

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”

TESIS:

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PRESENCIA DE INTENTO SUICIDA ASOCIADO A IDEACIÓN SUICIDA, DESESPERANZA Y PSICOPATOLOGÍA EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

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

ARMIDA GRANADOS ROJAS

TUTOR TEÓRICO:

Dra. Edith Padrón Sólomon

TUTOR METODOLÓGICO:

Dr. Francisco Franco Salazar López

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	4
II. MARCO TEÓRICO	6
a) Panorama epidemiológico	
b) Panorama epidemiológico en adolescentes	
c) Epidemiología del suicidio en adolescentes en México	
d) Factores de riesgo para el suicidio en adolescentes	
e) Psicopatología vinculada al riesgo suicida en adolescentes	
f) Estudios sobre suicidio en México	
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
IV. JUSTIFICACIÓN	17
V. OBJETIVOS	18
a) General	
b) Particulares	
VI. HIPÓTESIS	18
VII. MATERIAL Y MÉTODO	18
1. Sujetos	
Universo de estudio	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
2. Instrumentos	18
Escala de ideación suicida de Beck	
Escala de desesperanza de Beck	
Autoreporte para adolescentes de 11 a 18 años de Achenbach	
3. Procedimiento	22
4. Análisis	22
5. Variable independiente	
6. Variable dependiente	
VIII. RESULTADOS	25
IX. DISCUSIÓN	31
X. CONCLUSIONES	37
XI. BIBLIOGRAFÍA	39
XII. APÉNDICES	42

AGRADECIMIENTOS.

A la Dra. Edith Padrón Sólomon, por su apoyo en la elaboración de los apartados teóricos de este trabajo.

Al Dr. Francisco Franco Salazar López, por su apoyo en los aspectos metodológicos de este trabajo, particularmente en el análisis estadístico.

A la Dra. Gabriela Santos Mendoza, por su apoyo en la evaluación clínica de los pacientes del servicio de urgencias en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Al Dr. Víctor Manuel Velázquez López, por el apoyo logístico en el reclutamiento de pacientes en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa.

A los médicos adscritos y residentes del Servicio de Urgencias del Hospital Pediátrico de Iztapalapa, por su apoyo en la identificación de la población muestra de este trabajo.

A los pacientes y familiares de ellos, que amablemente participaron en el desarrollo de esta investigación.

I. INTRODUCCIÓN.

El fenómeno suicida es un espectro de riesgo y propensión, con una progresión implícita en el nivel de riesgo, desde pensamientos a planes específicos, gestos o actos autolesivos menores hasta intentos con variable rango de letalidad potencial y el suicidio consumado. La conducta suicida incluye el suicidio, que generalmente se entiende de dos maneras, cuando el sujeto realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, aunque su intención final no era quitarse la vida, pero por la gravedad de la autoagresión culmina en esta; y cuando tiene éxito en su intento de darse muerte a través de este acto de autoagresión. El intento de suicidio son las acciones que hubiesen resultado en seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna. Es importante establecer entonces la característica “dinámica” de la conducta suicida, la cual cursa por etapas que no son necesariamente secuenciales ni indispensables (8, 30).

En 1986, el grupo de trabajo sobre suicidio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la definición de parasuicidio (o intento suicida) que asumimos como un acto con una consecuencia no fatal, en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte que, sin la intervención de otros, le causará daño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéutica generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desea a través de las consecuencias físicas y/o psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte (32). Cabe señalar que si bien las definiciones clásicas hacen hincapié en que es un acto propositivo y conciente para tratar de quitarse la vida, como mencionamos no siempre es este propósito el que subyace y motiva un intento suicida, ello podría deberse a la obtención de ganancias secundarias, llamar la atención, manipular o incluso castigar. Pero sea que el propósito voluntario y conciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo, dado que puede morir aun sin habérselo propuesto, sucediendo también que ocurra lo contrario, esto es, que no muera aun deseando hacerlo (20).

La conceptualización de conducta suicida se puede hacer desde varios puntos de vista, en este trabajo lo haremos tomando como base el campo de las estructuras mentales. Como afirmaba Beck, los suicidas tienen un estilo cognitivo peculiar, que no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados, con diversos factores de riesgo, lo cual incrementa a su vez el riesgo suicida, aumentando también la ideación suicida, lo cual explica que pocas veces se llegue al suicidio en forma abrupta, existiendo sin embargo aquellos que evolucionan muy rápidamente, casi siempre existen inicialmente fantasía aun en como solucionar sus conflictos, pero a medida que la idea de suicidarse es continua, persistente y se carece de otros recursos cognitivos y más aún cuando esta se relaciona con estados emocionales, entonces surgen los pensamientos de cómo llevarlos a cabo, para después ensayar los métodos, creándose entonces un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta cometer el intento suicida o suicidio consumado (4, 5, 22).

La aplicación del enfoque de riesgo al estudio de la conducta suicida es uno de los pasos más importantes en el conocimiento y prevención del suicidio que se ha producido a escala mundial, pues los factores de riesgo pueden ser causa o indicadores del comportamiento, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia de éste, lo cual nos permite anticipar una atención preventiva, adecuada y oportuna a fin de evitar dicha conducta patológica (32). Por un lado, se ha documentado que el intento suicida es un importante predictor de futuros intentos suicidas e incluso de suicidios consumados; y por el otro, la literatura científica evidencia que los trastornos depresivos y la ideación suicida se relacionan con la conducta suicida en las diversas poblaciones estudiadas (30).

Como factores de riesgo, cabe señalar que es la interacción entre ellos lo que potencializa el riesgo, porque cada uno de ellos contribuye en alguna medida, y por ello es importante incidir en la prevención y tratamiento en etapas tempranas, a fin de minimizar las consecuencias. Pasar de la investigación descriptiva a la aplicada compromete la identificación de los correlatos protectores y de riesgo pertinentes a cada población, pues si bien pueden guardar similitudes con otras poblaciones, también pueden presentar particularidades intrínsecas a su contexto sociocultural (23).

Los intentos de suicidio son atendidos en la mayoría de los casos, en los servicios de urgencia de los hospitales generales. En estas circunstancias lo prioritario tras estabilizar las constantes vitales del paciente es una correcta valoración de cara a evitar un reintento. En la evaluación del paciente con tentativa de suicidio además de los factores sociodemográficos hay que tener en cuenta la actitud del paciente ante lo sucedido, la indagatoria exhaustiva de los factores relacionados al intento, sus expectativas de futuro, la presencia de un trastorno psiquiátrico y el antecedente de una tentativa previa (27). Es muy importante recoger las características de la conducta suicida para evaluar los factores de riesgo inminente. Para la exploración de la conducta suicida se existen numerosas escalas de evaluación y protocolos de decisión, los cuales han sido objetos de evaluación y crítica, sin que exista un consenso al respecto, por tal motivo es necesario el abordaje de el fenómeno suicida desde la perspectiva de riesgo para establecer parámetros de manejo (30).

Debido a la dificultad de conceptualizar la conducta suicida, nos hemos interesado en este trabajo en revisar la información en la población adolescente, ya que esta presenta una frecuencia importante de dicha conducta y nos interesa aun más en los centros de atención que puedan tener contacto inicial o secundario con los adolescentes que presenten dicha conducta suicida, como lo son los servicios de urgencias de hospitales generales y por supuesto los servicios de atención psiquiátrica, evaluando por supuesto los factores de riesgo asociados al suicidio, que son la ideación suicida, el intento suicida previa, la desesperanza y la psicopatología, evaluando a la población total de adolescentes que acudan a los servicios de atención en los centros mencionados.

II. MARCO TEÓRICO.

1.- Panorama epidemiológico.

En el año 2000 la OMS hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16 por cada 100 000 habitantes. En nuestro continente el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos decenios, convirtiéndose en una preocupación seria en materia de salud pública. Si alarmantes son las cifras de suicidio más lo son los intentos. Los investigadores afirman que a nivel mundial por cada suicidio se realizan unos 10 intentos, calculándose que cada día se efectúan unos 12 000 intentos suicidas en el mundo (32). El suicidio es frecuente, pero aún más el intento suicida. Cada año ocurre un millón de suicidios en el mundo, afectando en promedio a 6 ó 7 sobrevivientes por suicidio. En 1998, el suicidio fue la octava causa de muerte en todas las edades en los Estados Unidos y la tercera causa de muerte entre hombres y novena en mujeres jóvenes y adultos jóvenes de los Estados Unidos de América y Europa (15-24 años) (12, 40).

El suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas. En 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres. El estudio del suicidio a nivel poblacional se ha abordado desde diferentes disciplinas: la sociología, la antropología, la psicología y la psiquiatría. Estas disciplinas han hecho uso de las estadísticas vitales publicadas periódicamente para muchas de sus investigaciones, pero cabe preguntarse sobre la calidad de esta información (32).

La fuente primaria sobre el suicidio consumado en el país es el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), que reúne la información de los certificados de defunción y la difunde por medio de la publicación de los Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos. Por el creciente interés en este tema, el INEGI también ha publicado números especiales sobre el suicidio (25, 30). Por su parte, la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud presenta anualmente información detallada sobre las causas de muerte, recabadas por el INEGI, desglosándolas por edad, sexo y entidad federativa. Por otro lado, la Procuraduría de Justicia y los Ministerios Públicos son otra fuente de información, debido a que el suicidio y el intento suicida requieren de la investigación legal de estas instituciones (26).

Esta multiplicidad de fuentes ha dado lugar a cierta incongruencia en los resultados y en las tendencias reportados por los diferentes investigadores. Los estudios recientes muestran que algunos de los registros estadísticos sobre la conducta suicida en México son poco confiables. Especialmente grave es la situación que se observa en las estadísticas sobre los intentos de suicidio. La multiplicidad de las fuentes de registro y el hecho de que no sea obligatorio reportarlo, da lugar a que, en ocasiones, se presenten subregistros e información contradictoria. Borges demostró que en el Ministerio Público están subregistrados los intentos

de suicidio, ya que su número en un año determinado es menor que el de los suicidios consumados, lo que no concuerda con la historia natural del suicidio (30).

En países con mejores sistemas de registro éstos reportan más intentos de suicidio que suicidios consumados, pero en México esta situación es a la inversa. Por ejemplo, en 1997 se reportaron 3,370 suicidios consumados en toda la república, pero, según el INEGI, sólo se reportaron 340 intentos de suicidio en el mismo año (27). Algunos estudios realizados en el país mencionan este subregistro de los intentos de suicidio. Por ejemplo, Heman (27), encontró 250 casos de intentos de suicidio en los hospitales de urgencias del D.F., mientras que en los registros oficiales no se reportó ninguno. Otro problema proviene de la Procuraduría de Justicia, la cual a veces impide acceder a la información sobre los intentos de suicidio “por tratarse de información confidencial”.

Por lo tanto, los registros sobre los intentos de suicidio no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país. Por las limitaciones de la información oficial sobre este tema, los investigadores interesados en esta área han optado por describir apropiadamente los conceptos de ideación suicida y por desarrollar cuestionarios adecuados para obtener información sobre los intentos de suicidio directamente del sujeto. En los últimos años han aparecido algunas publicaciones que informan sobre la prevalencia de los intentos de suicidio y de ideación suicida entre diferentes grupos y poblaciones de México. Sin embargo, hasta ahora, esta información no ha dado una visión de conjunto ni ha discutido sus limitaciones (27, 30).

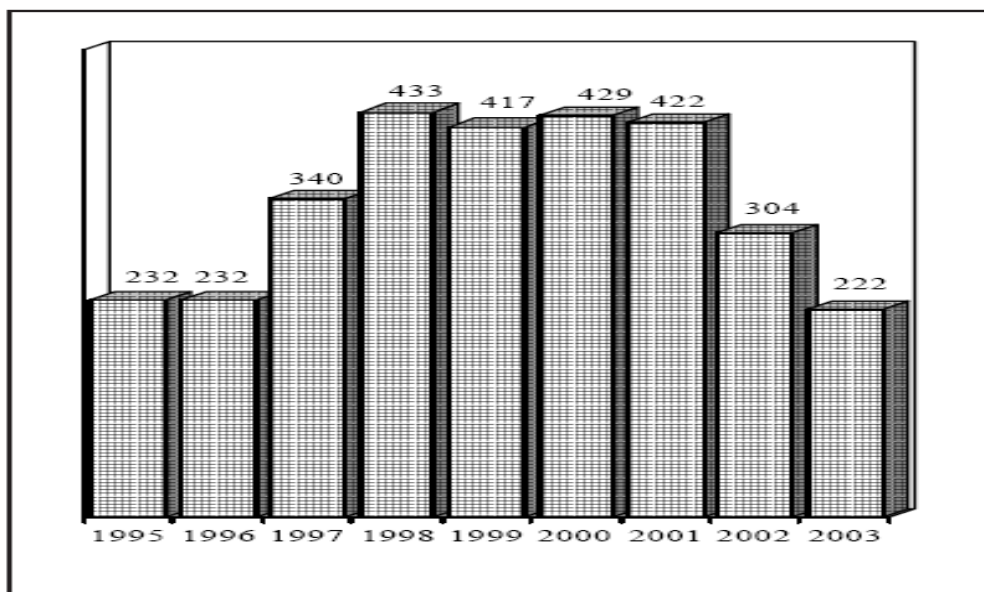
En 1994 la mortalidad por suicidio representaba poco más del 0.6% del total de las muertes. Esta cifra se ha incrementado paulatinamente, al pasar del 0.11 al 0.62%. En 1970, hubo 554 muertes por suicidio en la República Mexicana, y en 1994 hubo 2 603. Los cambios en la tasa de suicidio no se dieron de manera uniforme, sino que hubo momentos dramáticos, así, entre 1973 y 1974 hubo un incremento del 222.05% en la mortalidad por suicidio para ambos sexos. A partir de este año (1974) la tasa de suicidio entra en un nuevo escalón, relativamente constante, hasta 1985. De 1984 a 1985 la tasa de suicidio para la población total se incrementa en 64.56%, y entra así en otro nivel del que no ha bajado.

