagnósticos en expediente clínico de la valoración de urgencias en el caso que no se haya internado el paciente
- el diagnóstico de la unidad en la que se internó (en caso de hospitalización)

PROCEDIMIENTO

Se realizó la entrevista de 68 pacientes que fueron valorados en el servicio de urgencias y/o en el área de hospitalización del Hospital Psiquiátrico infantil "Dr. J. N. Navarro" por intento suicida. Esto en el período comprendido del mes de julio al mes de diciembre del 2002.

Se les realizó entrevista directa para el llenado de la hoja de registro.

Se les proporcionó las escalas de Birleson y Connors-Wells que contestaron individualmente.

Los resultados se capturaron en una base diseñada en Fox-Base ad-hoc. Para este estudio el análisis estadístico se realizó con SAS 6.12.

Los resultados se describen con promedio, desviación estándar y porcentajes.

Las comparaciones entre estado basal se hicieron con t de student y χ^2 .

RESULTADOS

Se evaluó una población de 68 pacientes adolescentes, se excluyeron del estudio 3 pacientes, que no contestaron correctamente los instrumentos y además los dejaron incompletos. Quedando entonces una población de 65 pacientes, de los cuales 56 fueron mujeres (86.1%) y 9 hombres (13.8%). La edad promedio fue de 15 años para mujeres y 15.4 años para varones, la diferencia no fue significativa en esta tesis.(Cuadro 1).

Cuadro 1.

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

	N	%	Edad Promedio
Femenino	56	86.1	15.0
Masculino	9	13.8	15.4
	65	99.9	15.2

Respecto a la ocupación 53 pacientes (81.5%) son estudiantes, 5 pacientes (7.6%) son empleados en diversas actividades, 1 de ellos (1.5%) se dedica a actividades del hogar y 6 (9.2%) pacientes no realizan ninguna actividad.

El porcentaje mas alto es el de estudiantes, actividad esperada para el ciclo de vida en el que se encuentran y en segundo lugar están aquellos pacientes que no tienen ninguna actividad, lo cual puede deberse a la incapacidad que puede generarles su padecimiento psiquiátrico de base como es la depresión.

De la muestra estudiada 9 pacientes (13.8%), habían terminado solo la primaria, 45 (69.2%) la secundaria y 11 (16.9%) el bachillerato. Lo que está acorde con el promedio de edad encontrado, pues es también la edad promedio en que se termina la educación media.

Cincuenta y tres pacientes (81.5%) son católicos, 6 pacientes (9.2%) pertenecen a otras religiones (Evangelistas, Testigos de Jehová) y los otros 6 (9.2%) refirieron no pertenecer a ninguna religión.

Treinta y siete de los pacientes estudiados (56.9%) reportan que sus padres están separados, lo que de manera indirecta habla que la mayoría pertenecen a familias desintegradas y en una gran proporción disfuncionales, poniéndolos en alto riesgo de cuadros afectivos o conductuales anómalos, como se revisó en la teoría expuesta anteriormente.

En relación a los pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento previamente al intento suicida, encontramos que 33 (50.8%) habían recibido atención. De este grupo de pacientes 14 (42.4%) habían acudido con un psicólogo, 10 (30.3%) con un psiquiatra, 5 (15.1%) con un paidopsiquiatra y 4 (12.1%) con un médico general. Dieciocho pacientes (27.7%) habían recibido tratamiento farmacológico, 9 (50%) de ellos con antidepresivos, 4 (22.2%) con benzodiacepinas, 3 (16.6%) con carbamazepina, 1 paciente (5.5%) metilfenidato y 1 (5.5%) otros medicamentos, lo que significa que el 49.2% se encontraban sin ningún tipo de manejo. (Cuadro 2).

Cuadro 2

DATOS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES ESTUDIADOS

	n	%
Ocupación		
Estudiante	53	81.5
Ninguna	6	9.2
Empleada	5	7.6
Hogar	1	1.5
Escolaridad		
Primaria	9	13.8
Secundaria	45	69.2
Preparatoria	11	16.9
Religión		
Católica	53	81.5
Ninguna	6	9.2
Otras	6	9.2
Padres separados	37	56.9
En tratamiento previo	33	50.8
Psicólogo	14	42.4
Psiquiatra	10	30.3
Paidopsiquiatra	5	15.1
Médico general	4	12.1
En tratamiento farmacológico	18	27.7
Antidepresivos	9	50.0
Benzodiacepinas	4	22.2
Carbamazepina	3	16.6
Metilfenidato	1	5.5
Otros	1	5.5

En relación a las características del intento suicida encontramos que en 30 pacientes (42.2%) había sido su primer intento, en 19 (29.2%) habían llevado a cabo 2 intentos, 7 (10.8%) 3 intentos, 2 pacientes (3.1%) habían llevado a cabo cuatro, cinco, seis y siete intentos respectivamente y un paciente había realizado el intento en 10 ocasiones.

