

**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:

Comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y soporte familiar:
una propuesta de intervención breve en adolescentes deprimidas hospitalizadas.

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

Ademar Silva Echeveste.

TUTORA:

Dra. Silvia Ortiz León

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2014.



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.

RESUMEN

La depresión mayor es un trastorno común durante la niñez y adolescencia. Con frecuencia los adolescentes con depresión experimentan pensamientos o comportamientos suicidas; siendo el riesgo de suicidio intrínseco a la psicopatología depresiva. Una mayor severidad de la depresión, cronicidad o múltiples episodios recurrentes, comorbilidad, desesperanza, presencia de síntomas residuales, estilos cognitivos negativos, problemas familiares y exposición a eventos negativos se asocian a pobres resultados. Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo conductual breve (ICCB) en la disminución del comportamiento suicida, las creencias irracionales y mejoría de la percepción del funcionamiento familiar y la funcionalidad de las adolescentes hospitalizadas por depresión y conducta suicida, comparándolo con pacientes que reciben tratamiento habitual (TH). Método: Se incluyeron 30 adolescentes hospitalizadas con depresión e intento de suicidio, se dividió la muestra en 2 grupos, uno de los cuáles recibió una intervención breve cognitivo conductual y otro que recibió el TH. Ambos se evaluaron respecto a las siguientes variables e instrumentos: Comportamiento suicida (Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la Ideación suicida, C-SSRS, Posner et al, 2009), Relaciones intrafamiliares (Escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares, ERI, Rivera, 1999), Creencias irracionales (Escala de Creencias y Actitudes de Ellis, Ellis, 1990) y Funcionalidad (Escala de evaluación global de niños y adolescentes, CGAS, Shaffer et al, 1981); de forma basal y al finalizar la evaluación. Resultados: Se encontró una media de edad de 14.4 años de edad, el 23% de las pacientes contaban con el antecedente familiar de depresión. Ambos grupos de pacientes mostraron puntajes similares en el comportamiento suicida y la percepción de unión y expresión en relaciones familiares en forma basal. Al finalizar la intervención el comportamiento suicida disminuyó considerablemente en el grupo de intervención (GI), con una mejoría en la funcionalidad en GI. En tanto, las otras variables no tuvieron modificaciones significativas.

Palabras clave: Depresión, comportamiento suicida, relaciones intrafamiliares, creencias irracionales, intervención cognitivo conductual.

ÍNDICE

Introducción	5
Marco teórico	6
Planteamiento del problema	17
Justificación	18
Hipótesis	18
Objetivo	19
Método	19
Muestra	21
Criterios de inclusión	21
Criterios de exclusión	22
Criterios de eliminación	22
Variables y unidades de medida	23
Procedimiento	27
Piloteo	28
Análisis estadístico	28
Resultados	30
Discusión	43
Conclusiones	44
Recomendaciones y limitaciones	45
Referencias bibliográficas	46
Anexos	49

ÍNDICE DE TABLAS

Manejo multidisciplinario de la depresión en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.....	12
Ensayos previos con intervención cognitivo conductual para el manejo de la depresión.....	15
Características demográficas de los participantes.....	30
Media de edad y escolaridad en los dos grupos.....	31
Características clínicas de las participantes.....	32
Media del inventario de depresión de Beck en ambos grupos.....	33
Severidad del inventario de depresión de Beck en ambos grupos.....	33
Percepción del funcionamiento familiar y creencias irracionales en ambos grupos.....	34
Comportamiento suicida, creencias irracionales y funcionamiento global en ambos grupos.....	36
Percepción del funcionamiento familiar y creencias irracionales en ambos grupos, pre y post intervención.....	38
Comportamiento suicida, creencias irracionales y funcionalidad global en ambos grupos, antes y después de la intervención.....	40

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se diagnostica y por tanto es causa importante de morbilidad y discapacidad en la población infantil y adolescente. Constituye la primera causa de hospitalización en la población de adolescentes mujeres en este centro y el comportamiento suicida es el principal motivo de ingreso. El comportamiento suicida constituye un espectro de comportamientos que abarca la ideación suicida en cuanto a las ideas de muerte y la planeación suicida y la conducta suicida, que abarca los comportamientos preparatorios y los intentos suicidas, incluyendo las autolesiones.

Actualmente, se recomienda que el tratamiento de la depresión se base en la evidencia científica de las distintas modalidades terapéuticas. Aunque existen guías clínicas en la literatura internacional y el propio hospital formuló las de depresión en el año 2010, su implementación es aún un reto, debido a que en nuestro centro el esquema de tratamiento de estas pacientes, es en su mayoría, basado en un juicio clínico, donde estas guías no se han implementado en su totalidad.

Las recomendaciones de tratamiento integran un manejo multimodal en diversas etapas. Incluyen manejo farmacológico e intervenciones psicosociales, con estrategias terapéuticas individuales y de tipo cognitivo-conductual. Sin embargo, existe poca diseminación de la implementación de la terapia cognitivo-conductual como intervención en este grupo de pacientes hospitalizadas. De ahí que se considera importante evaluar la efectividad de este tipo de tratamiento psicoterapéutico y contrastarlo con el tratamiento habitual en el área de hospitalización.

MARCO TEÓRICO

Prevalencia de la depresión y situación general en México

La depresión es un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por la presencia de una alteración en el estado de ánimo, misma que se observa por un período de al menos 2 semanas. Esta alteración consiste en un estado de ánimo deprimido y una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. Además, el sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Finalmente, los síntomas deben mantenerse constantes la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas ¹.

El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y 12% para los varones. La prevalencia del trastorno en la población general varía entre el 5 y 9% para las mujeres y entre el 2 y 3% para varones ¹.

En la población mexicana la prevalencia de este trastorno es del 3.3% en la población general, mientras que al diferenciarse por género encontramos una prevalencia del 4.5% para las mujeres y del 2% para los varones, ⁽²⁾ teniendo una edad de inicio del problema aproximadamente a los 26 años, con un importante número de personas que comenzaron con los síntomas afectivos desde la adolescencia, encontrando en esta misma encuesta una mayor prevalencia del trastorno a lo largo de la vida en las mujeres encuestadas a diferencia de los varones ².

Esta situación tiene un comportamiento similar en la población de adolescentes. Se señala que se mantiene constante en los adolescentes de la ciudad de México, donde se encuentra una diferencia de prevalencia entre hombres y mujeres de 2 y

7.6% respectivamente ³. Teniendo también el género femenino mayor gravedad del cuadro en comparación con los varones y apreciando una edad de inicio de este problema de salud desde los 5 años de edad para ambos sexos con un curso crónico a lo largo de la vida ³.

Los trastornos depresivos existen en un continuo y se clasifican en función de la gravedad, extensión y la presencia o ausencia de manía. En el más leve extremo del espectro están los trastornos de adaptación con estado de ánimo deprimido, que son leves, auto limitados y se producen en respuesta a un estresante claro. El trastorno distímico tiene menos síntomas que la depresión mayor, pero su característica más notable es su cronicidad, con una duración mínima de un año ¹.

El explicar esta situación a los padres y a los niños, puede ser útil para describir la depresión mayor como un "cielo nublado", y la distimia como "parcialmente nublado" ⁴. Sin embargo, la co-ocurrencia de trastorno distímico y depresión mayor, llamada "depresión doble", se asocia con un curso crónico. La depresión mayor es la "verdadera" condición, ya sea con el estado de ánimo triste o irritable, o anhedonia, junto con al menos otros cinco síntomas, tales como aislamiento social, baja autoestima, culpa, pensamientos o ideaciones suicidas, disminución del sueño, disminución de la motivación y / o concentración y el aumento o disminución del apetito ⁴.

La depresión es una enfermedad crónica y recurrente. La duración de los episodios depresivos es de 3-6 meses. La duración mayor de un episodio está asociado a un trastorno distímico comórbido, la comorbilidad con el trastorno de ansiedad o abuso de sustancias, mayor gravedad inicial de la enfermedad depresiva, ideación suicida actual o pasada, la cronicidad y el número de episodios de depresión de los padres y el entorno familiar desfavorable. En las muestras clínicas y de la comunidad, aproximadamente el 20% de los adolescentes con un historial de depresión tienen una depresión persistente de 2 años o más ¹.

Se han realizado estudios longitudinales que han demostrado que el riesgo para la depresión recurrente en el adolescente es muy alto, con una tasa de recidiva o recurrencia que va del 30-70% en 1-2 años de seguimiento en las muestras clínicas y del 16-33% en 2-4 años de seguimiento en las muestras de la comunidad. Teniendo como factores de riesgo para la recurrencia la aparición temprana del trastorno de estado de ánimo en uno de los padres, la falta de recuperación completa, la disfunción social pre-existente, la historia de abuso sexual y la disfunción familiar ¹.