Para el conjunto de la población, el suicidio se incrementó en 156% entre 1970 y 1994 (8). El suicidio consumado en México y el mundo es un problema que afecta en mayor medida al sexo masculino. La razón de tasas masculina/femenina para 1995 es de 4.10 (1.82/0.44) y para el 2004 es de 5.6 (4.9/0.87); es decir, el diferencial de mortalidad hombres/mujeres no sólo no ha disminuido, sino que se ha ampliado durante el periodo, siendo el incremento porcentual del suicidio ha sido de 170% para los hombres y de 98% para las mujeres (30).

En México, la presentación del intento suicida ha tenido variaciones en los últimos 10 años, siendo la mayor variación en el año 2000 con un total de 429 casos con una variación porcentual de 2.9%, según los datos obtenidos por el INEGI, se registra en 2004 la variación porcentual mas baja con un -13.1%, sin que esto represente una disminución significativa de los

intentos suicidas ya que se considera un subregistro importante de este fenómeno (Gráfica 1) (25).

Gráfica 1. Intentos de suicidio de 1995 al 2003.



FUENTE: INEGI (25)

A nivel mundial se observa que la población con mayores índices de suicidios consumados son los hombres jóvenes de 15 a 24 años. Y las mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años. En cuanto a la ideación suicida sabemos que los mayores índices de intentos suicidas se ubican entre las mujeres del grupo de 19 a 25 años y que en varones los índices de intento suicidas son mucho menores que en las mujeres en cualquier rango de edad. Si tomamos en consideración que en estos rangos de edad se encuentran los mayores índices de suicidio consumado, y que uno de los principales factores de riesgo es el haber intentado antes el acto auto lesivo, cabe la hipótesis de que la población en mayor riesgo de suicidarse sea la adolescente (30).

2.- Panorama epidemiológico en adolescentes.

En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre adolescentes y jóvenes adultos sin una explicación clara para este fenómeno. En 1980 el suicidio fue la séptima causa de muerte para niños entre 5 y 14 años de edad en los Estados Unidos, convirtiéndose en la quinta causa para 1993. Diversos estudios de los años noventa informaban de que las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes se habían triplicado desde mediados del siglo XX. Aunque desde entonces las cifras se han mantenido con ciertas

oscilaciones, lo cierto es que actualmente constituye la segunda o tercera causa de muerte en este colectivo en la mayor parte de los países industrializados (40).

De particular relevancia es el caso de las tentativas de suicidio, ya que las tasas más altas se encuentran entre los 15 y 25 años. En Europa, la mayor parte de las tentativas de suicidio se dan en adolescentes y jóvenes adultos. Una posible explicación tiene que ver con la vulnerabilidad derivada de las numerosas fuentes de estrés asociadas a los notables cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que conlleva esta etapa de la vida. Aunque tal vulnerabilidad puede considerarse “normal”, la delimitación de los factores capaces de determinar una especial predisposición a las conductas suicidas ha sido uno de los objetivos de investigación que han alcanzado mayor relieve en los últimos años (11, 12).

A lo largo de la historia ha habido una gran discrepancia entre las frecuencias reportadas de depresión en niños y en adolescentes. Posiblemente sea debido a que los diferentes estudios tomaban edades diferentes, utilizaban diferentes medidas y/o diferentes criterios para medir depresión, mencionando que se presenta en un 2 % de prepúberes y entre un 5 – 8 % de adolescentes. Hasta la década de 1950, la información sobre los suicidios de los jóvenes se obtenía mediante el análisis de casos nada representativos, revisiones de la demografía de suicidios extraída de los datos de los certificados de defunción y especialmente sobre la dinámica que ocurre en el mismo. A finales de esa década apareció el primer estudio sistemático de autopsia psicológica en adultos que demostró la importancia del trastorno psiquiátrico como uno de los motivos potenciales de la mayor parte de los suicidios. A éste le siguieron estudios similares con niños y adolescentes; que confirmaron esta asociación durante la adolescencia. A partir de la mitad de la década de 1960, la incidencia de los suicidios dentro de los varones jóvenes, comenzó a incrementarse en muchos países, el porcentaje de incremento se estableció hacia el final de la década de 1980 y en numerosos países actualmente muestra signos de disminución. A diferencia de lo que se encuentra en países como el nuestro, en especial en el Distrito Federal, donde se reconoce como un problema de salud pública que se debe atender en la edad adolescente no solo por su prevalencia sino también por la tendencia al aumento (6, 12, 16).

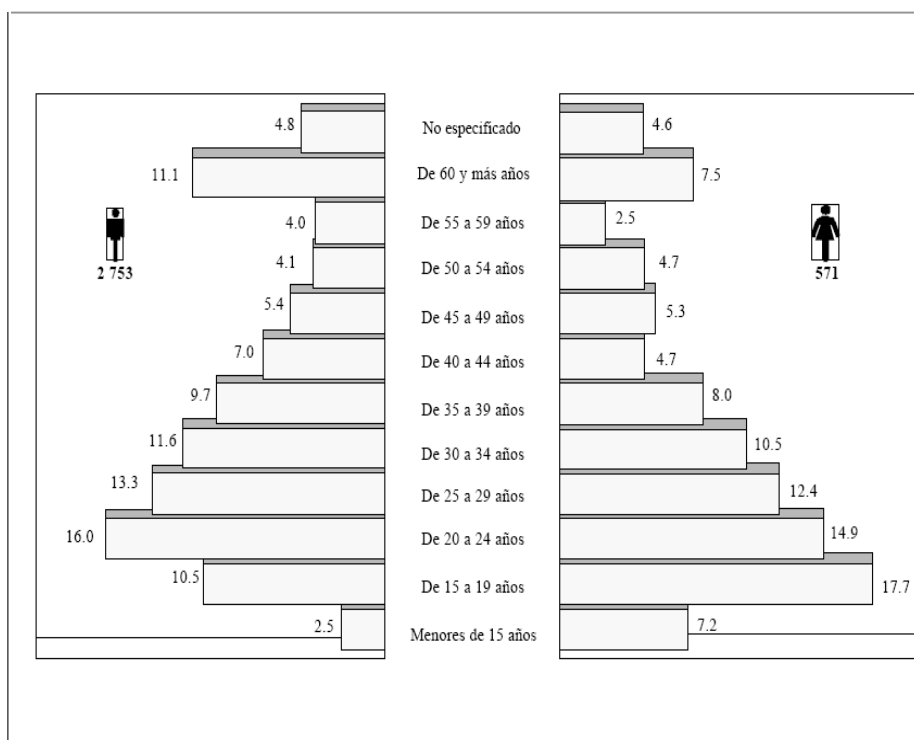
3.- Epidemiología del suicidio en adolescentes en México.

En el 2005 en México, se encontró que la mayor proporción de muertes causadas por suicidio se presenta dentro del grupo de 15-19 años para las mujeres, y en el grupo de 20-24 años para los hombres, con una tasa de suicidio de 2-4/100.000 para ambos géneros y para todos los grupos de edad, oscilando entre 4-6/100.000 para hombres y de 1-3/100.000 para mujeres. En este momento nos enfocaremos a las estadísticas nacionales proporcionadas por el INEGI y específicamente en los grupos de edad que más se aproximen al grupo propiamente de adolescentes. De relevancia es mencionar la estadística a partir del 20001 hasta el 2005. En el grupo de edad de 5 a 14 años observamos que de forma global (ambos sexos), los suicidios se encontraban en el lugar número 8 como causa de muerte, representando en el 2001 el 2 % del total de muertes y en el 2005 un 2.2% del total. Importante es destacar que en el grupo de

mujeres en esta misma estadística, el suicidio se ubicó como la 14^{ava.} causa de muerte y en hombres como la 7^a causa de muerte total (26).

En el grupo de 15 a 19 años, de forma global el suicidio se ubico como la 4^a causa de muerte, variando desde el 2001 de un 5.5% a un 6.4% en el 2005. En la distribución por sexo se conserva el perfil epidemiológico mundial en donde en los varones es la 3^a causa de muerte, con un 6.4% y en las mujeres es la 6^a causa de muerte con un 4.1%, dichos porcentajes y ubicaciones como causa de muerte, por supuesto se han modificado en forma ascendente. Mostramos a continuación la gráfica 3, que muestra la distribución por grupos de edad y por sexos en la que cabe resaltar los porcentajes de los que hablábamos en los grupos cercanos a la adolescencia (26).

Gráfica 3. Distribución porcentual de hombres y mujeres según grupo de edad 2005.



Fuente: INEGI (26)

4.- Factores de riesgo para el suicidio en adolescentes.

La adolescencia es un período de muchos cambios, tanto físicos como emocionales, que presenta nuevos retos para la sociedad. Muchas situaciones que ocurren durante la adolescencia pueden llevar al adolescente a tener algún pensamiento suicida; sin embargo muchos identifican los factores de riesgo como la sintomatología depresiva, baja autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos. La adolescencia es el período dónde se establece el sentido de la vida y la identidad propia, a través de las cuales se superan la difusión

de roles y la confusión de identidad. Este período requiere la búsqueda de identidad y establecer un auto-concepto en el cual el pasado, presente y futuro se unen para formar un todo. Si el adolescente fracasa en esta tarea, será susceptible a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio (14, 24).

La conceptualización de factor de riesgo para el suicidio tiene abordajes desde diversas disciplinas, pero de forma general comentaremos que los factores son individuales, dentro de esta área comentaremos que los aspectos quedan divididos no así aislados, en la esfera biológica y psicológica; restando por otro lado el aspecto psicosocial (16). Son muchos los trabajos que han ido aportando información sobre el papel de determinadas variables, habiéndose señalado condiciones tan dispares como la pérdida temprana de uno de los progenitores, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral, problemas económicos, entre otros.

Asimismo, diversos trabajos han demostrado que la actitud favorable hacia el suicidio correlaciona positivamente tanto con la ideación como con la tentativa suicida, considerándola como un factor con alto poder predictivo del comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes. La repetición del intento suicida es frecuente, una cifra cercana al 50% lo ha intentado con anterioridad y entre el 18 y 25% lo intentará nuevamente antes de que pasen dos años del primer intento. Entre el 25 y el 40% de las personas que intentan el suicidio ya lo había intentado en ocasiones anteriores, entre el 1 y el 2% de ellos logra su propósito al año siguiente de haberlo intentado, lo que representa un riesgo 100 veces mayor que el de la población general (16, 20). En los países europeos occidentales hay una mayor frecuencia del suicidio entre los adolescentes y jóvenes, sobre todo en varones, que en países europeos orientales y asiáticos, quizá debido a diferencias entre culturas individualistas vs. colectivistas (12, 40).

Por lo general el suicidio o el intento suicida en la adolescencia es un acto impulsivo aunque no exento de planeación en algunos casos, lo que debe llevar a tomar en cuenta que existen diferentes factores de riesgo, entre los cuales están tanto el antecedente de un intento suicida previo así como la desesperanza, aunado a otros como son: el contar con un diagnóstico psiquiátrico de alto riesgo, la presencia de alteraciones psicopatológicas importantes a la exploración, factores genéticos o de antecedentes, factores de estrés familiares, factores de estrés en el grupo de compañeros, deficiencias en la capacidad de comunicación, así como en la planificación y en la resolución de problemas (17, 18).

Aunque también se han reunido pruebas que indican que en los adolescentes vulnerables al suicidio, éste puede precipitarse si se exponen a narraciones reales o ficticias de suicidios, como la intensa cobertura informativa de suicidios reales o representaciones ficticias de suicidios como los que ofrecen determinadas películas o programas de televisión, el riesgo resulta especialmente elevado en los jóvenes, y se mantiene aproximadamente dos semanas.

El fenómeno de los suicidios colectivos también se relaciona presuntamente con la imitación (33, 34). Generalmente entre mayor es el número de factores de riesgo y menor es el de la protección, más alto es el riesgo de una conducta suicida. Los apoyos ambientales son en gran parte los recursos interpersonales de que dispone el individuo para que actúen como amortiguadores frente a la adversidad. Las capacidades de adaptación o de afrontamiento de situaciones son las estrategias psicológicas y conductuales de que dispone el individuo para hacer frente al estrés de manera eficaz (17, 20).

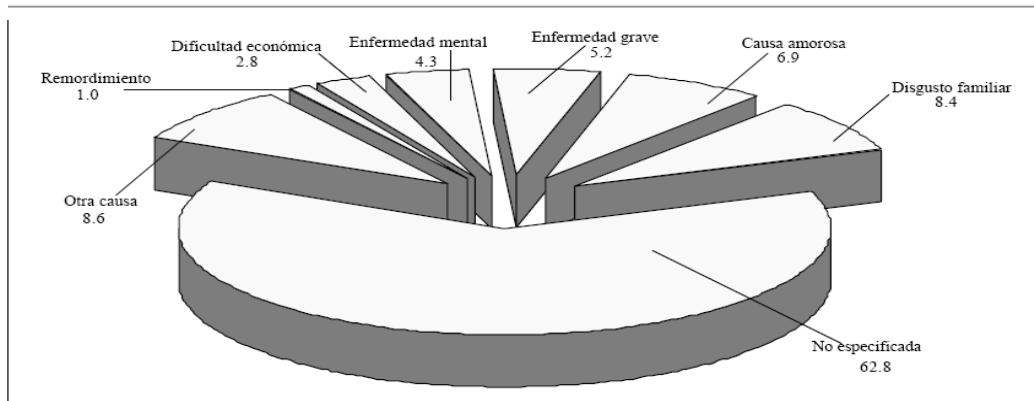
Es importante mencionar que los registros nacionales no dejan claros los conceptos a estudiar con respecto a factores de riesgo o causales, esto lo observamos en la gráfica 2 que muestra los diversos factores causales inmediatos que fueron investigados en las diversas instituciones que en nuestro país reportaron suicidios consumados, siendo de particular relevancia que en el 62.8% no se especifica ninguna causalidad o factor de riesgo. En el porcentaje restante observamos que no quedan claramente definidos los criterios para nombrar las causas de suicidio, quedando solamente especificadas las que tienen que ver con enfermedad mental con un 4.3% y enfermedad grave con 5.2%, quedando el resto englobadas en características individuales y sociales no delimitadas.