El lugar en donde más frecuentemente se realizó el intento fue en casa con una frecuencia del 90.7% y de estos 67.7% ocurrió en la recámara, 10.8% en el baño,

4.6% en la cocina, 4.6% en la sala, y 3.1% en el comedor. Los intentos suicidas realizados fuera de casa correspondieron al 9.3% y de estos se realizaron 2 (3.1%) en la escuela, 2 (3.1%) en un internado y 2 (3.1%) en la calle.

El factor desencadenante que más frecuentemente se encontró fue el de problemas familiares en 38 pacientes con una frecuencia de 58.4%, seguido de problemas referidos por los pacientes como "problemas emocionales", en donde lo referían como tristeza en 10 pacientes (15.3%), problemas con el/la novio/a 8 pacientes (12.3%), problemas escolares 3 adolescentes (4.6%), problemas con amigos 2 pacientes (3.0%), y problemas en el trabajo, miedo al embarazo, deseo de llamar la atención y abstinencia con una frecuencia de 1.5% en un paciente respectivamente cada uno de ellos.

De los métodos utilizados por sexo en el grupo de mujeres el más frecuente es la ingesta de medicamentos en 33 pacientes (59%) segundo con lesiones generadas por instrumento punzo cortante de 10 pacientes (17.8%), el ahorcamiento los realizaron 3 pacientes (4.6%), el arrojarse al vacío 2 (3.57%) y la utilización de dos métodos (toma de medicamentos y lesiones) con un 12.5% de 7 adolescentes y una paciente inhaló éter (1.7%). Para el grupo de varones el primer lugar lo ocupan las lesiones generadas por instrumento punzo-cortante 5 (55.5%) seguidas por el ahorcamiento cometido por dos adolescentes (22.2%) el tercero y cuarto lugar lo ocupan la ingesta de medicamentos y dos métodos utilizados (lesiones y toma de medicamentos) con un 11.1% respectivamente y ningún varón adolescente utilizó el método de arrojarse al vacío. En el cuadro 3 se reportan los datos globales.

La letalidad del intento arrojo que el 49.2% de los pacientes tuvieron una alta letalidad, el 26.2% leve y el 24.6% moderada.

Los medicamentos más empleados para realizar el intento suicida fueron los antidepresivos, las benzodiazepinas, la carbamazepina, y la combinación de varios medicamentos. Veinticinco pacientes tomaron solo un medicamento que equivale al 73.5%. Nueve pacientes realizaron combinaciones de los medicamentos correspondiendo a un 26.4%. Cabe mencionar que el medicamento más utilizado fue la carbamazepina por 10 pacientes.

En relación con las expectativas con respecto al intento suicida realizado 37 paciente (56.9%) pensaron que consumirían el suicidio, mientras que el 28 (43.1%) pensaron que no.

Todos estos datos proporcionados, tienen principalmente las características de los intentos cometidos por mujeres, esto generado porque la población en estudio está formada por el 81.6%, datos que coinciden con los reportes de la literatura. (Cuadro 3).

Cuadro 3

CARACTERISTICAS GENERALES DEL INTENTO SUICIDA

No Intento	n	%
Primero	30	46.2
Otros (2 a 10)	35	53.8
Lugar		
En casa	59	90.7
Fuera de casa	6	9.3
Factor Desencadenante		
Problemas familiares	38	58.4
Otros	27	41.5
Método		
Toma de Medicamento	34	52.3
Cortarse	15	23.1
Otros	16	24.6
Letalidad		
Alta	32	49.2
Otros	33	50.7
Medicamentos		
Combinación de varios	25	73.5
Un medicamento	9	26.4
Pensaron que si morirían	37	56.9
Pensaron que no morirían	28	43.1

Se determinó si había depresión con la aplicación de la Escala de Birleson observamos que las mujeres presentan más depresión con un promedio de 15.3, en comparación con los hombres que presentaron un promedio de 13.6, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas con una $p= 0.27$ (Cuadro 4).

En cuanto a la aplicación de la Escala de Connors-Wells observamos que en las mujeres el factor más importante son los problemas del control del enojo, con un promedio de 1.43 seguido de los problemas emocionales con un promedio de 1.39, problemas familiares con promedio de 1.2 y la impulsividad con un promedio de 1.08. En los hombres el factor más importante fue los problemas con el control del enojo con promedio de 1.5, seguido por la impulsividad con promedio de 1.48, problemas familiares con promedio de 1.4 y por ultimo los problemas emocionales con un promedio de 1.38.