Prevalencia y situación general del suicidio en México

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al suicidio como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o un daño; con un grado variable de la intención de morir, cualquiera que sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil ⁵. El intento suicida implica un estado de desorganización temporal, en el cual el individuo siente impotencia e incapacidad para enfrentar las perturbaciones que se le presenten y van mermando sus mecanismos de adaptación. Según la OMS, la tasa de suicidio en niñas de 5-14 años se sitúa en un rango de 0 a 1.1 por 100,000 mientras que en niños presenta un rango de 0 a 2.5 por 100,000 ⁵. En los Estados Unidos, la tasa de suicidio específica entre los 10 y los 14 años es de 1.6 por 100,000. Lo que representa el 1% de todos los suicidios y la mayoría de muertes se dan entre los 12 y los 14 años; entre los 15 y los 19 años es de 9.5 por cada 100,000; lo que representa aproximadamente el 6% ⁵.

Se estima que la tasa de intentos de suicidio en el ámbito escolar es de 11% en estudiantes de bachillerato y del 15-18% de los estudiantes universitarios ⁵. Entre los adolescentes; en la población general, se ha encontrado que aproximadamente el 9% de ellos ha presentado una tentativa de suicidio ⁵.

El suicidio fue la tercera causa de muerte en adolescentes en Estados Unidos durante el 2009 ⁵. La prevalencia para el intento suicida en población adolescente

mexicana entre el 3.0 y el 8.3% ⁶; con una prevalencia en el Distrito Federal de 8.3% en 1997, la cual se incrementó a 9.5% en el año 2000 ⁶.

Mientras que para el año 2010, se encontró que el 19% de los estudiantes de secundaria habían considerado seriamente un intento suicida; 15% hizo una planeación específica; 8.8% reporto algún atentado suicida y 2.6% llevo a cabo un intento suicida medicamente serio que requirió atención médica de urgencia ⁷; donde en su mayoría, los intentos de suicidio ocurrieron en los años finales de la escuela primaria o durante el comienzo de la secundaria.

Así, la ideación suicida es más frecuente en el sexo femenino, pero el suicidio consumado es más frecuente en varones; con una relación de 2.7 entre los 10 y 14 años y de 4.9 entre los 15 y 19 años, en relación con las mujeres ⁸. Las tentativas son más frecuentes en las chicas, aunque en la infancia es más frecuente en varones y en la adolescencia se ha reportado que sucede a la inversa; con un reporte de los métodos utilizados por los adolescentes varones, que son de mayor letalidad como ahorcamiento o armas de fuego; así, el método más utilizado en la tentativa de suicidio es la autointoxicación medicamentosa, siendo notablemente superior la proporción en adolescentes (91%) que en los niños (44.4%). Otros métodos también utilizados son las lesiones en los antebrazos y muñecas, la precipitación y el ahorcamiento ⁸.

Las adolescentes latinas continúan reportando altos niveles de intentos de suicidio en comparación a su contraparte afroamericana y blanca. El fenómeno todavía no se entiende bien y se teoriza que es el resultado de la confluencia de muchos factores a nivel cultural, familiar e individual. En las culturas latinas; la creencia que sustenta y da valor a la importancia de la familia, se conoce como familismo, que aparece para proteger la salud emocional y conductual del joven, siendo contrario a los conflictos entre padres y adolescentes, situación que se ha reportado como un factor de riesgo para la ocurrencia de intentos de suicidio. Encontrando que la reducción de los conflictos entre padres e hijos y el fomento de vínculos más estrechos en la familia tienen el efecto adicional de mejorar la

autoestima del adolescente y la reducción de la probabilidad de que se presenten intentos de suicidio ⁹.

Dado el fuerte vínculo que existe entre el diagnóstico de depresión mayor y el riesgo de suicidio; se ha encontrado que los pacientes con una historia de múltiples intentos de suicidio presentan mayores niveles de ideación suicida y mayor intensidad en los síntomas depresivos, pero no desesperanza o actitudes disfuncionales. Además, el antecedente de múltiples intentos se acompañó de una edad más temprana de inicio de la depresión mayor ¹⁰.

Se ha reportado que en comparación con los adolescentes con síntomas puros de depresión; aquéllos con una comorbilidad de un trastorno de conducta del tipo Oposicionista Desafiante por ejemplo, tienen un riesgo mayor para la presencia de ideación suicida posterior, recurrentes gestos suicidas e intentos de suicidio ¹¹. A su vez, niveles relativamente modestos de desesperanza parecen conferir un alto riesgo de suicidio en los trastornos afectivos ¹².

Asimismo y de manera independiente; el intento de suicidio se relacionó significativamente con la presencia de mayor impulsividad entre las edades de 10 y 25 años, especialmente durante los años de juventud ¹³.

La impulsividad se ha conceptualizado como un factor que influye en la expresión de la conducta suicida. La adolescencia es un período de desarrollo que se caracteriza tanto por una tasa relativamente alta de intentos de suicidio y un alto nivel de impulsividad. Las adolescentes con múltiples intentos de suicidio realizan más impulsivamente mediciones de recompensa tardía y tienen una mayor auto-calificación de la depresión y la agresión que las adolescentes con un solo intento o sin él. La preferencia de los jóvenes con múltiples intentos hacia una gratificación inmediata de manera directa puede aumentar la vulnerabilidad a los actos suicidas en el contexto de los estados angustiosos o indirectamente aumentan el riesgo mediante la creación de una pobre experiencia de vida a través del tiempo ¹⁴.

Las probabilidades de suicidio aumentan con la disminución en la edad de la muerte del padre. El suicidio de los padres es un factor predictivo de suicidio en algún miembro de la descendencia. Los datos sugieren que el valor predictivo es mayor en caso de que la madre muriera por suicidio, sobre todo si ella murió por esta causa a una edad temprana ¹⁵.

Asimismo se ha reportado que los adolescentes que tienen una pareja del mismo género son más propensos (OR 4,84) a practicarse autolesiones y llegar al intento suicidas en comparación con aquéllos que tienen una pareja heterosexual. En tanto, que el número de complicaciones en el parto influyó en cuánto a la utilización de los recursos de salud, ya que los jóvenes con dos o más complicaciones utilizaron aproximadamente 2 o 3 veces más los servicios de salud por algún problema psiquiátrico que aquéllos que no las presentan ¹⁶.

Tratamiento de la depresión

De manera usual se ha dividido en tres fases: aguda, de continuación y de mantenimiento ¹⁷. En la fase aguda se busca llegar a una respuesta y mantener una remisión completa de los síntomas. La continuación del tratamiento es importante para preservar la respuesta obtenida en la fase aguda y prevenir recaídas. Por último, la fase de mantenimiento es necesaria para evitar la recurrencia en aquellos pacientes que han tenido síntomas severos o un trastorno crónico.

La elección del tratamiento en cada una de las tres fases debe ir dirigida considerando los factores que modifican un cuadro depresivo e imprimen la variabilidad entre los síntomas y la comorbilidad, tales como la edad y el desarrollo cognitivo, la severidad, comorbilidad, cronicidad, historia psiquiátrica familiar, los factores ambientales y las expectativas con respecto al tratamiento.

Sin embargo, el enfoque de tratamiento es muy variado dependiendo de la unidad médica que evalúe a la paciente, teniendo gran dificultad para la unificación de criterios. Se han realizado diversos algoritmos de tratamiento, basados en evidencia científica, donde se concluye que el tratamiento debe ser multimodal y

enfocado a prevenir recurrencias, dividido en dos grandes áreas de tratamiento: farmacoterapia e intervenciones psicosociales ¹⁷.

En nuestro medio sólo se cuenta con una sola guía clínica para el manejo de la depresión y ésta se enfoca de manera principal a la población mayor de edad por lo que de manera local se han realizado esfuerzos para organizar y unificar el tratamiento, encontrando en las Guías Clínicas del HPI “Dr. Juan N. Navarro” ¹⁸ información al respecto:

Tabla 1

Manejo multidisciplinario de la depresión en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro.”

Prevención	Tratamiento farmacológico	Tratamiento psicosocial
Incidir en factores de riesgo. Programas de detección oportuna. Instrumentos de detección temprana.	Fluoxetina, Sertralina y Citalopram.	Psicoeducación. Intervenciones escolares. Psicoterapia. Terapia cognitivo-conductual. Terapia interpersonal.

Fuente. Guías Clínicas Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”. SSA. 1era. Edición, México 2010.

Intervenciones cognitivo-conductuales

La evidencia apoya la eficacia de las intervenciones de tipo cognitivo-conductuales, lo que las hace el tratamiento de elección en cuanto a intervenciones psicoterapéuticas en trastornos internalizados, como la depresión mayor y los trastornos ansiosos ¹⁹.