Respecto a la enfermedad mental es un porcentaje colocado en 4º lugar, sin embargo en cuanto al remordimiento, decepción amorosa y disgusto familiar, lleva implícito un malestar emocional que no queda claramente definido pero que deja cabida a la posibilidad de síntomas psiquiátricos. Lo anterior deja al descubierto que no hay una adecuada evaluación de tales factores de riesgo, aún cuando representan un porcentaje importante en la causalidad del suicidio consumado, dejando expuesta la necesidad de su evaluación en cualquier área donde se presente un suicidio y más aún cuando nos encontramos ante el intento suicida, ya sea en un hospital general, o en un hospital psiquiátrico (26, 27).

Finalmente en este rubro resaltaremos de manera inicial el papel de la desesperanza, la cual está relacionada en mayor proporción con psicopatología como lo explicaremos más adelante, sin embargo se ha observado en múltiples estudios que la desesperanza puede estar relacionada con otros factores psicosociales como condiciones adversas familiares, sociales (pobreza) y que podría tener un valor predictivo en el suicidio a largo plazo, por lo cual también ponemos alerta sobre lo estrecho de la conceptualización de algunos conceptos en cuanto a factores de riesgo para el suicidio y lo resaltamos con la gráfica 2, en la cual observamos como en los registros nacionales no hay tampoco una homogenización de conceptos causales o indicadores (3, 26).

Finalmente mencionaremos puntualmente aquellos factores que en la mayoría de los estudios se han considerado como *precipitantes* de la conducta suicida, estos son: experiencias humillantes, fracaso laboral o escolar, problemas legales, conflictos interpersonales con pareja, padres y pares (en ese orden), humillación o experiencias de abuso físico, negligencia o abuso sexual (en ese orden) y finalmente frustración por conflictos en identidad sexual o social (16).

Gráfica 2. Causas de suicidio en el 2005.



Fuente: INEGI (26).

5.- Psicopatología vinculada al riesgo suicida en adolescentes.

Los trastornos psiquiátricos son un buen indicador tanto causal como precipitante de la conducta suicida, esto por los reportes en los que se encuentra que una buena parte de los suicidas han recibido atención psiquiátrica y por otro lado se encuentra en ellos la presencia de psicopatología, siendo principalmente vulnerables aquellos individuos que presentan algún trastorno de tipo afectivo, principalmente la depresión, ya que vinculado al suicidio se encuentra el malestar emocional considerándolo como un concepto que rebasa la polaridad salud enfermedad, asumiendo un carácter multidimensional, reconociéndose entonces como un componente de la depresión en sí (16, 21).

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares (7). El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres. Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada. Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. Lo anterior contradice la creencia popular que la depresión se presenta únicamente en las y los adultos (15). Tiene una alta mortalidad: 15% de las y los pacientes con depresión se suicidan. Si bien es cierto que el suicidio está asociado a la depresión, constituye por sí mismo un problema de salud pública que no ha sido suficientemente valorado y abordado. Sabemos por ejemplo, que hoy día, la depresión y el suicidio son de los problemas primordiales entre los grupos de adolescentes y que parece presentar un cuadro clínico diferente en las diversas etapas de desarrollo, además de que el desarrollo de el concepto de muerte, autolesión y suicidio propiamente tienen sus peculiaridades según la etapa del desarrollo del niño y del adolescente, lo cual tiene que ser tomado en cuenta al estudiar estos fenómenos (23, 32).

La depresión es el prototipo de los trastornos mentales con los que se relaciona la conducta suicida, debido a los estilos cognitivos que se manejan en ambas problemáticas, además de ir estrechamente vinculada con creencias actitudinales, así como con respuestas de afrontamiento. Los resultados obtenidos en diversos estudios ponen de manifiesto que la impulsividad y las respuestas de afrontamiento agresivas son importantes correlatos de riesgo, más aún cuando ambas variables coexisten, constituyéndose en una combinación de alto riesgo para la depresión, la ideación y el intento suicida, y tanto en los hombres como en las mujeres.

Asimismo, cabe señalar que la impulsividad ha sido también identificada como un importante factor de riesgo para el consumo de drogas, así como para la conducta antisocial en adolescentes, por lo que su identificación, detección y prevención es un elemento muy importante a considerar en el campo de la prevención y de la promoción de la salud mental de los adolescentes (17, 21). Sin embargo el consumo de alcohol y drogas se considera también un factor más bien precipitante de la conducta suicida y no un factor causal a menos que este consumo de sustancias esté en relación con algún trastorno afectivo (29, 35).

El estrés y sus consecuencias emocionales como un proceso y que tiene diversas significancias a lo largo de la vida, es considerado como un aspecto tanto causal como precipitante de la conducta suicida, aunque la ansiedad ha sido mucho menos estudiada que la depresión se considera como un aspecto de relevancia a estudiar ya en sus formas agudas como en las crónicas (17, 35). Existe un grupo minoritario que presentaba características obsesivas que los volvían vulnerables a cualquier cambio, sin embargo también pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, son vulnerables por los componentes autodestructivos que provienen de una serie de eventos psicológicos dentro de los cuales cobra particular importancia la desesperanza (16).

En este punto cobra importancia el resaltar aquellos puntos troncales cognitivos como lo es la desesperanza en relación con la depresión, la mayoría de las teorías cognitivas actuales postulan que los factores de vulnerabilidad cognitiva interactúan con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar reacciones depresivas. Uno de estos modelos es el de Beck (1967) en el que su tercer componente denominado la *tríada cognitiva* consiste en: 1.- una visión negativa de sí mismo, 2.- una visión negativa del funcionamiento presente y 3.- una visión negativa del futuro. Este último aspecto es la desesperanza (pesimismo) que, conviene precisar, no sólo subyace a la depresión sino también a otros desórdenes psicológicos como se mencionó anteriormente y no solo esto, sino también a factores psicosociales como condiciones adversas entre las más comunes mencionaremos a la pobreza (Beck y Steer, 1988).

La medición del constructo desesperanza fue iniciada por Beck y sus colaboradores con la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) cñiéndose al modelo propuesto por Stotland (1969) quien la concibe como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea éste el inmediato o el más remoto. La persona desesperanzada cree: que nunca podrá salir adelante por si

mismo, que nunca tendrá éxito en lo que ella intente, que nunca podrá alcanzar objetivos importantes y que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida (1).

Las teorías mencionadas además de la de Beck, han quedado agrupadas bajo la denominación de enfoques interactivos de la depresión. Dentro de los mismos, una teoría que actualmente goza de gran validez empírica es la Teoría de la Depresión por Desesperanza en la que se define un subtipo de depresión caracterizado por síntomas concretos. Sus autores la consideran como un modelo de vulnerabilidad-estrés ya que se estima que algunos sujetos presentan un factor de vulnerabilidad cognitiva, consistente en ciertos estilos cognitivos que, permaneciendo en estado latente, se activarán ante la ocurrencia de estresores o acontecimientos vitales negativos e importantes.

Los estilos cognitivos que, según esta teoría, conforman dicha vulnerabilidad a la depresión por desesperanza, son: un estilo atribucional depresivo, concretamente el factor de generalidad, definido como la tendencia a realizar atribuciones globales y estables sobre los acontecimientos vitales negativos; la tendencia a inferir consecuencias negativas de dichos acontecimientos; y, por último, la tendencia a inferir características negativas personales dada la ocurrencia de los mismos (1, 40).

De este modo, ante la ocurrencia de uno o varios acontecimientos vitales negativos e importantes para los sujetos, se activará dicha vulnerabilidad, dando lugar a que se generen atribuciones e inferencias negativas sobre los mismos. Esta forma de interpretar los acontecimientos negativos contribuye a generar un estado de desesperanza, la cual se define como la expectativa de que algo negativo va a ocurrir, unido a un sentimiento de indefensión sobre la posibilidad de hacer algo para evitarlo (40).

Estas expectativas van a ser una causa determinante de este subtipo de depresión, de tal modo que su presencia será suficiente para que se generen los síntomas depresivos característicos de la depresión por desesperanza. Con el objetivo de aclarar cómo opera el componente de vulnerabilidad-estrés para contribuir a que se generen expectativas de desesperanza, creemos necesario acercarnos a los orígenes de los que parte dicha teoría.

En su última versión, las expectativas de desesperanza, que consisten en percibir el futuro como incontrolable, dependen de la atribución de los acontecimientos negativos a causas globales y estables. La percepción de incontrolabilidad o no contingencia que tienen algunos sujetos ante tales acontecimientos podría evidenciarse en la creencia que éstos sostienen respecto a su falta de control sobre la causa de los mismos (3, 40).

Finalmente daremos el concepto que consideramos más completo acerca de la desesperanza y que será el empleado en este trabajo, siendo esta definida como la rigidez cognoscitiva que es propia del paciente suicida. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales, son el conjunto de expectativas y cogniciones que pueden influir en la ocurrencia de los eventos negativos de la vida.

Esencialmente el esquema cognoscitivo toma la forma de expectativas negativas o de pesimismo acerca de las consecuencias o los acontecimientos futuros, y da como resultado la pérdida de la motivación y la presencia de sentimientos negativos acerca del futuro (3).

6.- Estudios sobre suicidio en México.

De los principales estudios realizados en México se desprende la siguiente información con estudiantes de Secundaria y Bachillerato en la Ciudad de México evidencian también la presencia de este tipo de conductas en proporción 3:1 en la Ciudad de México: 12.2% mujeres y 4.3% hombres; y en proporción 2:1 en la ciudad de Pachuca, Hidalgo: 13.3% en mujeres y 6.3% en varones. Dado el indicador de intento suicida alguna vez en la vida, la edad del único/último intento se refiere en su mayoría a un evento del pasado reciente (15). En el estudio representativo de la Ciudad de México, el promedio de edad del único/último intento en los estudiantes de Secundaria fue a los 12 años y en los de Bachillerato a los 14 años, y en el de Pachuca fue a los 13 años para ambos sexo. Como se observa, las edades reportadas remiten a los últimos años de la Primaria y mientras se cursa la Secundaria (18).

La edad del único/último intento fue a los 11 años en los hombres y a los 12 en las mujeres. Se trata entonces de intentos suicidas que en su mayoría acontecieron en los varones de esta muestra hace dos años y en las mujeres hace uno (16). Cabe destacar que en la semana previa a la encuesta, la depresión y la ideación suicida también estuvieron presentes, evidenciando la importancia de atender la ocurrencia de intentos suicidas y la detección de depresión e ideación suicida actuales en los estudiantes; así como su traslape, reconociendo además que la presencia de la depresión y la ideación suicida son indicadores de riesgo para diversos tipos de conductas problemáticas, como consumo de drogas, trastornos alimentarios, etc (17, 30).

El resto de los estudios reportan una prevalencia nacional de intento suicida de 1.4% hasta un 10.1%, más comúnmente en mujeres adolescentes. La prevalencia de ideación suicida va desde 1% al 40.7%, la razón mujer/hombre es mas estrecha que en el caso del intento de suicidio (30). Se tienen registros a partir de 1985 sobre estudios en adolescentes realizando una revisión de aspectos psicosociales acerca de el intento suicida, realizado por Martínez y cols. En 1986 Terroba y cols., realizan el estudio de 81 adolescentes y adultos jóvenes empleando la escala de Beck de ideación suicida, escalas de depresión y ansiedad (Zung e IDARE). En 1994 se realizan 3 estudios en adolescentes para evaluar la ideación suicida y los factores de riesgo, destacando el sexo femenino, problemática con los padres, la sintomatología depresiva y la presencia de ideación suicida como principal factor de riesgo (15, 16, 25).

En 1995 se realizan 6 estudios en donde se estudia el suicidio consumado (2), ideación suicida (3) y la conducta suicida (1); en donde resalta la presencia de sintomatología psiquiátrica (depresión, ansiedad y consumo de alcohol), así como la presencia de problemas familiares. De 1997 a 1998 se realizan 5 estudios mas en adolescentes evaluando la ideación suicida y creando nuevos instrumentos de evaluación sobre la ideación suicida, además de

evaluar las respuestas de afrontamiento ante situaciones adversas, resaltando en estos estudios las características sociodemográficas (27).

De 1999 al 2001 se realizan 3 estudios para evaluar la ideación suicida que nuevamente evalúan características sociodemográficas y aspectos como la autoestima, el abuso sexual como aspectos menos frecuentes en relación a la presencia de ideación suicida. Finalmente de 2002 al 2003 se realizan 4 estudios específicamente sobre el intento suicida, siendo 2 estudios de tipo epidemiológico y 2 de tipo psicosocial, resaltando en el estudio de González-Forteza y cols., las características previas de ideación suicida, desesperanza y antecedentes de intentos suicidas previos como predictores importantes de intentos recientes (27).

Se han realizado otros estudios en diversas instituciones sin embargo los mencionados previamente son aquellos que están publicados y que tienen la mejor sistematización metodológica, pero es importante mencionar que en México las líneas de investigación han cubierto poblaciones específicas como son poblaciones escolares, poblaciones con otros factores de riesgo etc., pero quedan pendientes estudios en poblaciones no escolares, poblaciones infantiles y poblaciones que acuden a solicitar servicios de atención médica, por lo que al no existir estos estudios consideramos abordar una de estas (27, 30).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cómo es y como está relacionada la presencia de ideación suicida, desesperanza y psicopatología con el intento suicida en la población de adolescentes que acuden a solicitar atención de primera vez en los servicios de atención de urgencias un hospital pediátrico y de un hospital psiquiátrico, evaluando si existen diferencias entre ambos grupos?