De estos datos podemos observar que los problemas del control del enojo son los más importantes tanto en hombres como en mujeres, los cuadros afectivos y

familiares son similares en ambos grupos, pero la impulsividad es significativamente más alta en los varones con una $p < 0.05$ (Cuadro 5)

Cuadro 4

DEPRESIÓN ESCALA BIRLESON

	n	Promedio	P*
Mujeres	56	15.3	0.27
Hombres	9	13.6	

* t de Student

Cuadro 5

ESCALA DE CONNERS-WELLS

	Mujeres		Hombres		**p
	Promedio	*d.e.	Promedio	d.e.	
Problemas familiares	1.2	0.58	1.4	0.60	0.4
Problemas emocionales	1.39	0.59	1.38	0.35	0.9
Problemas de conducta	0.72	0.47	0.95	0.35	0.1
Problemas cognitivos	0.95	0.58	1.09	0.58	0.5
Problemas del control del enojo	1.43	0.27	1.5	0.27	0.4
Hiperactividad	1.1	0.60	1.43	0.53	0.1
Indice global de TDA	1.25	0.56	1.45	0.48	0.2
Distractibilidad DSM IV	1.17	0.72	1.23	0.43	0.7
Impulsividad DSM IV	1.08	0.5	1.48	0.5	0.05
Total DSM IV	1.12	0.61	1.35	0.43	0.1

*d.e. desviación estándar.

** t de Student

Con respecto a los diagnósticos, se elaboraron 3 grupos en donde se agruparon por características diagnósticas. En el Grupo I llamado Conductual, se integró a los pacientes con diagnósticos que están más involucrados con alteraciones de la

impulsividad (trastorno de inestabilidad emocional, trastorno desafiante opositor, trastorno de abuso de sustancias, trastornos disociales); el Grupo II llamado Afectivo, se agrupó de acuerdo a los diagnósticos que involucran depresión (trastorno depresivo moderado o grave, episodios depresivos graves a moderados) y el Grupo III llamado Mixto, se formó con los diagnósticos que comparten las dos características de los grupos anteriores.

En base a los diagnósticos encontramos que 16 pacientes 24.6% se incluyeron en el grupo de diagnósticos que involucran a la impulsividad, 38 pacientes (58.5%) constituyeron el grupo de los diagnósticos que involucran a la depresión y 11 (16.9%) del último grupo que involucra características de los dos grupos anteriores (Cuadro 6).

Cuadro 6

CARACTERISTICAS DE LOS DIAGNOSTICOS POR GRUPOS

	Fem.	Mas	n	%
Grupo I	14	2	16	24.6
Grupo II	33	5	38	58.5
Grupo III	9	2	11	16.9

Cuando comparamos los grupos diagnósticos con los pacientes deprimidos y no deprimidos, se encontró que el 66.15% corresponderían a pacientes deprimidos. Aunque si juntamos los grupos I y III la diferencia ya no es muy significativa. (Cuadro 7)

Al comparar los resultados de la Escala de Birlson con los resultados de la Escala de Conners-Wells observamos que en los problemas afectivos existe diferencia significativa entre los grupos de deprimidos y no deprimidos; se observa claramente que existen mas problemas familiares en los pacientes deprimidos y mayor impulsividad, siendo el grupo de deprimidos en que arroja mayor problemática como es de esperarse. En relación a los problemas del control del enojo fue semejante en ambos grupos siendo todos los resultados estadísticamente significativos. (Cuadro 8)

Cuadro 7

DEPRESIÓN EN LOS GRUPOS DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS

DEPRESIÓN	GRUPO I Conductual	GRUPO II Afectivo	GRUPO III Mixto	n	%
No deprimidos	9.23% (6)	16.92 (11)	7.69 (5)	22	33.85
Si deprimidos	15.38% (10)	41.54 (27)	9.23 (6)	43	66.15

Cuadro 8

PROBLEMAS DE LOS ADOLESCENTES DEPRIMIDOS Y NO DEPRIMIDOS.

	No -deprimidos		Sí -deprimidos		p
	Promedio	de	Promedio	de	
Problemas familiares	1.04	0.54	1.41	0.57	0.01
Problemas emocionales	1.0	0.45	1.59	0.50	0.001
Problemas de conducta	0.54	0.36	0.87	0.47	0.003
Problemas cognitivos	0.57	0.52	1.18	0.5	0.001
Problemas del control del enojo	1.07	0.56	1.6	0.58	0.005
Hiperactividad	0.86	0.6	1.29	0.55	0.008
Índice global de TDA	0.95	0.46	1.44	0.53	0.004
Distractibilidad DSM IV	0.76	0.58	1.39	0.63	0.002
Impulsividad DSM IV	0.94	0.62	1.23	0.54	0.07
Total DSM IV	0.85	0.57	1.31	0.54	0.003

Prom. = Promedio, d.e = desviación estándar. *Prueba de Wilcoxon.