En diversos estudios se ha demostrado la efectividad y los mejores resultados al combinar tratamientos farmacológicos con intervenciones psicoterapéuticas específicamente de tipo cognitivo-conductual. Como en el estudio del tratamiento de adolescentes con depresión mayor ²⁰. Sin embargo dicha evidencia deriva de ensayos clínicos que excluyen a pacientes con alto riesgo de suicidio; considerando que estos pacientes necesitan de una monitorización más intensiva que la que se proporciona en los protocolos de investigación. Esto trae como

consecuencia poca evidencia e información incompleta acerca de los beneficios terapéuticos de las intervenciones en adolescentes deprimidos con síntomas suicidas.

Dentro de los pocos estudios que se tienen al respecto, se encuentra una investigación que se realizó para evaluar la viabilidad de un tratamiento sistemático en adolescentes con depresión que tuvieron un intento de suicidio reciente; estudio TASA ²¹. Donde a manera de tratamiento se utilizó la medicación antidepressiva y/o terapia cognitivo conductual (TCC), la cual fue desarrollada específicamente para abordar el riesgo de suicidio, teniendo como objetivo prevenir la recurrencia de comportamiento suicida. Demostrando que el 12% de los pacientes experimentaron otro intento de suicidio durante las 24 semanas que duró el estudio ²¹.

Sin embargo aún con tal evidencia; que apoya la eficacia de la TCC para el tratamiento de la depresión, existe poca información sobre los diferentes enfoques o variables terapéuticas ²².

En este aspecto, un meta-análisis de estudios de psicoterapia en niños arrojó un tamaño del efecto global para el tratamiento de la depresión de 0,34 ¹⁹. La intervención más comúnmente estudiada para los adolescentes deprimidos es un programa estructurado que incluye la psicoeducación, programación de actividades agradables, entrenamiento de habilidades sociales, resolución de problemas y reestructuración cognitiva ¹⁹.

Funcionamiento familiar, creencias irracionales, comportamiento suicida y depresión

En el campo del análisis de los factores de riesgo que se asocian con los trastornos depresivos, uno muy importante es el ambiente familiar. Las dimensiones evaluadas con mayor frecuencia en la literatura son la cohesión, la cercanía, comunicación, poder, coaliciones, expresión de afecto, empatía, independencia, diferenciación, manejo de conflicto, control de conducta, resolución de problemas, estilos de afrontamiento, apoyo social y niveles de estrés familiar ²³.

Las relaciones intrafamiliares son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia, incluyen la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio.

Todo lo referido repercute en la manera como un adolescente enfrente un cambio en su vida, ya que la familia es una unidad básica en la sociedad y esto también traerá consecuencias en cómo maneje el adolescente sus recursos

En este mismo orden de ideas, se considera como las dimensiones más importantes en las relaciones familiares la unión y el apoyo, que miden la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente. Se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar. Por su parte, las dificultades se refieren a los aspectos de la relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles. De ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia. Finalmente, la dimensión de expresión mide la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto ²³.

Además del papel destacado del ambiente familiar en la génesis o protección para la depresión, es importante considerar el papel de las distorsiones cognitivas en la depresión, desde donde se pueden conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. Diferentes investigaciones identificaron once ideas irracionales que han sido agrupadas en tres inferencias: Tremendismo, que es una tendencia a resaltar la parte negativa de un acontecimiento, Pobre tolerancia a la frustración, que es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y a considerarla como insufrible y la Condenación, tendencia a evaluar como mala la esencia humana y lo que derive de sus actos. Estos principios afectan la vivencia de una alteración anímica y pueden perpetuar la sintomatología, aún con un buen manejo farmacológico.

Derivado se este enfoque, surge la Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC), basada en la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad, por lo que su meta es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a que los sustituya por otros más racionales que le permitan lograr sus metas personales y relacionarse con terceros ²⁴.

Sin embargo, en población latinoamericana no existe suficiente evidencia acerca del manejo con intervención cognitivo-conductual en pacientes adolescentes hospitalizadas.

En la Tabla 2 se describen un conjunto de ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes deprimidas y comportamiento suicida; donde se describe que tipo de intervención utilizaron y los parámetros que se utilizaron.

Tabla 2

Ensayos previos con intervención cognitivo conductual para el manejo de la depresión

Autor y año	Diseño	Muestra (n= ,edad media, rango), (clínica o comunitaria); si es clínica, nivel de atención	Dx + instrumento de medida y variables asociadas y su instrumento	Tratamiento	Intervención (# de sesiones, enfoque tx; participantes en sesión (pac, padres, colegio)	Resultado y seguimiento (en otra columna)
Ackerson ¹ et al., 1998	ECA	n= 30 15.9 años	Depresión Leve-moderada	4 semanas TCC, ambulatorio	Biblioterapia cognitivo-conductual	La Biblioterapia CC fue superior a la técnica de lista en espera.
Clarck ¹¹ et al., 2002	ECA	n=88 15.3	Depresión o distimia	16 sesiones de grupo de	16 sesiones de 2 horas,	Ambos tratamientos

		años	(DSM III)	TCC vs Tx usual Ambulatorio	en un periodo de 8 semanas, para grupos de 6 a 10 adolescentes	mostraron beneficios, no hubo diferencias significativas entre los grupos.
March et al., 2004 (TADS) ¹¹	ECA	n=439 14.6 años	Depresión (DSM IV) Variable de resultado: Puntaje total obtenido en la escala revisada de depresión en niños	12 semanas de ISRS y/o TCC (placebo, TCC, ISRS, ISRS/TCC)	15 sesiones en 12 semanas	Comparado con el placebo y TCC sola, la combinación Fluoxetina/TCC demostró ser más efectiva
Clarck ¹⁵ et al., 2005	ECA	n=152 15.3 años	Depresión	TCC breve Ambulatorio Tx Usual (ISRS) vs Tx Usual más TCC breve	Fase aguda (activa) hasta 9 sesiones Fase de continuación (llamadas mensuales, hasta 9 meses)	La TCC mostro una eficacia mayor aunque esta diferencia no fue significativa.
Kennard ¹¹ et al., 2008	ECA	n= 46 14.9 años	Depresión	Medicación vs medicación/ TCC (seguimiento de 6 meses)	Fase aguda:12 semanas de Tx farmacológico o Fase de continuación: Sesiones a partir de la semana 13, de 8 a 11 sesiones en un periodo de 6 meses, componente familiar	La fase de continuación de la TCC reduce el riesgo de recaída 8 veces comparado con aquellos pacientes que respondieron a la farmacoterapia y recibieron sólo medicamento por 6 meses.
Goodyer et al., 2008 (ADAPT) ¹⁶	ECA	n=208 14 años	Depresión	12 semanas de tratamiento farmacológico y 16 semanas de mantenimiento (con o	12 sesiones semanales en fase de tratamiento y 6 sesiones en fase de mantenimiento	En depresión de moderada a severa en adolescentes que no respondieron a una intervención

				sin TCC)		breve psicosocial, la adición de TCC más un ISRS resultó ser efectiva.
Brent et al., 2009 (TASA) ⁶	Ensayo abierto de 3 brazos	n=124 15.8 años	Depresión e intento de suicidio (<90 días)	6 meses Psicoterapia Mediación Ambos 1 fase hospitalaria y seguimiento ambulatorio	Fase aguda (3 sesiones), fase media (sesiones 4-9) y fase de continuación (sesiones 10 y 12) (6 meses) intervención familiar	La TCC combinada con farmacoterapia demostró ser más efectiva en la prevención de IS
Brent et al., 2009 TORDIA ¹⁷	ECA	n=334 Depresión resistente n=108 (auto daño) 15.8 años	Depresión resistente + Auto daño (suicida y no suicida) (Pacientes que no respondieron a un ensayo con ISRS)	Cambió a otro ISRS o Venlafaxina (sólo) ó con TCC	12 sesiones semanales con duración de 60 a 90 minutos.	En depresión resistente a ISRS el tratamiento combinado disminuyó la duración de la depresión.

Fuente. Foroushani PS, Schneider J, Assareh N. Meta-review of the effectiveness of computerized CBT in treating depression. BMC Psychiatry. 2011; 11:1-6.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Podrá la intervención cognitivo conductual breve disminuir el comportamiento suicida y las creencias irracionales, así como mejorar la percepción del funcionamiento familiar y la funcionalidad de las pacientes con depresión e intento de suicidio hospitalizadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”?

JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población adolescente, sobre todo en el género femenino. El inicio muy temprano se asocia a un curso crónico y recidivante, repercutiendo como uno de los problemas médicos con grandes implicaciones en la funcionalidad del individuo y con una amplia comorbilidad, afectando las diversas esferas del desarrollo incluyendo el de

la personalidad. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” se reporta una incidencia anual del 10 al 15%, por lo que se considera importante evaluar distintas modalidades terapéuticas, particularmente aquellas que tienen mayor evidencia científica de su efectividad, como es el TCC.

Durante el 2011 los trastornos afectivos representaron la primera causa de hospitalización, con un 29% del total de los ingresos, por lo que se considera importante la aplicación de una intervención cognitivo-conductual breve en estas pacientes con la finalidad de prevenir nuevos ingresos hospitalarios e incidir en el curso de este padecimiento.

Según la OMS, la tasa de suicidio en niñas de 5-14 años se sitúa en un rango de 0 a 1.1 por 100,000 mientras que en niños presenta un rango de 0 a 2.5 por 100,000⁵. En los Estados Unidos, la tasa de suicidio específica entre los 10 y los 14 años es de 1.6 por 100,000. Lo que representa el 1% de todos los suicidios y la mayoría de muertes se dan entre los 12 y los 14 años; entre los 15 y los 19 años es de 9.5 por cada 100,000; lo que representa aproximadamente el 6%⁵. En nuestro medio encontramos que en el hospital los diagnósticos de depresión y conducta suicida son las razones más comunes por las que se hospitalizan los pacientes que diariamente se atienden; donde la evidencia científica ha demostrado que un adecuado enfoque de tratamiento con miras a una recuperación y prevención de recaídas es un tratamiento multimodal con intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas del tipo cognitivo-conductual; teniendo poca evidencia acerca de la utilización de una modalidad breve o en crisis de dicha intervención.

Pese a la existencia de algoritmos de tratamiento que incluyen la TCC, predomina la psicoterapia de apoyo o de orientación psicodinámica cuya efectividad ha sido muy poco, o nada, evaluada.

HIPÓTESIS

Las pacientes que reciban la intervención cognitivo-conductual disminuirán el nivel del comportamiento suicida, sus creencias irracionales y mejorarán su nivel de

funcionalidad y la percepción de su funcionamiento familiar; comparado con un grupo que no reciba dicha intervención.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de una intervención de tipo cognitivo conductual breve, en una población de adolescentes femeninas hospitalizadas con los diagnósticos de depresión y comportamiento suicida en la disminución de la severidad de la depresión, el comportamiento suicida, las creencias irracionales, la percepción del funcionamiento familiar y la funcionalidad que presenta, en comparación con un grupo de adolescentes femeninos con depresión y comportamiento suicida que sólo recibirán el tratamiento habitual que se ofrece en la unidad de hospitalización.

ESPECÍFICOS

- 1) Describir las características sociodemográficas de las pacientes adolescentes hospitalizadas con depresión y comportamiento suicida (edad, escolaridad, ocupación, lugar de residencia), tanto en el GTH como en el GI.
- 2) Identificar los trastornos psiquiátricos presentes en la muestra, la severidad de depresión y caracterizar el comportamiento suicida en las pacientes con intervención cognitivo-conductual (ICC) y con TH.
- 3) Evaluar la presencia de creencias irracionales, la percepción del funcionamiento familiar; en particular la unión, la expresión y las dificultades y la funcionalidad en ambos grupos.
- 4) Comparar las puntuaciones basales y finales de la depresión, comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionamiento familiar y funcionalidad de ambos grupos.

MÉTODO

Tipo de diseño

El proyecto es de tipo prospectivo, longitudinal y comparativo.

Definición del universo

Adolescentes femeninas con depresión y conducta suicida, quienes se encontraban hospitalizadas en la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en el periodo comprendido entre mayo y octubre de 2014.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * (1-p)}{B^2}$$

Dónde: n= tamaño de la muestra, z= 1.96 para el 95% de confianza, 2.56 para el 99%, p=prevalencia del factor a estudiar, B= precisión o error admitido.

$$n = \frac{1.962 * 0.076 * (1-0.076)}{0.052^2} = 107.9$$

El valor de n obtenido por esta fórmula indica el tamaño de la muestra para una población infinita, a efectos prácticos se considera población infinita cuando la muestra supone menos del 5% de la población total. Cuando la población es pequeña, la muestra obtenida mediante esta última fórmula es demasiado grande, en estos casos se debe aplicar la siguiente fórmula correctora:

$$\frac{1}{n'} = \frac{1}{n} + \frac{1}{N}$$

Donde n'= Tamaño de la muestra necesario n= Tamaño de la muestra según la primera de las fórmulas N= Tamaño de la población

$$\frac{1}{n'} = \frac{1}{108} + \frac{1}{40} = \frac{1}{29.4} = 29.4$$

MUESTRA

30 sujetos.

UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Adolescentes femeninas hospitalizadas en la UAM por depresión y conducta suicida.

GRUPO DE COMPARACIÓN

La muestra será dividida aleatoriamente en 2 grupos; donde uno recibirá el tratamiento habitual que se ofrece en la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM) y el otro grupo tendrá como adición a este manejo una intervención cognitivo conductual breve con la finalidad de compararlos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1) Pacientes femeninos, adolescentes y hospitalizadas por primera vez en la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM) con diagnóstico clínico de depresión y comportamiento suicida
- 2) Pacientes que cuenten con el diagnóstico confirmado de trastorno depresivo mayor F32, depresión recurrente F33 y distimia F34; según la aplicación de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID)
- 3) Pacientes que cuenten con el diagnóstico confirmado de conducta suicida actual según la aplicación del MINI KID
- 4) Pacientes que entiendan las instrucciones al momento de la aplicación de las escalas.
- 5) Que los padres o tutores de las pacientes firmen el consentimiento informado del estudio
- 6) Pacientes que firmen la hoja de asentimiento

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1) Pacientes subsecuentes
- 2) Pacientes que hayan recibido tratamiento farmacológico previo
- 3) Pacientes con diagnósticos confirmados de trastorno depresivo mayor sin comportamiento suicida F32, trastorno afectivo bipolar F31, esquizofrenia F20, abuso y dependencia a sustancias F19 y depresión psicótica F32.3 según la aplicación del MINI KID

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- 1) Pacientes que abandonen el protocolo por decisión propia o de los padres
- 2) Pacientes que dejen inconclusa la evaluación o no contesten adecuadamente las escalas
- 3) Muestreo consecutivo de conveniencia

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Depresión

Definición conceptual. Estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, está desganado y con baja energía ¹.

Definición operacional. Cumplir criterios para el módulo A o C en el MINI KID y una puntuación ≥ 21 en el Inventario de Depresión de Beck.

Comportamiento suicida

Definición conceptual. Cualquier forma de conducta motivada por una tendencia a la muerte sobre la vida que tiene como consecuencia inmediata o un breve tiempo después el cese de la existencia. Incluye: a) Ideación suicida; que se define como pensamientos acerca de un acto de auto daño deliberado o suicidio, incluyendo deseos de matarse a sí mismo, hacer planes de cómo, cuándo y dónde se realizará el acto; b) Conducta suicida, que incluye al intento suicida, que son los actos que conllevan un deseo de muerte y autoagresión deliberada, incluyendo las muertes derivadas de estos actos. C) Autolesiones; daño deliberado que se define como una forma de auto envenenamiento o autoagresión no fatal (tales como cortarse, tomar una sobredosis, ahorcamiento, estrangulación) independientemente de la motivación o el grado de intención de morir.

Definición operacional. Presencia de ideación suicida, conducta suicida y autolesiones.

Creencias irracionales

Definición conceptual. Conjunto de pensamientos catastróficos que forman parte del apartado cognitivo de la depresión y que conllevan una manera pesimista de observar las cosas que rodean al individuo y lo llevan a tomar decisiones inadecuadas.

Definición operacional. Se caracterizan según la Escala de actitudes y creencias de Ellis.

Funcionamiento global

Definición conceptual. Es el nivel de funcionamiento o de capacidad de adaptación que presenta un individuo en las esferas social e individual.

Definición operacional. Calificación obtenida en la Escala C-GAS del 10 al 100.

Percepción del funcionamiento familiar

Definición conceptual. Es la percepción que la adolescente tiene del nivel de cohesión y adaptabilidad que existe en su entorno familiar

Definición operacional. Puntaje total obtenido en la Evaluación de relaciones Intrafamiliares.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Psicopatología/Depresión/ Conducta Suicida: la evaluación de esta variable se hizo mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes (MINI KID, Sheehan, Shytle, Milo, Janavs, versión 6.0, 2010). Este instrumento constituye una entrevista diagnóstica clínica estructurada, fue desarrollada con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10, dirigida a los niños y adolescentes (De 6 a 17 años 11 meses), que puede ser administrada fácil y rápidamente (aproximadamente 25 minutos). Abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y añade el riesgo de suicidio como uno de éstos. Preferentemente se debe administrar al niño o al adolescente en presencia del padre o el tutor, las preguntas se deberán leer de manera literal. Las respuestas de cada uno de los módulos se responden con “si o no” y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo. Validada al español en 2004, la confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente y la validez concurrente con entrevista clínica

fue de 0.35 a 0.50. Siendo aplicada por el investigador y requiriendo de entrenamiento previo a su aplicación.