IV. JUSTIFICACIÓN.

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial cuya problemática es compleja y va en incremento en diversas áreas y poblaciones; implica un espectro de conductas y pensamientos que tienen diversos desencadenantes y se haya asociado a múltiples factores dinámicos, los cuales cobran particular importancia en la etapa de la adolescencia por la forma de conformación de la estructura psíquica del individuo. Por otro lado el incremento en la frecuencia de los intentos suicidas en esta población específica, nos obliga a tipificar de forma mucho más concreta los factores de riesgo asociados a tal entidad. La ideación suicida ha sido estudiada como un importante predictor del intento suicida. Como se demuestra en algunas investigaciones la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza, con psicopatología y otros factores no solo individuales sino ambientales y sociales.

En México hay poca información sobre la ideación suicida de la población que usa los servicios médicos diversos, por lo cual es importante conocer los factores de riesgo asociados, para favorecer la creación de algoritmos adecuados de manejo, así como programas de

prevención. Existen varios estudios en población abierta (escuelas), que evalúan sobre todo la frecuencia del intento suicida, siendo menos aún los que estudian el riesgo suicida, sin embargo los estudios en población que acude a solicitar atención en un hospital psiquiátrico infantil y en un hospital general pediátrico en nuestro país, no han sido realizados, por lo cual resulta de interés fundamental para este estudio el evaluar los principales factores de riesgo descritos en la literatura para el intento suicida, como son la ideación suicida, la desesperanza y su asociación con psicopatología. Lo anterior como parte de el conocimiento y especificación de los componentes de la conducta suicida (desesperanza, ideación suicida, intento suicida, antecedente de intento suicida), que igualmente pueden ser vistos como parte de un espectro que puede o no ser secuencial y que conviene conocer a fondo ya que los mismos componentes se comportan como predictores, para lo cual este estudio servirá como muestra del comportamiento de la conducta suicida y algunos de sus precipitadores como son la presencia de psicopatología.

V. OBJETIVOS.

1.- Objetivo General.

Describir la presencia de intento suicida y su asociación con la ideación suicida, la desesperanza y la psicopatología, en adolescentes que acuden a valoración de primera vez al servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico infantil, comparándola con la de un hospital pediátrico.

2.- Objetivos Particulares.

2.1.- Describir los aspectos sociodemográficos que influyen en la presencia de intento suicida y los factores de riesgo (ideación suicida, desesperanza y psicopatología).

2.2.- Describir la frecuencia de ideación suicida y desesperanza, evaluando su asociación.

2.3.- Describir la psicopatología en ambos grupos y su relación con intento suicida, ideación suicida y desesperanza.

2.4.- Describir y comparar la frecuencia de intento suicida en adolescentes que acuden al servicio de urgencias de ambos hospitales.

VI. HIPÓTESIS.

La frecuencia del intento suicida en adolescentes se ha incrementado en los últimos años, siendo la desesperanza y la ideación suicida los principales indicadores de riesgo, estando en relación muy estrecha con la presencia de psicopatología; por lo cual es mucho más notorio lo anterior en pacientes que acuden a solicitar atención en el servicio de urgencias en un hospital psiquiátrico que en los que acuden al mismo servicio pero de un hospital pediátrico.

VII. MATERIAL Y METODO.

1.- TIPO DE ESTUDIO.

Comparativo, transversal, abierto y observacional.

2.- SUJETOS.

2.1. Universo de estudio.

Población general de pacientes adolescentes (12 años cumplidos a 17 años 11 meses) que acudan a solicitar atención de primera vez en el área de urgencias de el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, por cuota (N= muestreo no probabilístico) durante el periodo del 15 de noviembre al 15 de diciembre del 2006 y en el área de urgencias de el Hospital Pediátrico Iztapalapa; por cuota (N= muestreo no probabilístico), durante el periodo del 16 de diciembre del 2006 al 16 de enero del 2007 y que cumplan con los criterios de inclusión.

2.2. Criterios de Inclusión.

- a) Pacientes con edad de 12 años cumplidos a 17 años 11 meses, que acudan a solicitar atención de primera vez en el servicio de urgencias de ambos hospitales.
- b) Que acudan con alguno de los padres o cuidador.
- c) Que acepten participar en el estudio.

2.3. Criterios de exclusión.

- a) Que el paciente no sea capaz de resolver los instrumentos de evaluación.

2.4. Criterios de eliminación.

- a) Pacientes que no completen las evaluaciones con los instrumentos empleados.

3. INSTRUMENTOS. Definición operacional de variables.

3.1.- Escala de ideación suicida de Beck. Versión autoaplicable.

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos, poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida como vimos también puede abarcar “amenazas de suicidarse”,

expresada abiertamente a otros. En el presente estudio se empleo la Escala de Ideación Suicida (Suicide Intent Scale, SIS), versión autoaplicable. La escala consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista semiestructurada o de forma autoaplicable, estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuestas de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se suman para obtener un puntaje global, de este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos 4 y 5 es 0, se omiten las secciones siguientes, codificando como no aplicable lo cual es equivalente a la ausencia de ideación suicida. En los trabajos realizados para la validación de la escala, la media de las puntuaciones para riesgo elevado es 16.3, 10.1 medio y 6.7 bajo. Esta escala ha sido objeto de varios análisis factoriales, pero de forma concreta mencionaremos que tiene 4 apartados: actitud ante la vida y la muerte (5 reactivos), características de la ideación o el deseo (6 reactivos), características del intento (4 reactivos) y actualización del intento (4 reactivos), el ultimo reactivo evalúa la presencia de intentos suicidas previos.

La escala se diseño como un instrumento de tamizaje, esto es que pretende identificar de la manera mas correcta posible los probables casos de ideación suicida, de los que no lo son, permitiendo conocer la magnitud de la problemática abordada en diversos tipos de población incluyendo a los adolescentes, en la cual ya ha sido validada, al igual que la escala de desesperanza (4). Esta escala fue validada en México en un estudio realizado con pacientes del servicio de la consulta del Departamento de psicología medica, psiquiatría y salud mental de la UNAM (22). Se encontró que el índice de especificidad fue de 98.1% y con un alfa de Cronbach de 0.85 y en otros estudios en México es de 0.93 la cual es muy aceptable, ya que hay una estrecha relación con el criterio clínico como lo muestran estos estudios (4, 22, 30).

3.2.- Escala de desesperanza de Beck.

La escala de Desesperanza desarrollada por A. T. Beck., consiste en 20 reactivos estructurados como falso-verdadero, de los cuales 9, son falsos y 11 son verdaderos. Los reactivos estructurados como verdaderos son los relacionados con la desesperanza (están más cerca del objeto de medición) y los estructurados como falsos se asocian más la afectividad. A cada uno de los 20 reactivos se le ha dado una calificación de 0 o de 1; falso (0), verdadero o cierto (1), asignándole el valor de 1 a los reactivos negativos y de 0 a los reactivos positivos. El puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20. El puntaje de corte es igual o mayor a 9, se considera positivo para desesperanza, predice en un 93,8 %. Los reactivos estructurados como verdaderos son los relacionados con la desesperanza (están más cerca del objeto de medición), y los estructurados como falsos se relacionan más con la afectividad. A cada uno de estos 20 reactivos se le ha dado una calificación de (0) Falso y (1) Verdadero, asignándole el valor de 1 a los reactivos negativos y el valor de 0 a los reactivos positivos. Los reactivos verdaderos son: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. Los reactivos falsos son: 1, 3, 5, 6, 8, 10,13, 15,19 (1, 3).

La validez razonable fue realizada en estudios de 300 casos de intentos suicidas en pacientes deprimidos y hospitalizados en 1983. Encontrando correlaciones de entre .56 y .68 entre la escala de desesperanza y el inventario de depresión, sobretodo en el ítem de pesimismo de el inventario de depresión más que en cualquier otro ítem del inventario de depresión . En el análisis, tres factores se reconocieron como componentes principales del análisis posterior: sentimientos sobre el futuro, motivación y expectativas sobre el futuro. En 1985 Beck y colaboradores, en un estudio prospectivo y de seguimiento de 165 pacientes hospitalizados por ideación suicida, pero no por intentos de suicidio recientes, observo que las puntuaciones de la escala de desesperanza obtenidas en el momento de la hospitalización fueron predictivas de 11 suicidios que se produjeron durante los 5-10 años siguientes. Una puntuación de corte de 9 en la escala de desesperanza distinguió entre suicidios consumados y no consumados. Sólo uno (9.1%) de los casos de suicidio consumado había obtenido una puntuación inferior a 9; el 90.9% de los casos de suicidio consumado había obtenido una puntuación de 9 o más los historiales de alcoholismo o drogadicción no difirieron entre los casos de suicidio consumado y no consumado; tampoco lo hizo la puntuación total predictiva de suicidio final del Inventario de Depresión. La duración del seguimiento no se relaciono con la detección de más suicidios finales (1, 3).

La utilidad de la Escala de desesperanza se demostró de nuevo en un estudio de replicación de 1960 pacientes externos psiquiátricos. En un estudio de Beck en 1990 se encontró que puntuación media de la escala de desesperanza de los casos que finalmente consumaron el suicidio fue significativamente superior que la de los no suicidas. Una puntuación de corte de 9 o superior en la escala de desesperanza identifico a 16 (94.2%) de los 17 suicidas finales (3).

Respecto a la confiabilidad de la escala de Desesperanza de Beck, en México existen algunos trabajos que utilizan esta escala, razón por la cual se decidió estudiar su confiabilidad. Para obtener la confiabilidad de la escala se realizo la validación en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría. El cual concluyo con un alpha de Cronbach, la cual fue de 0 . 56 (29, 30).

3.3.- Autoreporte para adolescentes de 11 a 18 años de Achenback (YSR).

Este tipo de instrumento corresponde al tipo de evaluación basado en el sistema dimensional. Desde esta perspectiva se conceptualiza el comportamiento inadecuado o perturbador como un continuo, en el que se clasifican los distintos problemas de comportamiento en función de su intensidad. Los instrumentos desarrollados desde este marco agrupan: inventarios, escalas y cuestionarios, que son aplicados a los padres, maestros o al propio niño o a otros adultos que conozcan al niño. Cada uno de ellos responde a formatos distintos. Así, los cuestionarios están constituidos por reactivos en forma de preguntas (abiertas o cerradas) a las que el sujeto debe responder. Los inventarios (checklist) son reactivos que están formulados en forma de listado y recogen las respuestas en forma dicotómica (presente /ausente, si/no; adecuado/no adecuado; etc.). Las escalas (rating scale) recogen las

respuestas a un grupo de reactivos en base al grado de apreciación (nada....mucho; 0...5; etc.). En general, este tipo de instrumentos son fáciles de aplicar, son económicos y requieren poca formación por parte del entrevistador. Se suelen utilizar antes y después de la intervención a fin de evaluar los cambios experimentados, a continuación se presenta el instrumento a emplear en este estudio (10).

Desde mitades de siglo, las investigaciones que han tenido mayor impacto sobre el actual concepto de depresión en el niño, se orientan desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo. En este ámbito de trabajo surgen los trabajos de Achenbach y sus colaboradores (Achenbach y Edelbrock, 1978; Achenbach y McConaughy, 1987). El sistema de evaluación elaborado por Achenbach se caracteriza por un enfoque empírico, con múltiples ejes de evaluación y diversas fuentes de información. Se conocen diversas versiones de este instrumento creados para los pacientes, para los padres o cuidadores y para los profesores, como los mencionamos a continuación:

- el *Youth Self Report* (YSR), autoinforme para adolescentes entre 11 y 18 años y heteroinforme para los padres.
- el *Child Behavior Checklist* (CBCL), heteroinforme para padres y autoinforme para niños de 5 a 16 niños.
- el *Teacher Report Form* (TRF), heteroinforme para profesores (13).

Estos instrumentos difieren de las escalas que miden depresión, en que han sido diseñados para evaluar un amplio rango de problemas internalizados y externalizados. Las tres escalas son aplicables a población clínica y comunitaria. El YSR, escala de autoinforme, está dirigido a adolescentes entre 11 y 18 años. También consta de dos partes: la primera de ellas (adaptación social) está formada por 17 ítems y el listado de conductas consta de 103 ítems con un formato de respuesta de 0 a 2, al igual que el CBCL y el TRF. Los ítems de los tres instrumentos se clasifican en ocho escalas de banda estrecha (quejas somáticas, ansiedad/depresión, aislamiento, delincuencia, agresividad, problemas del pensamiento, problemas sociales y problemas de atención), a partir de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, y en dos grandes escalas (banda ancha), a partir de un análisis factorial de segundo orden: externalización (problemas causados por conflictos con el mundo exterior y en relación con los demás) e internalización (problemas ocurridos dentro de uno mismo).

Las respuestas se contestan en una escala de 3 puntos (0-2) que refleja la gravedad y la frecuencia de los comportamientos, siendo 0 ausente y 2 frecuente. El grado de especificación de los ítems varía desde los más específicos (p.ej., prende fuego, roba en casa) hasta otros menos específicos (p.ej., miedo a los propios impulsos) (13, 28).

El YSR ha sido traducido a 59 idiomas y ha dado lugar a más de 300 estudios, existiendo una versión hispanoamericana (Lemos, Vallejo y Sandoval, 2002). En población española, Lozano y García (2000) evaluaron 684 participantes de 13 a 19 años y encontraron una

consistencia interna de 0,91. Por otro lado, Abad y cols. (2000) encontraron una consistencia interna entre 0,43 y 0,84 en chicos y entre 0,38 y 0,82 en chicas. Lemos et al. (1992) evaluaron a 42 participantes de 11 a 18 años con el YSR en dos ocasiones con un intervalo de 3 a 5 semanas y obtuvieron correlaciones de 0,93 para la escala de puntuación total.