Al comparar los grupos diagnósticos con los resultados de la Escala de Conners-Wells, los problemas afectivos fueron iguales en el Grupo I y el Grupo II, siendo que son diferentes en categorías diagnósticas.

En los problemas del control del enojo es evidente que hay una mayor proporción en el Grupo I, seguido del grupo II y en la impulsividad hay una diferencia significativa entre los grupos de $p= 0.01$, correspondientes a la mayor proporción en el Grupo I con un promedio de 1.49, seguido por el Grupo II con un promedio 1.06 y por último el Grupo 3 con un promedio de 1.33

Para el Grupo I aquellos aspectos relacionados a los problemas conductuales como es: problemas familiares, problemas con el control del enojo, hiperactividad e impulsividad entre otros, tienen mayores promedios en relación al grupo II en los mismos parámetros, que por criterios diagnósticos deberían de salir con menores promedio comprobado en este estudio, ejemplo de ello es Grupo I con problemas familiares dando un promedio de 1.51, vs. Grupo II 1.28 esto directamente demuestra que un adolescente disruptivo produce mas conflictos y disfunción dentro de su familia que un deprimido, un segundo ejemplo es la impulsividad para el Grupo I con 1.49 vs Grupo II 1.06 en donde el adolescente tiene un problema conductual con un bajo control de impulsos en relación a aquel adolescente deprimido que se muestra más pasivo. (Cuadro 9).

Cuadro 9

COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS DIAGNÓSTICOS Y CONNERS-WELLS

	Grupo I Conductual		Grupo II Afectivo		Grupo III Mixto		p*
	Prom.	d.e.	Prom.	d.e.	Prom.	d.e.	
Problemas familiares	1.51	0.61	1.28	0.56	1.02	0.60	0.1
Problemas emocionales	1.43	0.55	1.43	.059	1.22	0.47	0.4
Problemas de conducta	1.05	0.51	0.71	0.41	0.53	0.43	0.01
Problemas cognitivos	1.15	0.66	0.94	0.52	0.84	0.70	0.3
Problemas del control del enojo	1.59	0.58	1.42	0.66	1.33	0.66	0.5
Hiperactividad	1.35	0.58	1.08	0.60	1.08	0.63	0.2
Indice global de TDA	1.53	0.54	1.23	0.54	1.08	0.58	0.1
Distractibilidad DSM IV	1.53	0.67	1.09	0.67	0.98	0.62	0.07
Impulsividad DSM IV	1.49	0.55	1.06	0.52	0.89	0.67	0.01
Total DSM IV	1.51	0.57	1.08	0.55	0.93	0.61	0.01

Prom. = Promedio, d.e = desviación estándar. *Prueba de Wilcoxon.

DISCUSIÓN

Al igual que en los estudios reportados sobre el tema, en el nuestro los adolescentes que intentan el suicidio tienen más depresión que impulsividad; en relación al genero, nuestro estudio arroja que las adolescentes mujeres tienden más a realizar estos actos que los hombres, en una proporción de 6:1 en este estudio, concuerda con datos reportados en la literatura tanto nacional como internacional.

Nosotros encontramos una edad promedio de 15 años a diferencia de otros estudios en los que se reporta menos edad.

En nuestro estudio a diferencia del reportado por Brown en 1991, encontramos que existe en los varones mayor impulsividad que depresión por lo que consideramos uno de los hallazgos más importantes no documentados en otros trabajos; claro esta que esto puede ir mucho en relación con los pocos varones de nuestra muestra.

Con respecto a las características de los intentos suicidas, los datos son muy semejantes a los obtenidos en otros estudios como que el método más utilizado es la ingesta de varios medicamentos, predominando también los que atacan al sistema nervioso central como se cita en algunos estudios nacionales ya comentados anteriormente. También que poco más de la mitad de los pacientes que intentaron suicidarse estaban en tratamiento médico, de los cuales una gran proporción en tratamiento con especialistas relacionados a la salud mental, por lo cual muchos de los pacientes se encontraban en tratamiento farmacológico que pudo, haber sido la fuente de obtención de medicamentos que afectan al SNC.

En mas de la mitad de los pacientes de este estudio tenían antecedente de tener 2 o más intentos suicida, que es un factor de riesgo para consolidación de suicidio en el futuro.