Inventario de depresión de Beck (Beck y Steer), estandarizado por Jurado et al., (1998) en población mexicana ($\alpha = .87$), es un auto informe de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido por Jurado et al., (1998) para población mexicana fue de 10 puntos. Siendo aplicado por el investigador y requiriendo de entrenamiento previo a su aplicación.

Escala de valoración de la Universidad de Columbia sobre la intensidad de las ideas suicidas (C-SSRS) en su versión última visita (Posner et al, 2009). Esta escala evalúa las tendencias suicidas desde la última evaluación del paciente. Destinada a evaluar a los pacientes que han completado al menos una evaluación reciente de la escala. Preguntando por los pensamientos o comportamientos suicidas que el paciente pudo haber tenido, integrada por cuatro aspectos a valorar; la ideación suicida, la conducta suicida, el intento suicida y un suplemento de autolesiones, respondiéndose fácilmente de manera dicotómica acerca de SI o NO. Siendo aplicada por el investigador y requiriendo de entrenamiento previo a su aplicación.

Creencias irracionales: Se evaluó mediante la Escala de actitudes y creencias (Ellis 1990). La cuál es una escala auto aplicable, que contiene 48 afirmaciones acerca de diversas actitudes y creencias, preguntando de manera general para cada una de ellas el grado en que se está de acuerdo con cada afirmación, respondiendo de manera tipo likert, donde 1= muy en desacuerdo y 5= muy de acuerdo. Siendo aplicada por el investigador y requiriendo de entrenamiento previo a su aplicación.

Percepción del funcionamiento familiar: Se usó la Evaluación de relaciones intrafamiliares (ERI) versión breve (Rivera, 1999; Rivera, et al, 2006). Esta escala es de tipo likert de 5 puntos, que va de 1=totalmente en desacuerdo a

5=totalmente de acuerdo. Consta de 56 reactivos en su versión larga y de 37 reactivos en su versión corta, que miden el funcionamiento familiar a partir de la perspectiva del adolescente. Su desarrollo se realizó en dos fases. La versión breve, de 13 reactivos arrojó un análisis factorial en tres dimensiones: 1. Expresión, 2. Dificultades, y 3 Unión y apoyo que explican el 45.5% del total de la varianza y con índices de confiabilidad de Cronbach que oscilan entre .95 a .92. Siendo aplicada por el investigador y requiriendo de entrenamiento previo a su aplicación.

Funcionamiento: Para esta variable se utilizó la Escala de evaluación global de niños y adolescentes (CGAS), (Schaffer et al, 1981). Valora el grado de deterioro funcional que presenta el niño o adolescente de forma numérica, con intervalos del 1-100; donde 100-91 representa un funcionamiento superior en todas las áreas, 90-81 un adecuado funcionamiento, 80-71 un deterioro mínimo del funcionamiento, 70-61 alguna dificultad en un área, 60-51 funcionamiento variable con dificultades esporádicas, 50-41 interferencia moderada en el funcionamiento, 40-31 deterioro severo en el funcionamiento de diversas áreas, 30-21 incapacidad para funcionar en la mayoría de las áreas y 20-11 requiere supervisión. Siendo aplicada por el investigador.

Severidad: Este constructo se midió a través de la Escala de impresión clínica global (CGI), (Guy 1976). Es una escala que se utiliza para medir la severidad de un trastorno mental y la mejoría que presenta debida a las intervenciones terapéuticas, consta de dos sub escalas: 1) gravedad del cuadro clínico (GGI). Utiliza un único ítem en una escala tipo likert de 8 valores desde 1 (no evaluado), hasta 8 (extremadamente enfermo); y 2) mejoría debida a intervenciones terapéuticas. También utiliza un único ítem en una escala tipo likert de 8 valores desde 1 (no evaluado) hasta 8 (mucho peor) o de 5 valores. Existen versiones auto y heteroaplicada. Siendo aplicada por el investigador.

PROCEDIMIENTO

Se contactó a las pacientes al llegar al servicio de UAM. Se reclutaron a aquellas que tuvieran como diagnósticos probables un trastorno depresivo y la presencia de conducta suicida; con la previa explicación del proyecto. Sí aceptaban participar se obtenía un consentimiento informado por el padre o tutor de la menor y un asentimiento por la paciente.

Se aplicó la Entrevista Diagnóstica MINI KID en su versión al español para confirmar los diagnósticos de depresión y de comportamiento suicida.

Una vez confirmados los diagnósticos y descartando la presencia de otros que forman parte de los criterios de exclusión, se aplicó la Escala de funcionamiento global, la Escala de impresión clínica global, la Escala de la universidad de Columbia sobre la intensidad de las ideas suicidas, la Escala de actitudes y la Evaluación de relaciones intrafamiliares, con un tiempo aproximado de 60 minutos.

Esta primera evaluación se consideró como basal y se repitió una segunda medición a las tres semanas de estancia hospitalaria, después de haber realizado la intervención breve de tipo cognitivo-conductual, para observar la modificación de estos parámetros con dicha intervención. Para finalizar y completar el análisis, los datos obtenidos fueron vaciados en una base de datos electrónica para su análisis.

PILOTEO

Previo a la implementación de la intervención se llevó a cabo un piloteo de la misma en 10 adolescentes de la Unidad de Adolescentes mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. A las participantes se les aplicaron los instrumentos arriba mencionados con el fin de evaluar si las escalas eran entendidas de manera adecuada y el tiempo de respuesta, que se calculó en aproximadamente de 60 minutos. Se diseñó el manual de intervención por el investigador, que se puede apreciar en el anexo 2. Consta de 6 sesiones dirigidas a identificar el ABC de la conducta suicida, elaborar un termómetro de las emociones y un kit de la esperanza, identificar y definir la impulsividad, identificar los pensamientos automáticos que son negativos y que influyen en la depresión y en el comportamiento suicida, para finalizar con estrategias para la resolución de sus problemas.

El manual se aplicó con la finalidad de comprobar que los reactivos midieran lo que se pedía medir y que tuvieran coherencia y no fueran ambiguos; así como para observar el tiempo de aplicación de cada sesión y normar la conducta al momento de aplicar la intervención.

Se encontró que las escalas eran entendidas de manera adecuada y el tiempo de realización fue aproximadamente de 60 minutos. Mientras que el cuadernillo tuvo que ser complementado en las sesiones 1 y 5 con historias relacionadas con los problemas comunes a las adolescentes y con distorsiones cognitivas, para mejorar el entendimiento de las situaciones ahí propuestas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Mediante estadística descriptiva se describe la muestra y los puntajes obtenidos en los distintos instrumentos. Con medidas de tendencia central y de dispersión se caracterizó la muestra y las variables intervalares u ordinales. Con frecuencias y porcentajes las variables dicotómicas.

Se usó la prueba t para la comparación de las medias de las puntuaciones entre el grupo de tratamiento habitual (TH) y el de intervención cognitivo conductual (ICC), previo a la intervención y para el grupo de intervención al inicio y al final. Mediante X^2 (ji-cuadrada) se buscó la asociación entre variables dicotómicas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio constituyó un proyecto de riesgo mayor al mínimo, dado que implicó una maniobra terapéutica. Por lo que según lo sustentado en el artículo 17 de la Ley General de salud en materia de investigación; se sometió el protocolo al Comité de Investigación del hospital. Una vez aprobado por éste, también se sometió al Comité de Ética en Investigación del hospital y posterior a su aprobación se estableció la garantía de que no se expondría a las pacientes a ningún riesgo innecesario, propiciando un beneficio mayor al riesgo potencial. Se obtuvo el consentimiento informado por parte del padre o tutor y el asentimiento de la adolescente participante. Se explicó que la participación en el estudio era independiente al tratamiento habitual en el hospital, completamente voluntario y en caso de retirarse por razones que así convinieran a la adolescente o a su familia, no existiría ninguna repercusión en su atención hospitalaria. Se explicaron los riesgos y los beneficios; dando oportunidad a retirarse del estudio cuando así lo desearan.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 30 paciente en un rango de 12 a 16 años y una media de 14.2 años. El 30% de las pacientes tuvieron escolaridad de hasta 9 años y solamente un 23% de la muestra estudió 10 años. La mayoría (90%) de las participantes eran residentes del DF (resto, del Estado de México y una de Guanajuato). El 87% de la muestra fueron estudiantes, contra un 13% que no tiene actividad alguna; ninguna de las participantes tiene un trabajo. Como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3

**Características demográficas de los participantes en el estudio
de comportamiento suicida, creencias irracionales,
funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar.
HPIJNN 2013 (N= 30)**

Característica	N	%
Edad		
12	3	10
13	5	17
14	6	20
15	9	30
16	7	23
Escolaridad (años)		
6	2	7
7	5	17
8	7	23
9	9	30
10	7	23
Lugar de residencia		
Distrito Federal	27	90
Estado de México	2	7
Interior de la república	1	3
Ocupación		
Estudiante	26	87
Ninguna	4	13

En la tabla 4 se observa que la media de edad para el grupo de intervención (GI) fue de (14.3 años; de 1.45) y en el grupo del tratamiento habitual (GTH) de (14.5 años; de 1.19) y su escolaridad en el GI fue de (8.5 años; de 1.46) y en GTH de (8.5 años; de .99); estando similares en ambos grupos.