También analizaron la consistencia interna para la muestra total compuesta por 1.564 participantes y encontraron un alfa de 0,90 para la escala de puntuación total. Abad et al. (2000), evaluaron a 342 participantes de 14 y 15 años y obtuvieron una consistencia interna comprendida entre 0,81 y 0,84 para las escalas de internalización y externalización, y valores entre 0,56 y 0,74 para las escalas de banda estrecha. Lozano et al. (2000) evaluaron con el YSR a un grupo de 684 estudiantes de secundaria de 13 a 19 años y obtuvieron una consistencia interna de 0,91 (13, 28).

4. PROCEDIMIENTO.

a) Se captó de forma secuencial a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y en el servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de Iztapalapa, durante el periodo mencionado, para conformar la muestra.

b) Se solicitó consentimiento de participación en el estudio, a los padres y al paciente por medio de firma de carta de consentimiento informado, cuyo formato se presenta en el apéndice de este trabajo.

c) Una vez obtenido el consentimiento informado, se procedió a la aplicación a todos los pacientes de la muestra, de los instrumentos de evaluación: Escala de ideación suicida de Beck, Escala de desesperanza de Beck y Autoreporte para adolescentes, cuyo formato también se encuentra en el apéndice de este trabajo.

d) La información que se obtuvo de la aplicación de dichas entrevistas se conjuntó para elaborar la ficha de identificación de cada paciente y para correlacionar la información de los 3 instrumentos para además compararlo entre los grupos de ambos hospitales, por medio de pruebas para determinar significancia en la comparación de proporciones, con lo cual se elaboró la discusión de este trabajo comparándolo con estudios previos y elaborando así las conclusiones correspondientes.

5.- ANÁLISIS.

Pruebas de resumen: promedios y porcentajes.

Para determinar significancia: chi cuadrada χ^2 (comparación de proporciones).

5.1 Variable independiente (causa). Definición conceptual.

Ideación suicida.- Estilo cognitivo peculiar, que no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento, pero que están interrelacionados, con diversos factores de riesgo, lo cual incrementa a su vez el riesgo suicida, aumentando también la ideación suicida, lo cual explica que pocas veces se llegue al suicidio en forma abrupta, existiendo sin embargo aquellos que evolucionan muy rápidamente, casi siempre existen inicialmente fantasía aun en como solucionar sus conflictos, pero a medida que la idea de suicidarse es continua, persistente y se carece de otros recursos cognitivos y más aún cuando esta se relaciona con estados emocionales, entonces surgen los pensamientos de cómo llevarlos a cabo, para después ensayar los métodos, creándose entonces un proceso autónomo que va cobrando fuerza hasta cometer el intento suicida o suicidio consumado.

Desesperanza.- Se define como la rigidez cognoscitiva que es propia del paciente suicida. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales, son el conjunto de expectativas y cogniciones que pueden influir en la ocurrencia de los eventos negativos de la vida. Esencialmente el esquema cognoscitivo toma la forma de expectativas negativas o de pesimismo acerca de las consecuencias o los acontecimientos futuros, y da como resultado la pérdida de la motivación y la presencia de sentimientos negativos acerca del futuro.

Psicopatología. Núcleo de la Psiquiatría que se ocupa de los fenómenos conductuales y mentales patológicos, con su descripción, clasificación e interpretación, para finalmente abordar las conexiones entres sí y con la personalidad de quién los experimenta, intenta comprender su significado y explicarlos en términos de mecanismos intermedios y de sus causas. De lo anterior se desprende que la psicopatología en tres niveles conceptuales: descriptivo, interpretativo y explicativo, a través de la identificación de síntomas, agrupándolos de forma categórica o dimensional.

5.2 Variable dependiente (efecto). Definición conceptual.

Intento suicida. La Organización Mundial de la Salud define como intento de suicidio a cualquier acto de autoperjuicio infringido con intención autodestructiva , aunque sea vaga o ambigua. El intento de suicidio son las acciones que hubiesen resultado en seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna. Lo asumimos como un acto con una consecuencia no fatal, en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte que, sin la intervención de otros, le causará daño, cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desea a través de las consecuencias físicas y/o psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte. Cabe señalar que si bien las definiciones clásicas hacen hincapié en que es un acto propositivo y conciente para tratar de quitarse la vida, no siempre es este propósito el que subyace y motiva un intento suicida, ello podría deberse a la obtención de ganancias secundarias, llamar la atención, manipular o incluso castigar.

VIII. RESULTADOS.

1.- DEMOGRÁFICOS.

1.1. Generales (cuadro 1).

Se obtuvo una muestra total de N=124 pacientes de primera vez por cuota, de los cuales 87 pacientes fueron del servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN) y 37 pacientes del servicio de urgencias del Hospital Pediátrico Iztapalapa (HPI). La media de edad por ambos grupos fue de 13.9 años; para el grupo del HPIJNN de 14 años y para el grupo del HPI de 13.7 años. En cuanto al sexo observamos que el sexo femenino (60% n=74), es mayor en porcentaje con respecto al masculino (40% n=50), y en la distribución por grupos observamos proporciones similares, con 62% de mujeres en el HPIJNN contra 38% de varones y en el grupo del HPI con un 54% de mujeres contra un 46% de varones. En cuanto al estado civil de ambos grupos la mayor parte eran solteros, solo el 5% (n=6) son casados o en unión libre y 4% (n=5) con otro estado civil (separados, divorciados). Del grupo del HPIJNN se observa distribución parecida a la mencionada anteriormente ya que todos los pacientes con estado civil diferente a ser soltero, correspondían a este grupo únicamente y en el HPI todos los pacientes fueron solteros. La religión mas frecuentemente reportada fue la católica en ambos grupos, seguida de otras religiones 11% (n=14) y reportado como ninguna el 3% (n=4), esto se vió reflejado en la distribución por grupos, para el HPIJNN el 86% (n=75) con religión católica, 13% (n=11) con otra y 1% (n=1) con ninguna; en el HPI con 84% (n=31) católicos, 8% (n=3) con otra religión y 8% (n=3) con ninguna, no se encontraron diferencias significativas en estos rubros.

En cuanto a la escolaridad en ambos grupos encontramos a la mayor parte con primaria completa con un 45% (n=56) seguida de secundaria incompleta 30% (n=37) [$X^2=11(4), p .02$], la distribución en el grupo del HPIJNN fue similar en porcentajes al total, pero en el grupo del HPI el mayor porcentaje se encontró con secundaria incompleta con un 46% (n=17) y el 24% (n=9) con primaria completa. La mayor parte de los pacientes en ambos grupos viven con sus padres 91% (n=113). También para ambos grupos se observó la presencia de hermanos en un 73% de la población total (n=91). En cuanto a tener hijos en el grupo del HPI ningún paciente reportó tener hijos siendo la totalidad en este rubro para el HPIJNN con un 5% (n=4) de pacientes con hijos. Del total de pacientes aproximadamente tres cuartas partes estudia actualmente 78% (n=97), siendo un poco mas alto el porcentaje en el grupo del HPI, 81% (n=30). En ambos grupos menos de la cuarta parte trabajan actualmente 16% (n=20). Tanto el practicar deporte o una actividad recreativa son realizadas en bajos porcentajes en ambos grupos, siendo para el deporte en ambos grupos un 39% (n=48) [$X^2=7(1), p .007$], y es mas alto el porcentaje en el HPI con un 57% (n=21) contra un 31% (n=27) del HPIJNN. Las actividades recreativas tuvieron un porcentaje de 25% (n=31) [$X^2=12(1), p .000$], siendo también mayor el porcentaje en el HPI con un 46% (n=17), contra el 16% (n=14) del HPIJNN.

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de los sujetos por grupo.

		HPIJNN (n=87)		HPI (n=37)		Total (n=124)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	54	62	20	54	74	60
	Masculino	33	38	17	46	50	40
Estado civil	Soltero	76	87	37	100	113	91
	Casado	6	7	-	-	6	5
	Otro	5	6	-	-	5	4
Religión	Ninguna	1	1	3	8	4	3
	Católica	75	86	31	84	106	86
	Otra	11	13	3	8	14	11
Escolaridad*	Primaria Incompleta	9	10	7	19	16	13
	Primaria Completa	47	54	9	24	56	45
	Secundaria Incompleta	20	23	17	46	37	30
	Secundaria Completa	6	7	3	8	9	7
	Bachillerato Incompleto	5	6	1	3	6	5
Viven con los Padres		79	90	34	91	113	91
Hermanos		62	71	29	78	91	73
Hijos		4	5			4	3
Estudia Actualmente		67	77	30	81	97	78
Trabajo Actual		14	16	6	16	20	16
Practica Deporte**		27	31	21	57	48	39
Actividades Recreativas***		14	16	17	46	31	25

*[X²=11(4),p .02]

**[X²=7(1),p .007]

***[X²=12(1),p .000]

2.1. Por características de la conducta suicida (cuadro 2).

La media de edad de los pacientes con conducta suicida fue de 14.2 años, específicamente para el intento suicida actual y para la desesperanza fue de 14.4 años, para la presencia de ideación suicida disminuyó a 13.9 años. Se encontró para todos los datos de conducta suicida, que el mayor porcentaje de pacientes que lo presentaban eran del sexo femenino.

En cuanto al estado civil también el mayor porcentaje en todos los datos de conductas suicidas, correspondió a los solteros, aunque es notorio que todos los casados de la muestra (n=6) presentaron alguna de las conductas suicidas. La religión más comúnmente asociada fue la católica para todas las características clínicas. La escolaridad en todos los grupos de datos clínicos fue en mayor porcentaje en los rubros de secundaria completa. Tres cuartas partes de los pacientes con conductas suicidas viven con sus padres, siendo notorio que en la sección de calificación de su familia, los pacientes con conducta suicida refirieron problemas familiares de

algún tipo, el cual no se especifica en este apartado por tratarse de respuestas abiertas. Solo dos terceras partes tienen hermanos. En cuanto a estudiar actualmente encontramos de manera homogénea que poco más de dos terceras partes se encuentran estudiando actualmente, sin embargo la mayoría de los pacientes con conducta suicida, al contestar las preguntas abiertas del YSR, refirieron tener problemas en cuanto al interés y rendimiento escolar. Casi la mitad de los pacientes con alguna conducta suicida trabajan actualmente, pero sobre todo con intento suicida actual. Menos de la mitad de los pacientes con alguna conducta suicida practican deporte o alguna actividad recreativa, pero sobre todo los pacientes con intento suicida actual e ideación suicida, seguidos de los pacientes con desesperanza.

Cuadro 2.- Características sociodemográficas en relación a la conducta suicida.

		Desesperanza TOTAL = 50		Ideación suicida TOTAL = 47		Intento Suicida TOTAL = 39		Antecedente IS TOTAL = 17	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	30	60	29	62	23	59	14	82
	Masculino	20	40	18	38	16	41	3	18
Estado civil *	Soltero	41	82	38	81	30	77	12	71
	Casado	6	12	6	13	6	15	3	18
	Otro	3	6	3	6	3	8	2	11
Religión	Ninguna	3	6	3	6	3	8	1	6
	Católica	42	84	41	88	32	82	15	88
	Otra	5	10	3	6	4	10	1	6
Escolaridad	Primaria Incompleta	5	10	6	13	-	-	2	12
	Primaria Completa	4	8	3	6	3	8	1	6
	Secundaria Incompleta	15	30	14	30	16	41	5	29
	Secundaria Completa	17	34	15	32	12	31	7	41
	Bachillerato Incompleto	5	12	6	13	6	15	1	6
	Bachillerato Completo	3	6	3	6	2	5	1	6
	Viven con los Padres	45	90	42	89	35	90	17	100
Tiene hermanos	36	72	33	70	21	54	16	94	
Tiene hijos	4	8	4	9	4	10	2	12	
Estudia Actualmente	35	70	32	68	26	67	13	76	
Trabajo Actual	9	18	8	17	8	21	4	24	
Practica Deporte **	20	40	19	40	16	41	2	12	
Actividades Recreativas***	16	32	16	34	11	28	2	12	

*[$\chi^2=14(1),p .01$]

**[$\chi^2=9(1),p .000$]

***[$\chi^2=10(4),p .007$]

En cuanto al estado civil también el mayor porcentaje en todos los datos de conductas suicida, correspondió a los solteros, aunque es notorio que todos los casados de la muestra (n=6) presentaron alguna de las conductas suicidas. La religión más comúnmente asociada fue la católica para todas las características clínicas. La escolaridad en todos los grupos de datos

clínicos fue en mayor porcentaje en los rubros de secundaria completa. Tres cuartas partes de los pacientes con conductas suicidas viven con sus padres, siendo notorio que en la sección de calificación de su familia, los pacientes con conducta suicida refirieron problemas familiares de algún tipo, el cual no se especifica en este apartado por tratarse de respuestas abiertas. Solo dos terceras partes tienen hermanos. En cuanto a estudiar actualmente encontramos de manera homogénea que poco más de dos terceras partes se encuentran estudiando actualmente, sin embargo la mayoría de los pacientes con conducta suicida, al contestar las preguntas abiertas del YSR, refirieron tener problemas en cuanto al interés y rendimiento escolar. Casi la mitad de los pacientes con alguna conducta suicida trabajan actualmente, pero sobre todo con intento suicida actual. Menos de la mitad de los pacientes con alguna conducta suicida practican deporte o alguna actividad recreativa, pero sobre todo los pacientes con intento suicida actual e ideación suicida, seguidos de los pacientes con desesperanza.