A diferencia de otros estudios, nosotros reportamos que más de la mitad de los adolescentes que intentaron suicidarse lo hicieron con la intención de llegar a su objetivo, puesto que creyeron que iban a morir.

La relevancia de los problemas familiares quedo también establecida comprobando que más de la mitad de los adolescentes de nuestro estudio contaban con familias desintegradas, y las respuestas en el Connors ratificaron los problemas familiares.

La literatura internacional reporta que la mayoría de los pacientes con intento suicida, tienen psicopatología agregada. En nuestro estudio todos tenían por lo menos un diagnóstico psiquiátrico, y estos pertenecen a los grupos diagnósticos que incluyen depresión.

Cabe mencionar que otro dato interesante que se obtuvo fue los problemas relacionados con el control del enojo que es evidente tanto en los pacientes que sufren depresión como en los que no la presentan, pudiendo ser otra línea de investigación.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio llegamos a las siguientes conclusiones:

- ❖ En los adolescentes que llegaron al Hospital Psiquiátrico Infantil por haber intentado el suicidio hay predominio de depresión sobre la impulsividad.
- ❖ Al dividir la muestra por genero se encontró que este predominio era mas marcado entre las mujeres, en cambio en los varones hay mayor impulsividad que depresión (14% de la muestra).
- ❖ Hay predominio de mujeres adolescentes que intentan el suicidio en una proporción aproximada de 6:1
- ❖ El método mas utilizado es la toma de la combinación de medicamentos.
- ❖ Poco más de la mitad de los adolescentes que intentaron el suicidio pensaban que si morirían como consecuencia del intento, lo cual confirma lo que va muy en relacionado a la proporción de los sujetos deprimidos y la intención a quitarse la vida.
- ❖ Destaca como factor predisponente para el intento suicida la existencia de problemas familiares.
- ❖ La totalidad de los pacientes, tenían por lo menos un diagnóstico psiquiátrico.
- ❖ Los diagnósticos psiquiátricos en su mayor parte pertenecen a los grupos diagnósticos que incluyen depresión.
- ❖ En más de la mitad de los pacientes se trato de un intento de repetición.
- ❖ Poco menos de la mitad de los pacientes estaban en tratamiento con psiquiatra o Paidopsiquiatra antes del intento.
- ❖ Poco mas de los pacientes vivían en familias incompletas por la separación de los padres.

REFERENCIAS.

1. Blos P. The Adolescent Passage. Nueva York: Internacional Universities Press, 1979, pp.141-170.
2. Birmaher B, et al. Childhood and Adolescent Depression A review of the past 10 years. Part I. J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996; 35(11): 1427-1439.
3. Brown G, Overholser J, Spirito A, Fritz G: The correlates of planning in adolescent suicide attempts. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry, 30:95-99, 1991.
4. Conners CK, Wells KC, Parker JD, Siltarenios G, Dimond JM, Powell JW: A New Self-report Scale for Assessment of adolescent Psychopathology: Factor Structure, Reliability, Validity, and Diagnostic Sensitivity, 1997; 25 (6): 487-497.
5. De la Peña F, Lara M.C.,y Cols. Traducción al español y validez de la escala de Birlerson (DSRS) para Trastorno Depresivo Mayor en la adolescencia.
6. Grau-Menenghella. Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina 2000
7. Isaías L. Manuel. La encrucijada de la adolescencia. Editorial Hispánicas. México 1987
8. Jiménez A, Sentíes H, Ortega H A: Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida.
9. Knobel M. Rasgos psicóticos: endógenos o exógenos. Una contribución a la influencia de los factores socio-políticos en la patología de la adolescencia. Psiquiat Psicol. Méd. Barcelona 1985.
10. Kovác MJ. Comportamientos autodestructivos con Suicidio en: M.J. Kovác y cols.,eds., Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo 1992: 165-187.
11. López M. I. La representación mental que los padres tienen del hijo por nacer y su importancia como determinante en el desarrollo psicológico. Cuadernos de psicoanálisis. 11 México 1978
12. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La Medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. Salud Mental 2001, 24(6): 4-15.
13. Platas E, Saucedo JM, Higuera F, Cuevas ML. Funcionamiento Psicosocial en menores que intentan el suicidio. Psiquiatría, 1998; 14 (2):51-55.
14. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 2001; 40(7): 24S-51S.
15. Saucedo G, Montoya C, Higuera R, y cols. Intento de Suicidio en la niñez y la adolescencia ¿Síntoma de depresión o de impulsividad-agresiva? Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 1997; 54 (4):169-175.