Tabla 4

Media de edad y escolaridad en los dos grupos del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013. (N=30)

Característica	Casos $n=15$		Controles $n= 15$	
	\bar{x}	de	\bar{x}	de
Edad	14.3	1.45	14.5	1.19
Escolaridad (años)	8.5	1.46	8.5	0.99

\bar{x} media aritmética, de desviación estándar,

Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

Para las características clínicas de las participantes encontramos que el 33% de las del GI tenían antecedente familiar de suicidio, mientras que el 13% del GTH tuvieron el mismo antecedente. Ambos grupos tuvieron una severidad en la intencionalidad suicida según MINI KID de un 33% en grado leve, 53% moderado para el GTH y 20% grave para el GI en comparación con un 13% para el GTH. Es importante recalcar que un 80% de las pacientes GTH tuvieron un intento de suicidio previo no tratado en comparación con el 73% del GI. 80% del GI tuvo como diagnóstico principal un episodio depresivo de intensidad grave, en comparación con el 67% del grupo GTH; ocupando un restante 20% para trastorno depresivo recurrente en el GI y 33% para el GTH. Distimia fue la principal comorbilidad para el grupo GI ocupando un 33%; mientras que el 24% de las pacientes en el GTH no presentaron ninguna comorbilidad, siendo la más frecuente en este grupo, con un 13% el trastorno opositor desafiante, ansiedad generalizada y distimia.

Tabla 5

Características clínicas de las participantes en el estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013. (N=30)

Característica	Casos n= 15		Controles n= 15	
	N	%	n	%
Antecedentes familiares de suicidio				
Si	5	33	2	13
No	10	67	13	87
Severidad conducta suic.				
Baja	5	33	5	33
Moderada	7	47	8	53
Severa	3	20	2	13
Intentos suic. Previos				
Si	11	73	12	80
No	4	27	3	20
Diagnóstico				
Episodio depresivo	12	80	10	67
T. depresivo recurrente	3	20	5	33
Comorbilidades				
Distimia	5	33	2	13
T. Ansiedad generalizada	1	7	2	13
T. estrés postraumático	0	0	1	7
T. Alimentación NE	1	7	1	7
Anorexia nervosa	1	7	0	0
Bulimia nervosa	2	13	1	7
TDAH	2	13	0	0
T. opositorista y desaf.	2	13	2	13
Abuso de alcohol	0	0	1	7
Abuso mult. Sust.	0	0	1	7
Ninguna	1	7	4	27

Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales,

funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

Al iniciar el estudio se evaluó la severidad de la depresión mediante el Inventario de depresión de Beck; obteniendo una puntuación discretamente mayor (media de 27.4) el GI, comparado con el GTH (26.87). Mientras que al calcular la severidad ambos grupos se distribuyeron de manera similar ya que 20% tuvo una severidad leve, 53% moderada y 27% grave. No se observaron diferencias en este apartado entre los dos grupos.

Tabla 6

Media del Inventario de depresión de Beck en ambos grupos en el estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción familiar. HPIJNN 2013 (N=30)

Característica	Casos n= 15		Controles n= 15	
	\bar{x}	de	\bar{x}	de
IDB	27.4	4.5	26.9	5.7

\bar{x} media aritmética, de desviación estándar, IDB inventario de depresión de Beck.

Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

Tabla 7

Severidad del Inventario de depresión de Beck en ambos grupos del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013. (N=30)

Característica	Casos n= 15		Controles n= 15	
	N	%	N	%
IDB				
Leve	3	20	3	20
Moderada	8	53	8	53
Severa	4	27	4	27

% porcentaje, IDB inventario de depresión de Beck.

Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

A continuación se describen los patrones de la percepción del funcionamiento familiar y las creencias irracionales en ambos grupos. En los dos grupos se observa una distribución muy similar antes de la intervención en los apartados de unión y expresión. Sin embargo existe una diferencia importante en la percepción de las dificultades, con una media en el GI de 10.1 contra 8.3 en el GTH.

Al realizar la medición post intervención se observaron cambios importantes en los tres aspectos; se observó un incremento en ambos grupos las puntuaciones para

unión y expresión y en el apartado de dificultades en ambos grupos, con una media para el GI de 10.3 y para el GTH de 9.8.

En cuanto a las creencias irracionales, en un inicio los grupos se distribuyeron de forma similar; pero al terminar la intervención no hubo ninguna modificación en el GTH, mientras que en el GI hubo disminución en las medias de las siete creencias irracionales. Lo que se describe en la tabla 8.

Tabla 8

Percepción del funcionamiento familiar y creencias irracionales en ambos grupos del estudio. HPIJNN 2013 (N= 30)

Característica	Pre intervención				Post intervención			
	Casos n= 15		Controles n= 15		Casos n= 15		Controles n= 15	
	\bar{x}	de	\bar{x}	de	\bar{x}	de	\bar{x}	De
ERI	33.7	11.8	23.4	8.2	40.3	11.1	23.5	8.9
Unión	29.0	6.8	20.3	3.9	32.7	6.2	22.1	5.9
Expresión	14.9	3.7	10.7	3.5	16.6	3.6	11.4	3.5
Dificultad	10.1	3.9	8.3	3.8	10.3	8.8	9.8	3.8
Creencias irrac.								
Exigencia	41.9	9.5	47.3	8.2	38.0	4.8	47.3	8.2
Tremend.	38.8	12.5	35.9	8.6	33.5	10.5	35.9	8.6
Baja tolerancia	37.8	11.3	37.0	8.6	32.3	10.2	37.0	8.6
Condenación	39.5	10.3	38.8	10.6	35.1	5.3	38.8	10.6
Aprobación	46.7	13.9	41.9	8.9	40.1	9.9	41.9	8.9
Éxito	54.6	14.5	44.3	7.6	48.3	10.2	44.3	7.6
Comodidad	52.9	14.6	42.1	10.0	47.7	10.8	42.1	10.0

\bar{x} media aritmética, de desviación estándar, ERI evaluación de relaciones familiares, creencias irrac, creencias irracionales. Tremend, tremendismo

Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

En cuanto al comportamiento suicida, al inicio el 100% de ambos grupos tenía un comportamiento positivo y un deseo de muerte presente. El 33% del GI tenía una idea de muerte inespecífica contra un 27% del GTH, mientras que sólo un 53% del GI tenía un plan suicida estructurado en comparación con el 47% del GTH.

El intento suicida interrumpido representó un 60% para el GTH, mientras que en cuanto a los comportamientos preparatorios para el suicidio (juntar tabletas con esa finalidad, guardar lazos o esperar a que la gente salga de casa) estuvo más representado en el GI con un 88%.

La intencionalidad suicida representó un 60% para el GTH, con un 40% para el GI. Ninguno de los grupos presentó un suicidio consumado.

Al finalizar la intervención hubo notables cambios en el GI, donde el 80% de las pacientes dejó de tener comportamiento suicida, mientras que sólo el 7% del GTH lo consiguió.

En el 20% de las pacientes en el GI persistió el deseo de morir y una ideación suicida inespecífica; en comparación con un 27% del GTH en este apartado y en una planeación suicida.

Finalmente ninguno de los participantes presentó una conducta suicida al finalizar la intervención.

Al inicio de la intervención, en el GI las creencias irracionales de procesamiento estaban más representadas por la exigencia y el tremendismo con un 33% respectivamente. Al terminar la evaluación se modificó a un 60% de exigencia, con un 20% para tremendismo y condenación, eliminando la baja tolerancia a la frustración. En el apartado de creencias de contenido; el preocuparse por el éxito representó un 53%; situación que predomina al finalizar la intervención, pero con un 40%.