2. Conducta suicida (cuadro 3).

Del total de los pacientes un 32% (n=39), presentó un intento suicida actual [$\chi^2=7(1), p .005$], siendo la mayor parte pacientes del grupo del HPIJNN. Los pacientes con antecedente de intento suicida fueron 14% (n=17) del total, tendiendo una proporción similar en ambos grupos y encontrando en el grupo del HPI que la proporción de varones mujeres fue de 3:2 respectivamente, lo cual fue inverso al grupo del HPIJNN en donde la proporción mujeres/varones fue de 2:1 respectivamente.

En cuanto a la desesperanza encontramos a un 40% (n=50) de los pacientes de la población total con esta característica [$\chi^2=3.8(1), p .04$] y en la distribución por grupos es mayor el porcentaje de pacientes con esta característica en el HPIJNN con un 46% (n=40) en relación al 27% (n=10) del HPI. Finalmente en cuanto a la presencia de ideación suicida y su severidad encontramos a un 38% (n=47) del total de pacientes, con ideación suicida, siendo nuevamente mayor el porcentaje en el HPIJNN para esta característica con un 44% (n=38) con respecto al 34% (n=9). Del total de pacientes el 25% (n=32), presentaron ideación suicida severa, el 6% (n=7) con ideación suicida moderada y el 7% (n=8) con ideación suicida leve. Observamos de manera relevante que en el grupo del HPIJNN la severidad con mayor porcentaje encontrada fue la severa con un 32% (n=28) contra un 6% para la severidad leve y también 6% a la moderada; sin embargo los porcentajes en todas estas categorías para el HPI fueron menores, teniendo un 11% (n=4) para la severa, 5% (n=2) para la moderada y 8% (n=3) para la leve.

Cuadro 3.- Características clínicas de los sujetos por grupo.

		HPIJNN (n=87)		HPI (n=37)		Total (n=124)	
		n	%	N	%	n	%
IS Actual*		34	39	5	14	39	32
Antecedente de IS		13	15	4	10	17	14
Desesperanza**		40	46	10	27	50	40
IdS	Sin IdS	49	56	28	76	77	62
	Leve	5	6	3	8	8	7
	Moderada	5	6	2	5	7	6
	Severa	28	32	4	11	32	25
YSR / Quejas Somáticas		13	15	4	11	17	14
YSR / Ansiedad/Depresión***		55	63	15	41	70	57
YSR / Aislamiento		36	41	10	27	46	37
YSR / Delincuencia		10	12	1	3	11	9
YSR / Agresividad		36	41	9	24	45	36
YSR / Problemas en el Pensamiento****		34	39	6	16	40	32
YSR / Problemas de Atención		41	47	11	30	52	42
YSR / Problemas Sociales		24	28	8	22	32	26

*[X²=7(1), p .005]

**[X²=3.8(1),p .04]

***[X²=5.4(1),p .02]

****[X²=6.2(1),p .01]

La escala de ideación suicida abarca también el investigar acerca de el antecedente de intento suicida, el cual se encontró en el 14% de la población total (n=17), siendo mas alto el porcentaje en el grupo del HPIJNN con un 15% (n=13) contra el 10% (n=4) del HPI.

En cuanto a los diagnósticos dimensionales del Autoreporte para adolescentes (YSR), encontramos que el mayor porcentaje de pacientes de la población total se encontró en el Dx de Ansiedad/Depresión con un 57% (n=70) [X²=5.4(1),p .02], siendo en la distribución por grupos aún mayor en el HPIJNN con un 63% (n=55) contra el 41% (n=15) del HPI, manteniéndose aún así en el primer lugar de los diagnósticos dimensionales en la distribución por grupos. En segundo lugar encontramos la dimensión de Problemas de Atención con 42% (n=52) para ambos grupos, siendo también el segundo lugar en la distribución por grupos, aunque siendo también mayor (como en el caso anterior) en el grupo del HPIJNN con un 47% (n=41) contra el 30% (n=11) del HPI.

En tercer lugar encontramos en la distribución total el diagnóstico de Aislamiento con 37% (n=46), siendo para el HPIJNN de 41% (n=36) contra el 27% (n=10) del HPI; cabe mencionar que en el grupo del HPIJNN se encontró en el diagnóstico de Agresividad, el mismo porcentaje que para Aislamiento, es decir 41% (n=36), y que este diagnóstico de Agresividad

fue encontrado en cuarto lugar de la distribución global con 36% (n=45), el cual también se encontró en cuarto lugar en el HPI con un 24% (n=9).

Los Problemas del Pensamiento con 32% (n=40) se encontraron en el quinto lugar de la distribución total de la muestra con una significancia estadística de $[X^2=6.2(1), p .01]$; en la distribución por grupos este diagnóstico ocupa el cuarto lugar con un 39% (n=34) y en el HPI ocupa el sexto lugar con un 16% (n=6). El diagnóstico de Problemas Sociales con un 26% (n=32) ocupó en la distribución global el sexto lugar y en la distribución por grupos, el quinto lugar en el grupo del HPIJNN con un 28% (n=24) contra el 22% (n=8) del HPI, en donde también ocupó el quinto lugar.

Para el diagnóstico de Quejas Somáticas el 14% (n=17), lo llevó a ocupar el séptimo lugar de la distribución total; siendo para el HPIJNN un 15% (n=13) el que lo llevó al sexto lugar y en el HPI también el séptimo sitio con un 11% (n=4). Finalmente el diagnóstico dimensional de Delincuencia con 9% (n=11) en ambos grupos, fue similar para la distribución por grupos con un 12% (n=10) del HPIJNN y un 11% (n=3) del HPI, siendo este diagnóstico el último lugar en ambos grupos.

Finalmente al asociar los datos que componen la conducta suicida (desesperanza, intento suicida, ideación suicida, antecedente de intento suicida) encontramos que la asociación de desesperanza con el intento suicida actual, encontramos que dicha asociación es significativa con $[X^2=84(1), p .000]$, esto tanto en el grupo de el HPIJNN como en el grupo del HPI. Y por otro lado la asociación de ideación suicida con intento suicida actual también resulta significativa $[X^2=115(3), p .000]$, igualmente para ambos grupos. La desesperanza se asoció significativamente con la ideación suicida en ambos grupos $[X^2=95(1), p .000]$ El antecedente de intento suicida no resultó significativo en su asociación con las otras variables.

3.- Asociación de la conducta suicida con psicopatología.

La relación de la desesperanza con las dimensiones del Autoreporte de adolescentes (YSR) se asoció significativamente en ambos grupos con las siguientes dimensiones diagnósticas: Quejas somáticas $[X^2=7.4(1), p.006]$, Ansiedad/depresión $[X^2=29(1), p.000]$, Aislamiento $[X^2=48(1), p.000]$, Agresividad $[X^2=5(1), p .01]$ y Problemas del pensamiento $[X^2=12(1), p .001]$. En cuanto a la relación de la ideación suicida con los diagnósticos del YSR, hubo significancia en la asociación en ambos grupos con los siguientes: Quejas somáticas $[X^2=11(3), p .01]$, Ansiedad/depresión $[X^2=29(3), p.000]$, Aislamiento $[X^2=49(3), p .000]$ y Problemas del pensamiento $[X^2=13(3), p.003]$.

Finalmente la asociación del intento suicida actual con el YSR, tuvo significancia con las siguientes dimensiones diagnósticas para ambos grupos por igual: Quejas somáticas $[X^2=10(1), p.001]$ Ansiedad/depresión $[X^2=18(1), p .000]$, Aislamiento $[X^2=38(1), p.000]$, Agresividad $[X^2=4.2(1), p.03]$ y Problemas del pensamiento $[X^2=9.4(1), p.002]$. El resto de las asociaciones no tuvo significancia.

IX. DISCUSIÓN.

Inicialmente discutiremos los resultados sociodemográficos de los pacientes que acuden a uno y otro hospital. El que la muestra de los pacientes del HPI sea menor es explicado por el hecho de que el hospital referido atiende principalmente población pediátrica y enfermedades infecto-contagiosas. La media de edad para ambos grupos fue similar.

Es notorio el que la mayor parte de la población general sea del sexo femenino, sin embargo este dato de pacientes que acuden a solicitar atención en los servicios de urgencias es una constante en ambos hospitales, según sus registros mensuales y es posible que sea explicado por el hecho de que cualquier tipo de padecimiento sea físico o mental es mucho más prontamente atendido en mujeres que en varones, según los datos reportados por la OMS, aun tratándose de menores de edad (38) y a que se señala que los varones buscan menos ayuda (20). Aun cuando la población de pacientes casados fue únicamente del 5% y eso no fue significativo, es de relevancia hacer notar que todos estos pacientes correspondían al grupo del HPIJNN, lo cual si tomamos en cuenta al tratarse de un grupo de adolescentes, es destacable por tratarse de un factor adicional de estrés por la etapa de desarrollo que vive al adolescente (23) y por que se trata de matrimonios en los cuales uno de los sujetos inmersos presenta psicopatología (6), este dato es relevante debido a que comparativamente no se encuentran adolescentes casados en el HPI.

Los datos referentes a la religión son homogéneos con los de la población general al reportarse con religión católica (25). La escolaridad es un indicador importante ya que aun cuando una buena parte de la población que acude a ambos hospitales proviene de un medio socioeconómico bajo o medio bajo, que para la media de edad (13.9 años) el tener escolaridad de primaria completa o secundaria incompleta indica proporción con la edad y por supuesto acceso y empleo de dichos servicios, lo cual también se refleja en el rubro acerca de estudiar actualmente en el que también un alto porcentaje (78%), respondió afirmativamente; y el hecho de que el porcentaje sea mayor en el grupo del HPI es relevante ya que nuevamente la presencia de psicopatología es un factor limitante de actividades cotidianas como el acudir a la escuela (6).

Por otro lado el que la mayor parte de los pacientes vivan con sus padres y que también un alto porcentaje tengan hermanos (73%) es un dato común aunque no total en ambos hospitales, a diferencia del dato acerca de tener hijos en el que nuevamente todos los pacientes que reportaron positivo, pertenecían a la muestra del grupo del HPIJNN con un 5% , lo cual también es explicable por la presencia de conductas de riesgo (p.ej., practica de relaciones sexuales sin empleo de anticoncepción) mucho más frecuentes en pacientes con psicopatología (6), lo cual si bien no es un dato significativo si es digno de tomarse en cuenta nuevamente por tratarse de un grupo de adolescentes en que nuevamente el tener hijos en esta etapa de la vida, es una situación adicional de estrés y que propicia nuevas condiciones maladaptativas (31).

Si bien podría suponerse que no se encontrarían pacientes que trabajan, el encontrar un 16% de pacientes que lo hacen actualmente es un dato también presentado en estadísticas tanto nacionales como internacionales principalmente latinoamericanas y que es mucho más frecuente en poblaciones de estratos socioeconómicos bajos (9, 26, 35). La presencia de diversos factores de protección para la salud física y mental como son el practicar deportes o actividades recreativas, fue baja y significativa en el total y el que un mayor número de pacientes reporte realizar uno u otra en el grupo del HPI, nuevamente se asocia significativamente con el que la presencia de psicopatología, limita la realización de actividades de este tipo y por otro lado el nivel socioeconómico limita también la realización de dichas actividades (6).

En cuanto a los datos sociodemográficos con respecto a la conducta suicida, observamos que la media de edad para el intento suicida fue similar a lo reportado tanto en literatura nacional como internacional para poblaciones estudiadas de adolescentes (9, 12, 18, 30, 35, 38, 40). La media de edad para desesperanza (14.4) e ideación suicida (13.9) en una muestra propiamente de adolescentes no ha sido reportada, por lo que este estudio cobra relevancia al reportarlo específicamente y sobre todo al reportar una edad por debajo de la comparada con intento suicida (14.4 años), lo cual es esperable si pensamos en un proceso dinámico y progresivo (8, 30).

El que para todos los datos de conducta suicida, el mayor porcentaje de pacientes que los presentaban eran del sexo femenino (en desesperanza 60%, intento suicida 59%, ideación suicida 62% y antecedente de intento suicida 82%), es algo ya conocido en la literatura, aunque es importante resaltar que en el grupo del HPI la proporción de varones fue mayor en relación a mujeres (3:2 respectivamente) que presentaron intento suicida particularmente, lo cual no es parte del perfil epidemiológico ni nacional ni internacional y que esta más en relación con la presencia de algún tipo diagnóstico psiquiátrico (trastornos externalizados), como lo explicaremos posteriormente (9, 12, 18, 30, 35, 38, 40).

Respecto a la presencia de factores de protección o de riesgo mencionaremos que el que la mayor parte de los pacientes con conductas suicidas vivan con sus padres y tengan hermanos no los exime de presentar esta conducta como lo demuestran nuestros resultados, ya que como mencionamos en el apartado anterior en la sección de preguntas abiertas la mayor parte de los pacientes con conductas suicidas explicaban problemas de relación tanto con padres como hermanos y aunque no fue el propósito de este estudio, se considera de relevancia al estudiar a la familia y su dinámica como factor de riesgo o de protección para la presencia de conducta suicida, según sea el caso, y en el caso de este estudio se reportan familias problemáticas, sin que podamos especificar más (17, 20, 40).

Por otro lado el estado civil cobra relevancia por haber presentado todos los pacientes casados de nuestra muestra alguna conducta suicida, lo cual se relaciona a la presencia de estresores continuos presentes, a los cuales como comenta la literatura el adolescente no se adapta y responde con conductas inadecuadas como la conducta suicida, que por supuesto no

depende solo de la presencia de este factor sino de la sumatoria de varios como por ejemplo la presencia de psicopatología, lo que se apoya por el hecho de que todos estos pacientes correspondían al grupo del HPIJNN (17).