En el grupo TH las creencias de procesamiento al inicio estuvieron representadas por exigencia en un 60% y condenación en el 27%; situación que no cambia al finalizar la intervención. Mientras que en las creencias de contenido las tres se mantienen con una distribución similar al 33%, situación que tampoco cambia.

Al iniciar la evaluación ambos grupos se encuentran distribuidos en un nivel de funcionalidad entre 51 y 80. Al finalizar la intervención el 47% del GI obtuvo una

funcionalidad entre el 81-90, en comparación con sólo el 7% del GTH que lo consiguió.

Lo anterior se puede apreciar mejor en la tabla 9.

Tabla 9

Comportamiento suicida, creencias irracionales y funcionamiento global en ambos grupos del estudio. HPIJNN 2013 (N= 30)

Característica	Pre intervención				Post intervención			
	Casos n= 15		Controles n= 15		Casos n= 15		Controles n= 15	
	N	%	n	%	n	%	n	%
C-SSRS								
Comprt. Suicida								
Si	15	100	15	100	3	20	14	93
No	0	0	0	0	12	80	1	7
Deseo de morir								
Si	15	100	15	100	3	20	14	93
No	0	0	0	0	12	80	1	7
Idea Inesp.								
Si	5	33	4	27	3	20	4	27
No	10	67	11	73	12	80	11	73
Idea Suic. Sin Plan								
Si	1	93	5	33	1	7	4	27
No	14	7	10	67	14	93	11	73
Idea Suic. Plan I.								
Si	3	20	3	20	0	0	3	20
No	12	80	12	80	15	100	12	80
Idea Suic. Plan E.								
Si	8	53	7	47	0	0	3	20
No	7	47	8	53	15	100	12	80
I. Interrumpido								
Si	7	47	9	60	0	0	0	0
No	8	53	6	40	15	100	15	100
I. Abortado								
Si	8	53	8	53	0	0	0	0
No	7	47	7	47	15	100	15	100
Comp. Preparat.								
Si	13	87	5	33	0	0	0	0
No	2	13	10	67	15	100	15	100

Característica	Pre intervención				Post intervención			
	Casos n= 15		Controles n= 15		Casos n= 15		Controles n= 15	
	N	%	n	%	n	%	n	%
T. Suic. Real								
Si	5	33	6	40	0	0	0	0
No	10	67	9	60	15	100	15	100
Suic. Consumado								
Si	0	0	0	0	0	0	0	0
No	15	100	15	100	15	100	15	100
Creenc. Procesam.								
Exigencia	5	33	9	60	9	60	9	60
Tremendismo	5	33	1	7	3	20	1	7
Baja tolerancia	1	7	1	7	0	0	1	7
Condenación	4	27	4	27	3	20	4	27
Creenc. Contenido								
Aprobación	3	20	5	33	5	33	5	33
Éxito	8	53	5	33	6	40	5	33
Comodidad	4	27	5	33	4	27	5	33
Funcionalidad								
51-60	3	20	2	13	0	0	0	0
61-70	7	47	8	53	3	20	7	47
71-80	5	33	5	33	5	33	7	47
81-90	0	0	0	0	7	47	1	7
91-100	0	0	0	0	0	0	0	0

Comprt Suicida, comportamiento suicida, idea inesp, idea suicida inespecífica, idea suic sin plan, idea suicida sin planeación, idea suic plan i, idea suicida con plan inespecífico, idea suic plan e, idea suicida con plan específico, i interrumpido, intento interrumpido, i abortado, intento abortado, compt preparat, comportamiento preparatorio, t suic real, tentativa suicida real, suic consumdado, suicidio consumado, creenc procesam, creencias de procesamiento, creenc contenido, creencias de contenido. Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

Al comparar las diferencias significativas entre los dos grupos al inicio de la intervención en cuanto a la percepción del funcionamiento familiar y las creencias irracionales encontramos diferencia en la puntuación total del ERI, donde el GI obtuvo una media de 33.7 ($t= 2.798$, $p < 0.5$); también hubo diferencias significativas en los apartados de unión con una media de 29 ($t= 4.279$, $p < 0.001$) y en la expresión con una media en el GI de 14.9 ($t= 3.154$, $p < 0.5$).

En las creencias irracionales no hubo diferencias significativas entre los grupos al iniciar el estudio.

Al finalizar la intervención, la puntuación total del ERI en el GI fue una media de 40.3 ($t= 4.571$, $p<0.001$); en este mismo grupo hubo significancia en la media de unión en 32.7 ($t= 4.786$, $p< 0.001$) y expresión con una media de 16.6 ($t= 4.033$, $p< 0.001$).

Sólo hubo diferencias significativas en la post intervención en creencias irracionales en el GI con una media en éxito de 48.3 ($t= 2.421$, $p< 0.05$) y comodidad con una media de 47.7 ($t= 2.347$, $p< 0.05$).

Lo anterior se describe en la tabla 10.

Tabla 10

Percepción del funcionamiento familiar y creencias irracionales en ambos grupos del estudio pre y post intervención. HPIJNN 2013 (N= 30)

Medición	Pre intervención				
	Casos n= 15 \bar{x}	de		Controles n= 15 \bar{x}	t
ERI	33.7	11.8	23.4	8.2	2.798*
Unión	29.0	6.8	20.3	3.9	4.279**
Expresión	14.9	3.7	10.7	3.5	3.154*
Dificultad	10.1	3.9	8.3	3.8	1.3
Creencias irrac.					
Exigencia	41.9	9.5	47.3	8.2	-1.7
Tremend.	38.8	12.5	35.9	8.6	0.7
Baja tolerancia	37.8	11.3	37.0	8.6	0.2
Condenación	39.5	10.3	38.8	10.6	0.2
Aprobación	46.7	13.9	41.9	8.9	1.1
Éxito	54.6	14.5	44.3	7.6	2.4
Comodidad	52.9	14.6	42.1	10.0	2.3
* $p< .05$; ** $p< .001$.					

Percepción del funcionamiento familiar y creencias irracionales en ambos grupos del estudio pre y post intervención. HPIJNN 2013 (N= 30)

Medición	Casos n= 15		Post intervención		t
	\bar{x}	de	\bar{x}	de	
ERI	40.3	11.1	23.5	8.9	4.571**
Unión	32.7	6.2	22.1	5.9	4.786**
Expresión	16.6	3.6	11.4	3.5	4.033**
Dificultad	10.3	8.8	9.8	3.8	0.2
Creencias irrac.					
Exigencia	38.0	4.8	47.3	8.2	-1.7
Tremend.	33.5	10.5	35.9	8.6	0.7
Baja tolerancia	32.3	10.2	37.0	8.6	0.2
Condenación	35.1	5.3	38.8	10.6	0.2
Aprobación	40.1	9.9	41.9	8.9	1.1
Éxito	48.3	10.2	44.3	7.6	2.421*
Comodidad	47.7	10.8	42.1	10.0	2.347*

* $p < .05$; ** $p < .001$.

\bar{x} media aritmética, de desviación estándar, ERI evaluación de relaciones familiares, creencias irrac, creencias irracionales. Tremend, tremendismo. Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

Al comparar ambos grupos en cuanto al comportamiento suicida antes de la intervención sólo hay diferencias significativas entre ambos grupos en el comportamiento preparatorio, ($X^2 = 8.889$, $p < 0.05$).

Al finalizar la intervención hay diferencias significativas entre los dos grupos en el comportamiento suicida, que tuvo una disminución importante en el GI en comparación con el GTH, ($X^2 = 26.250$, $p < 0.001$) y el deseo de morir ($X^2 = 16.425$, $p < 0.001$).

En la post intervención se encuentra una diferencia significativa en el puntaje total de la funcionalidad entre ambos grupos, favoreciendo al GI con ($X^2 = 6.433$, $p < 0.05$).

Lo anterior se describe en la tabla 11.