Ni la religión, ni la escolaridad, ni el estudiar actualmente resultaron ser factores de protección como ya se ha visto en otros estudios principalmente latinoamericanos en donde anteriormente existía la creencia de que estos podían serlo, pero se puntualiza acerca de la escolaridad la falta de adiestramiento para la resolución de problemas y en cuanto a el estudiar actualmente la exposición a situaciones relacionadas con conductas suicidas en el grupo de pares y a que el fracaso escolar se registra como un detonante de la conducta suicida sobre todo del intento suicida y que estuvo presente en nuestra muestra estudiada (16, 30, 40).

Para la religión se puede explicar a través del cambio que la transculturización a favorecido para que se vea de forma menos rígida, pero también de que en la etapa de la adolescencia ese no es un tópico de particular relevancia para el individuo. Un factor adicional de estrés como lo es el trabajar actualmente si constituye un factor de riesgo para la presencia de intento suicida actual, aunque no de manera significativa.

Finalmente la ausencia de factores de protección como lo son practicar un deporte o realizar alguna actividad recreativa se corrobora significativamente en nuestra muestra al estar por debajo de la mitad de la población, lo cual tiene que ver con el nivel socioeconómico y cultural; y con el acceso y disponibilidad de servicios que proporcionen estas actividades, sobre todo en los pacientes con intento suicida actual e ideación suicida, lo cual es algo también encontrado en estudios latinoamericanos (9, 35).

En cuanto a la conducta suicida observamos que los porcentajes son similares a algunos datos de la literatura; iniciaremos por el porcentaje de pacientes con intento suicida, cifra que fue estadísticamente significativa y esta dentro del rango establecido en otros estudios en México que va de 1% a 40% (30) y es similar a muestras latinas 7% a 35% (9, 35), aunque es mucho mayor a muestras europeas reportadas de 3% al 11% y a las norteamericanas de 2.2% al 20% (25, 40), lo cual como mencionamos en la introducción, es un perfil epidemiológico mundial, en el que los porcentajes son menores en países y ciudades en desarrollo, no así en países considerados en desarrollo (38, 40) y también es atribuible al hecho de que se eligió una población de un hospital de referencia de para tratamiento de la conducta suicida como lo es el HPIJNN y a que la mayor parte de los pacientes con intento suicida se encontraban en este grupo, siendo importante resaltar que en el HPI no acude de forma habitual la población con esta característica, si no es un hospital para atención de padecimientos médicos no psiquiátricos.

Por regla general los porcentajes de ideación suicida son mayores que los de intentos suicidas, lo cual se corroboró en nuestro estudio (30); y el porcentaje de pacientes es similar también a lo encontrado en la literatura (38). Resulta interesante conocer la severidad de este problema que en la mayoría de los estudios se aborda como un absoluto de presencia o

ausencia y que en este estudio abarca el conocer la intensidad de la severidad de la ideación suicida, encontrando que el mayor porcentaje de pacientes presento ideación suicida severa, seguido de modera y leve con un porcentaje muy bajo (7%), lo cual es explicable por el hecho de que por ser un hospital de referencia el HPIJNN acuden con mayor frecuencia casos considerados de gravedad, aunque los casos estudiados en el HPI en su mayoría reportaron una severidad alta, por haber sido pacientes todos con un intento suicida actual y a los cuales en muy pocas ocasiones se les da seguimiento aún cuando como mencionamos presentan ideación suicida de intensidad severa.

La existencia en ambos grupos de una relación muy estrecha entre la presencia de ideación suicida con intento suicida actual es muy alta y se corrobora en este estudio con una $p=.000$, lo cual lo coloca como un indicador muy preciso de la posibilidad de un intento suicida o de la presencia de este. También por regla general encontramos en la literatura un porcentaje mas alto tanto de ideación suicida como de intentos suicidas en la población adolescente que la esperada en población adulta, lo cual se corrobora en este estudio para ambos grupos (26, 30).

La desesperanza se encontró en un porcentaje alto y significativo en nuestra población y aunque tuvo una relación significativa con la presencia de ideación suicida ($p=.000$), encontramos que no solo esta en relación a esta, como ya se ha mencionado en la literatura, en donde puede estar en relación únicamente a psicopatología (depresión) o bien a factores psicosociales (pobreza) o a ambos (5, 38), pero no solo a ideación suicida; evidentemente es uno de los principales indicadores de intento suicida futuro o actual, como se corroboró aquí (1, 2, 29). Otra característica que se ha asociado significativamente con el intento suicida es el antecedente de intento suicida, pero que en este estudio no resulto con asociación significativa, ya que solo se estudiaron pacientes de primera vez y esto es lo esperado para la población de ambos hospitales (es decir encontrar intentos suicidas únicos en los pacientes de primer contacto), a diferencia de la población subsecuente del HPIJNN, en donde frecuentemente hay reingresos a hospitalización intentos suicidas de repetición.

Los diagnósticos dimensionales que en ambos grupos estudiados fueron los mas frecuentes, son en un porcentaje mas alto, el de ansiedad/depresión, como parte de los síndromes internalizados, lo cual habla de una alta relación con la prevalencia de estos síndromes tiene a nivel tanto nacional como internacional en adolescentes (22). Como ya se ha demostrado en otros estudios, los diagnósticos mas frecuentemente asociados al intento suicida y que en este estudio tuvieron significancia en la relación de estas variables, son los relacionados a trastornos afectivos específicamente Depresión (18) y en segundo lugar los trastornos de ansiedad en general (17,35), lo cual fue algo corroborado en este estudio donde el porcentaje de 57% fue significativo, tomándolo como parte de un síndrome internalizado, siendo notorio que los otros diagnósticos dimensionales del YSR que se relacionaron a el intento suicida siendo significativa tal relación, fueron el de aislamiento y el de quejas somáticas, que son parte del síndrome internalizado y que son síntomas que se presentan como parte de la depresión en si (21). Mencionaremos finalmente para el intento suicida que hubo significancia en la relación con el diagnostico dimensional de problemas del pensamiento

que se refiere a la presencia de sintomatología psicótica y que como también se reporta en la literatura son padecimientos que cursan frecuentemente con este tipo de conducta suicida, particularmente la Esquizofrenia (40).

Las siguientes dimensiones: problemas de atención, aislamiento y agresividad, tuvieron porcentajes similares y no fueron significativas, sin embargo es digno de resaltar que la presencia de sintomatología de estos diagnósticos dimensionales, que aunque en el grupo del HPIJNN pareciera obvio el encontrar psicopatología, pone de manifiesto que son estas las principales dimensiones motivo de consulta de primera vez y que son parte del síndrome externalizado, lo cual quedaría entonces como segunda causa de atención en urgencias de el HPIJNN. Por otro lado en el grupo del HPI en donde la causa inicial de atención de primera vez, no es la presencia de sintomatología psiquiátrica, sino padecimientos médicos, queda de manifiesto que por un lado no es excluyente y por otro que si no son buscados intencionadamente, evidentemente no se detectarían ni se tratarían pudiendo ser este el terreno ideal para implementar estrategias reales de prevención primaria y secundaria (30).

El diagnóstico que también resulto significativo fue el de problemas de pensamiento, recordando que tiene que ver con la presencia de sintomatología psicótica principalmente, lo cual es uno de los principales diagnósticos que motivan atención del servicio de urgencias del HPIJNN, por ser un hospital de referencia para estos padecimientos en particular. Finalmente las dimensiones de: problemas sociales, quejas somáticas y delincuencia resultaron con porcentajes bajos y no significativo, lo cual habla del tiempo de evolución de la enfermedad y la posibilidad de complicaciones con otras manifestaciones de ansiedad como las quejas somáticas y conductas disruptivas en relación a la delincuencia.

La información anterior resulta cada vez mas importante al relacionarla con la conducta suicida, es información valiosa en el sentido de ya no restringirnos a patologías de índole afectiva o de ansiedad, sino incorporar mas ampliamente el concepto de que la sintomatología de el síndrome externalizado también tiene una participación en la causa y/o como precipitador de conducta suicida, de hecho en la literatura se maneja mas en este sentido de “disparador” cualquier síntoma relacionado con impulsividad, intolerancia o agresividad, que como causal, sobre todo de el intento suicida actual (17, 21).

Ahora bien otro diagnóstico dimensional que resulto significativo en la relación con conducta suicida fue el de problemas del pensamiento, área que si bien tiene que ver con la presencia de síntomas psicóticos, también tiene que ver con alteraciones cognitivas propias de la depresión en donde tiene cabida la desesperanza, que si bien no se especifica en el YSR como tal, si es evaluada indirectamente, y que el que el porcentaje resulte significativo se relaciona además, con el numero de pacientes con desesperanza, que como se menciono en la introducción es un punto clave a evaluar como predictor de conducta suicida (específicamente intento suicida), además en asociación con la presencia de depresión(2, 5, 21, 22), lo cual cumple con uno de los objetivos de este trabajo.

El intento suicida actual tuvo relación significativa con problemas del pensamiento, de manera mas especifica con síntomas psicóticos y con datos cognitivos de depresión(17), como se reporta en otras series nacionales; pero además con quejas somáticas las cuales son mas bien disparadores por la ansiedad que las acompaña y caracteriza (18) y finalmente aislamiento como parte del síndrome internalizado que si se considera causal de el intento suicida como tal (40). La ideación suicida tuvo que ver principalmente con el síndrome internalizado (quejas somáticas, ansiedad/depresión y aislamiento) y con problemas del pensamiento, que en todos los casos se asocia como causales de la presencia y evolución de la ideación suicida que por supuesto como parte del curso natural de la enfermedad puede desembocar en intento suicida posterior lo cual reafirma la posición de predictor de intento suicida a la ideación suicida (18).

Finalmente la de la desesperanza con las dimensiones del Autoreporte de adolescentes (YSR) que fue significativa en este caso tuvo que ver también con el síndrome internalizado (quejas somáticas, ansiedad/depresión y aislamiento) pero muy característicamente con agresividad, lo cual llama la tensión al reflexionar que en la etapa de la adolescencia como parte de el desarrollo emocional y del pensamiento los síntomas depresivos son manifestados principalmente de manera conductual incluso con sintomatología del síndrome externalizado, por lo cual esta relación dimensional no excluye el que el puntaje alto en la escala de agresividad sea como una complicación de la evolución de la desesperanza hacia la presencia de ideación suicida al agotarse los recursos cognitivos del paciente, lo cual es un punto que cada vez va tomando mas fuerza en las diversas investigaciones y que en nuestro trabajo no es posible separar pero si relacionar (4, 30).

X. CONCLUSIONES.

1.- Acude un mayor numero de adolescentes a consulta de primera vez al servicio de urgencias HPIJNN, comparado con el HPI, del total de pacientes la mayor parte son del sexo femenino.

2.- La presencia de situaciones consideradas de riesgo (estado civil casado, tener hijos, trabajar, problemas escolares de rendimiento o de relación, familias referidas con problemas en la relación, conducta sexuales de riesgo, etc.), tanto para trastornos mentales como para algunos problemas físicos, esta presente de manera mas notoria en la población del HPIJNN, a la que consideramos un población con mayor vulnerabilidad por ser población adolescente portadora de psicopatología.

3.- La ausencia de factores de protección como practicar deporte o actividades recreativas resultado de gran relevancia ante la posibilidad de asociarse a la presencia de psicopatología.

4.- La media de edad para la conducta suicida (desesperanza, ideación suicida e intento suicida), fue similar a los datos internacionales, y se relaciona con la evolución del proceso dinámico de la conducta suicida, es decir inicialmente ideación suicida de forma concomitante con desesperanza y después con intento suicida.

5.- La presencia de cualquier conducta suicida es mayor en mujeres en el grupo del HPIJNN y en el HPI el perfil epidemiológico esta inclinado hacia los varones.

6.- Observamos que la relación de factores de riesgo de la conducta suicida es la misma a la reportada en la literatura, es decir, familias con problemas, fuentes de estrés adicional en adolescentes como el ser casado, tener hijos, trabajar actualmente o problemas escolares, asi como la presencia de psicopatología, por lo que estos factores con mas frecuentes en el HPIJNN.

7.-Algunos factores de protección como el estudiar actualmente o la religión no se mostraron de relevancia para la conducta suicida, sin embargo la ausencia de algunos como practicar deporte o actividades recreativas si se relaciona con algún tipo de conducta suicida.

8.- Los porcentajes de intento suicida son similares a los reportados en la literatura nacional y de poblaciones latinas, pero es mayor al de poblaciones de ciudades o países considerados desarrollados.

9.- Se corrobora el mayor porcentaje de ideación suicida que de intentos suicidas, la intensidad encontrada con mayor frecuencia fue la severa y que tanto la ideación suicida como la desesperanza son los principales indicadores de intento suicida.

10.- La desesperanza esta en relación muy estrecha con la presencia de psicopatología principalmente depresión pero es posible relacionarla con factores psicosociales.

11.- La ansiedad y depresión; y los problemas de atención son los diagnósticos mas frecuentemente encontrados en la población que acude al servicio de urgencias pediátricas y psiquiátricas infantiles, pero para el HPI el tercer diagnostico principal fue el de aislamiento (aun cuando la psicopatología no es la principal causa de atención en este hospital, esto no significa que este ausente) y en el HPIJNN el tercer diagnostico principal fue del de problemas del pensamiento

12.- La desesperanza se relaciono con el síndrome internalizado y agresividad, en ambos grupos.

13.- El intento suicida y la ideación suicida se asociaron con el síndrome internalizado en su totalidad (ansiedad y depresión, quejas somáticas y aislamiento) y con problemas del pensamiento, en ambos grupos.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Aliaga, J. et al. (2006). Escala de desesperanza de Beck: adaptación y características psicométricas, *Revista de Investigación en Psicología*, 9: 69-79.
- 2.- Bailador, P., Viscardi, N. & Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol en adolescentes de Montevideo, *Rev Med Uruguay*, 13: 213-223.
- 3.- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 861-5.
- 4.- Beck, A., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation, *J Couns Clin Psychol*, 41: 343-352.
- 5.- Beck, A., Steer, R., Beck, J. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression, *Suicide Life-Threat Behav*, 23: 139-145.
- 6.- Bi, C. (1998). Adolescent suicide, *Ped Clin North Am*, 45: 19-53.
- 7.- Blumenthal, S. et al. (1990). Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients, *Psychiatric Clin North Am*, 13: 511-557.
- 8.- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. & Gutiérrez, P. (1996). Epidemiología del suicidio en México 1970-1994, *Salud Publica Mex*, 38: 197-206.
- 9.- Campo, G. et al. (2003). Intento de suicidio en menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle Cali, *Colombia Medica*, 34: 9-16.
- 10.- Díaz-Sastre, C. (11 nov 2006). 1er congreso virtual de psiquiatría, conferencia 36-CI-D. Disponible en www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_d.htm.
- 11.- Donaldson, D., Spirito, A., Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results a pilot trial, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:113-120.
- 12.- Ferguson, D. & Lynskey, M. (1995). Suicide attempts and suicidal ideation in birth cohort of sixteen-year-old New Zealanders, *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 34: 1308-17.
- 13.- Figueras, A. (2006). Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, España: 115-125.
- 14.- González-Forteza, C. & Andrade, P. (1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos, *Salud Mental*: 18, 41-48.

- 15.- González-Forteza, C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis doctoral en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México.
- 16.- González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C. & Jiménez, A. (1996). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes, estado actual y perspectivas, *Salud Mental*, 19: 33-138.
- 17.- González-Forteza, C. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos, *Acta Psiquiat Psicol Am Lat*, 43: 319-326.
- 18.- González-Forteza, C. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes, *Salud Publica de México*, 40: 430-437.
- 19.- González-Forteza, C. et al. (2001). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes, *Salud Mental*, 24, 16-25.
- 20.- González-Forteza, C. et al. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México, *Salud Mental*, 25: 1-12.
- 21.- González-Forteza, C. et al. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos, *Psicothema*, 15: 524-532.
- 22.- González, S. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México, *Salud Mental*, 23: 21-30.
- 23.- Guerrero, O. (2003). Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo, *Act Pediatr Méx*, 24: 312-316.
- 24.- Guibert, W. & Del Cueto, E. (2003). Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida, *Rev Cubana de Med Gen Int*, 19: 19-29.
- 25.- Instituto nacional de estadística geografía e informática. (2005). Síntesis metodológica de las estadísticas de intentos de suicidio y suicidio, *Serie Boletín de estudios continuos, demográficos y sociales*, 4: 10-32.
- 26.- Instituto nacional de estadística geografía e informática. (2006). Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios, *Serie Boletín de estudios continuos, demográficos y sociales*, 4: 5-20.
- 27.- Jiménez, T. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente, *Salud Mental*, 26: 35-46.

- 28.- Molina, M. Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes, *Rev Psiq Psicol Niños y Adolescentes*, 2: 23-40.
- 29.- Mondragón, L. et al. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol, *Salud Mental*, 21: 20-27.
- 30.- Mondragón, L. et al. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos, *Salud Mental*, 24: 4-15.
- 31.- Morales, A., Chavez, R., Ramírez, W., Sevilla, A. & Yock, I. (1994). Desesperanza en adolescentes: una aproximación a la problemática del suicidio juvenil, *Rev Med Uruguay*, 10: 79-91.
- 32.- OMS. (10 nov 2006). El estudio de intervención multicéntrico de comportamientos suicidas SUPRE-MISS: componentes e instrumentos. Disponible en www.who.int/mentalhealth/PDFdocuments/SUPRE-MISS.pdf.
- 33.- Pfeffer, C. et al. (1991). Suicidal children grow up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 609-16.
- 34.- Pfeffer, C. et al. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicides attempts during follow-up, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 106-13.
- 35.- Rosello, J. & Berrios, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de la vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños, *Interam J Psychology*, 38: 295-308.
- 36.- Ruiz, J., Riquelme, A. & Buendía, J. (2001). Construcción de un indicador de riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes con alta sintomatología depresiva, *Psiquis*, 22: 143-154.
- 37.- Sardinero, G., Massa, J. & Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach, adaptación española y aplicaciones clínico epidemiológicas, *Clínica y Salud*, 8, 447-480.
- 38.- Shaffer, D. et al. (2001). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40: 495-499.
- 39.- Soria, M. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes, *Psicothema*, 16: 476-480.
- 40.- Urquiza, R. Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes, *Psicología y Salud*, 15: 221-230.

XII. APENDICES.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Iniciales del paciente: _____

TITULO DEL PROTOCOLO: ESTUDIO COMPARATIVO DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y UN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

INVESTIGADOR TITULAR: DRA. AMIDA GRANADOS ROJAS.
ASESOR TEÓRICO: DRA. EDITH PADRÓN SÓLOMON.
ASESOR METODOLÓGICO: DR. FRANCISCO FRANCO SALAZAR LOPEZ.
COASESOR: DRA. GABRIELA SANTOS MENDOZA.

INVESTIGADOR ADJUNTO HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTAPALAPA:
DR. VICTOR MANUEL VELÁZQUEZ LÓPEZ.
ASESOR HOSPITAL PEDIÁTRICO IZTAPALAPA:
DR. JAIME GRANIEL CASTILLO.

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación, por lo que es necesario que lea y comprenda esta información que tiene la intención de explicar el objetivo y los beneficios del estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO. Se pretende determinar si existe relación entre la presencia de ideación suicida, desesperanza y sintomatología psiquiátrica con la frecuencia de riesgo suicida en adolescentes y preadolescentes.

Puede participar en el estudio si:

1. Su hijo tiene entre 12 años y 17 años 11 meses.
2. Acepta participar en el estudio.

No podrá participar si:

1. Usted no sabe leer y escribir.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO. Este es un estudio, que consiste en aplicarle a usted un cuestionario y a su hijo 3 cuestionarios en una sola ocasión.

BENEFICIOS. Estará contribuyendo al conocimiento factores de riesgo del padecimiento de su hijo. No existirá compensación financiera.

RIESGOS. Este estudio no tiene ningún riesgo para su salud.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA. La participación en este estudio es voluntaria, puede elegir no participar en el estudio sin que sufra alguna penalización o pérdida de la atención en la institución.

La información y resultados médicos serán procesados por una computadora para el análisis estadístico y los resultados cubriendo toda identidad podrán ser publicados. Usted tiene derecho a realizar cualquier pregunta.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Mediante mi firma certifico que he leído la información relacionada con el estudio. Estoy de acuerdo en participar voluntariamente y a dar la información requerida.

FECHA: _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE: _____

NOMBRE Y FIRMA DE PRIMER TESTIGO: _____

NOMBRE Y FIRMA DE SEGUNDO TESTIGO: _____

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK.

I. Características de la actitud hacia la vida/muerte.

1. Deseo de vivir 0. Moderado a intenso
 1. Débil
 2. Ninguno
2. Deseo de morir 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado o intenso
3. Razones para vivir/morir 0. Las razones para vivir son superiores a las de morir
 1. Iguales
 2. Las razones para morir son superiores a las de vivir
4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a intenso
5. Intento pasivo de suicidio. 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
 1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej: cruzar descuidadamente una calle muy transitada).
 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej: un diabético que deja de tomar la insulina)

II. Características de los pensamientos/deseos suicidas

6. Dimensión temporal: duración 0. Breve, períodos pasajeros
 1. Períodos más largos
 2. Continuo (crónico), o casi continuo
7. Dimensión temporal: frecuencia 0. Rara, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia el pensamiento/deseo 0. Rechazo
 1. Ambivalencia, indiferencia
 2. Aceptación
9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo. 0. Tiene sensación de control
 1. No tiene seguridad de control
 2. No tiene sensación de control
10. Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej: familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).
 0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
 1. Los factores disuasivos tienen cierta influencia
 2. Influencia mínima o nula de los factores disuasorios (si existen factores disuasorios, indicarlos)
11. Razones del proyecto de intento 0. Manipular el medio, atraer la atención, vananza

1. Combinación de 0 y 2
2. Escapar, acabar, resolver problemas

III. Características del proyecto de intento

12. Método: especificación/planes 0. No los ha considerado
 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
 2. Los detalles están especificados/bien formulados
13. Método: accesibilidad/oportunidad 0. Método no disponible; no hay oportunidad
 1. El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
 - 2 a. Método y oportunidad accesible
 - 2 b. Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento. 0. No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
 1. Inseguro de su coraje, competencia
 2. Seguro de su competencia, coraje.
15. Expectativas/anticipación de un intento real 0. No 1. Incierto, no seguro 2. Sí

IV. Realización del intento proyectado

16. Preparación real 0. Ninguna
 1. Parcial (ej: empezar a recoger píldoras)
 2. Completa (ej: tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)
17. Notas acerca del suicidio 0. No escribió ninguna nota
 1. Empezaba pero no completada, solamente pensó en dejarla
 2. Completada
18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej: seguro, testamento, donaciones)
 0. Ninguno
 1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
 2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado
19. Engaño/encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta). 0. Reveló estas ideas abiertamente
 1. Fue reacio a revelarlas
 2. Intentó engañar, encubrir, mentir

V. Factores de fondo

20. Intentos previos de suicidio 0. Ninguno 1. Uno 2. Más de uno
21. Intención de morir asociada al último intento 0. Baja
 1. Moderada, ambivalente, insegura
 2. Alta

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Instrucciones: Marque verdadero o falso según la expresión que refleje más su realidad.

- 1.- Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.....V / F
- 2.- Quizás debería abandonar todo porque no puedo hacer las cosas mejor.....V / F
- 3.- Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.....V / F
- 4.- No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.....V / F
- 5.- El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.....V / F
- 6.- En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.....V / F
- 7.- El futuro aparece oscuro para mí.....V / F
- 8.- En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.....V / F
- 9.- En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.....V / F
- 10.- Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.....V / F
- 11.- Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.....V / F
- 12.- No espero conseguir lo que realmente quiero.....V / F
- 13.- Espero ser más feliz de lo que soy ahora.....V / F
- 14.- Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.....V / F
- 15.- Tengo gran confianza en el futuro.....V / F
- 16.- Como nunca logro lo que quiero es una locura querer algo.....V / F
- 17.- Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.....V / F
- 18.- El futuro aparece vago e incierto para mí.....V / F
- 19.- Se pueden esperar tiempos mejores que peores.....V / F
- 20.- No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre..V / F

AUTOREPORTE PARA ADOLESCENTES DE 11 A 18 AÑOS

Para uso administrativo ID _____

Por favor llena esta forma reflejando tu punto de vista, incluso si otras personas cercanas pudieran no estar de acuerdo contigo. Siéntase libre de anotar cualquier comentario al margen y en los espacios disponibles en la página

Tu Nombre _____		Empleo usual de los padres, incluso si te encuentran actualmente desempleados (por favor sea lo mas específico posible, ej. Arquitecto, vendedor de zapatos, ayudante de obra, sargento del ejercito) Trabajo del padre _____ Trabajo de la madre _____ Califica tu familia del 0 al 10. 00= Pésima, me gustaría cambiar muchas cosas 10= Excelente, la mejor que existe. Calificación _____
Sexo .Hombre .Mujer	Tu Edad _____	
Fecha de hoy Mes ____ Día ____ Año ____	Fecha de Nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____	
Grado escolar No voy a la escuela	Si trabajas, por favor describe tu trabajo:	

II- Anota las aficiones, actividades y juegos que mas te gustan. Ej. Cantar, leer, bailar, tocar guitarra, etc. (**NO** incluye escuchar radio o ver la TV o deportes)

⊕ Ninguno

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Comparado con tus amigos o compañeros ¿que tanto tiempo pasas en cada actividad?

1	2	3
Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Mas que la mayoría

Comparado con tus amigos o compañeros ¿que tan bueno eres en cada actividad?

1	2	3
Peor que la mayoría	Igual que la mayoría	Igual que la mayoría

IV- Anota cualquier trabajo o tarea que tengas. Ej. Cargador en una tienda, cerillo, tender su cama, lavar su ropa, vender dulces. (Incluye tanto los trabajos pagados como los no pagados)

⊕ Ninguno

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Menos que la mayoría	Igual que la mayoría	Mas que la mayoría
----------------------	----------------------	--------------------

V.	0	1	2	3
¿Cómo cuantos amigos íntimos tienes? (No incluye hermanos)	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 o 3	<input type="checkbox"/> 4 o mas
¿Cómo cuantas veces a la semana hace cosas con sus amigos fuera de la hora de clases?	<input type="checkbox"/> Menos de 1	<input type="checkbox"/> 1 o 2	<input type="checkbox"/> 3 o mas	

VI. ¿Comparado con otros jóvenes de tu edad que tan bien ...

- ... te llevas con tus hermanos y hermanas?
- ... te llevas con otros jóvenes?
- ... te comportas con tus padres?
- ... juegas y trabajas por ti mismo?

0-Peor	1-Como la mayoría	2-Mejor	3
			No tengo

VII. No voy a la escuela por que

0-Reprobado

1-Abajo del promedio

2-Promedio

3-Arriba del promedio

Otras materias Ej.
Computación, otros
idiomas, etc. **NO**
incluye gimnasia,
talleres u otras
materias no
académicas.

a. Español, lectura o escritura

b. Ciencias sociales o historia

c. Matemáticas

d. Ciencias naturales

e. _____

f. _____

g. _____

¿Tienes cualquier tipo de enfermedad, problema físico o trastorno mental? No Si – Por favor descríbelo

Por favor describe cualquier problema o preocupación que tengas en relación a la escuela:

Por favor describe cualquier problema o preocupación que tengas:

Por favor describe las mejores cosas acerca de ti