Tabla 11

Comportamiento suicida, creencias irracionales y funcionalidad en ambos grupos del estudio antes y después de la intervención. HPIJNN 2013 (N= 30)

Medición	Pre	Intervención	χ^2
	Casos n= 15	Controles n= 15	
C-SSRS			
Comprt. Suicida			NA
Si	15	15	
No	0	0	
Deseo de morir			NA
Si	15	15	
No	0	0	
Idea Inesp.			0.159
Si	5	4	
No	10	11	
Idea Suic. Sin Plan			3.333
Si	1	5	
No	14	10	
Idea Suic. Plan I.			0
Si	3	3	
No	12	12	
Idea Suic. Plan E.			0.133
Si	8	7	
No	7	8	
I. Interrumpido			0.536
Si	7	9	
No	8	6	
I. Abortado			0
Si	8	8	
No	7.00	7.00	
Comp. Preparat.			8.889*
Si	13	5	
No	2	10	
T. Suic. Real			0.144
Si	5	6	
No	10	9	
Suic. Consumado			NA
Si	0	0	
No	15	15	

Comportamiento suicida, creencias irracionales y funcionalidad en ambos grupos del estudio antes y después de la intervención. HPIJNN 2013 (N= 30)

Medición	Pre		χ^2
	Casos $n= 15$	Controles $n= 15$	
Creenc. Procesam.			3.81
Exigencia	5	9	
Tremendismo	5	1	
Baja tolerancia	1	1	
Condenación	4	4	
Creenc. Contenido			1.303
Aprobación	3	5	
Éxito	8	5	
Comodidad	4	5	
Funcionalidad			0.267
51-60	3	2	
61-70	7	8	
71-80	5	5	
81-90	0	0	
91-100	0	0	
* $p < .05$; ** $p < .001$.			
Medición	Post intervención		χ^2
	Casos $n= 15$	Controles $n= 15$	
C-SSRS			
Comprt. Suicida			26.250**
Si	3	14	
No	12	1	
Deseo de morir			16.425**
Si	3	14	
No	12	1	
Idea Inesp.			0.186
Si	3	4	
No	12	11	
Idea Suic. Sin Plan			2.16
Si	1	4	
No	14	11	
Idea Suic. Plan I.			3.333
Si	0	3	
No	15	12	
Idea Suic. Plan E.			3.333
Si	0	3	
No	15	12	

Comportamiento suicida, creencias irracionales y funcionalidad en ambos grupos del estudio antes y después de la intervención. HPIJNN 2013 (N= 30)

Medición	Pre		Intervención	χ^2
	Casos n= 15	Controles n= 15		
I. Interrumpido				NA
Si	0	0		
No	15	15		
I. Abortado				NA
Si	0	0		
No	15	15		
Comp. Preparat.				NA
Si	0	0		
No	15	15		
T. Suic. Real				NA
Si	0	0		
No	15	15		
Suic. Consumado				NA
Si	0	0		
No	15	15		
Creenc. Procesam.				2.143
Exigencia	9	9		
Tremendismo	3	1		
Baja tolerancia	0	1		
Condenación	3	4		
Creenc. Contenido				0.202
Aprobación	5	5		
Éxito	6	5		
Comodidad	4	5		
Funcionalidad				6.433*
51-60	0	0		
61-70	3	7		
71-80	5	7		
81-90	7	1		
91-100	0	0		
* $p < .05$; ** $p < .001$.				

Comprt Suicida, comportamiento suicida, idea inesp, idea suicida inespecífica, idea suic sin plan, idea suicida sin planeación, idea suic plan i, idea suicida con plan inespecífico, idea suic plan e, idea suicida con plan específico, i interrumpido, intento interrumpido, i abortado, intento abortado, compt preparat, comportamiento preparatorio, t suic real, tentativa suicida real, suic consumdado, suicidio consumado, creenc procesam, creencias de procesamiento, creenc contenido, creencias de contenido. Fuente: Registros del estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, funcionalidad y percepción del funcionamiento familiar. HPIJNN 2013.

DISCUSIÓN

En esta muestra de adolescentes se encontró una media de edad de 14.4 años de edad, lo que corresponde a datos reportados en la literatura, reconociendo que el primer episodio depresivo aparece en la adolescencia ²⁵, aunque según lo reportado en la EMSMA la media de edad para el inicio de los trastornos es de 11 años ³.

Para ambos grupos se tuvo una media de años de escolaridad de 8.4 años y la mayor proporción de pacientes se encontraban estudiando, lo que resulta ser un factor de protección, tanto para depresión como para la conducta suicida ²⁶.

Tomando en cuenta la muestra total (30), el 23% de las pacientes contaban con el antecedente familiar de depresión, esto se ha asociado con un riesgo 2 veces mayor de padecer depresión ²⁷. También está ampliamente descrito que un intento de suicidio previo ²⁷ es uno de los factores de riesgo más significativo de futuro comportamiento suicida y suicidio completo; y en esta muestra, el 73% de los casos y el 80% de los controles tenían el antecedente de un intento previo de suicidio.

El 93% de los casos y el 73% de los controles presentaron comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, la más frecuente fue distimia, seguida por trastorno de ansiedad generalizada, en menor proporción se presentaron trastornos externalizados como TDAH o TOD, lo cual contrasta con lo reportado en la ENEP donde se reportó que la comorbilidad los deprimidos con inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a sustancias psicoactivas.

En esta muestra ambos grupos mostraron puntajes altos en impulsividad, y en el estudio de Valencia se reportó que ésta es un factor predictor de problemas internalizados ², sumado a que se identifica específicamente como un importante factor de riesgo para el comportamiento suicida, tanto en muestras comunitarias, como clínicas ^{28, 29}.

CONCLUSIONES

1. Existe una comorbilidad importante entre depresión y el comportamiento suicida. Este comportamiento también se asocia a otros trastornos psiquiátricos como la distimia y la ansiedad generalizada.
2. Antecedentes familiares de comportamiento suicida e intentos previos de suicidio son factores de riesgo que se deben tener en cuenta en pacientes con depresión y comportamiento suicida.
3. La mayoría de las pacientes (73% de casos y 80% de controles) tuvieron intentos previos de suicidio antes de ingresar por vez primera al hospital, lo que puede representar que el comportamiento suicida previo no se identifica adecuadamente y hay un retraso en su evaluación y manejo.
4. Pese a lo esperado, las pacientes con comportamiento suicida mostraron una percepción positiva de su funcionamiento familiar, teniendo un puntaje alto en unión y expresión, con un menor puntaje para dificultades. Estudios a largo plazo, podrán definir mejor la estabilidad de esta percepción adolescente.
5. Al terminar la intervención la percepción del funcionamiento familiar mejoró de manera significativa en el GI en las dimensiones de unión y expresión; pero no tuvo un cambio significativo en la dimensión de dificultades, lo anterior debido a que no se realizaron intervenciones familiares.
6. Las creencias irracionales más representativas en la muestra fueron éxito, exigencia y comodidad, las que respectivamente se refieren a búsqueda de estar bien con los demás al concluir objetivos, demandar un mejor desempeño, cumplir con las expectativas y estar bien con la situación. Al finalizar la intervención hubo un cambio significativo en la mejoría de las creencias de éxito y comodidad.
7. La intervención cognitivo conductual propuesta en este trabajo fue eficaz en la reducción del comportamiento suicida, ya que el GI mostró una disminución significativa en el comportamiento suicida, en el deseo de morir y una mejoría significativa en el nivel de funcionalidad de las pacientes.

RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

1. El tamaño de la muestra fue pequeño. Por lo que sería interesante analizar el resultado de la intervención en una población mayor.
2. El tiempo con que se realizó la reevaluación con respecto a la basal fue corto; ya que las evaluaciones se hicieron con una diferencia de 3 semanas, por lo que sería importante realizar una evaluación con mayor tiempo de diferencia para valorar si los resultados obtenidos en el estudio permanecen.
3. Aunque se canalizó a las pacientes al terminar la intervención a un servicio de terapia cognitivo conductual dentro del hospital, poco se sabe acerca del seguimiento que tuvieron, por lo que sería importante dar una mayor cobertura a este seguimiento en colaboración con los diferentes servicios de atención psiquiátrica ambulatoria.
4. Es importante impulsar la investigación que permita la comparación de tratamientos habituales en el hospital contra tratamientos validados científicamente en otras muestras.
5. La terapia cognitivo conductual breve es un tratamiento eficaz en las pacientes hospitalizadas por depresión y comportamiento suicida en la disminución del comportamiento suicida y del deseo de morir; así como una mejoría en la funcionalidad de las pacientes.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington: American Psychiatric Association. 2002.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara CM, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003; 26:1-16.
3. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2009; 31:155-163.
4. Brunstein A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;46:40-49.
5. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. En: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry*. Third ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 796–805.
6. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez RA. La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 2009; 24: 4–15.
7. Frosch E, McCulloch J, Yoon Y, et al. Pediatric Emergency Consultations: Prior Mental Health Service Use in Suicide Attempters. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2011; 38:68-79.
8. Gould MS, King R, Greenwald S et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 37:915-923.
9. Garssen JM, Deerenberg I, Mackenbach JP, et al. Familial Risk of Early Suicide: Variations by Age and Sex of Children and Parents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011; 41:585-593.
10. Gibb BE, Andover MS, Miller IW. Depressive characteristics of adult psychiatric inpatients with a history of multiple versus one or no suicide attempts. *Depression and anxiety*. 2009; 26:568–574.
11. Stoep AV, Adrian M, Mccauley E, et al. Risk for Suicidal Ideation and

- Suicide Attempts Associated with Co-occurring Depression and Conduct Problems in Early Adolescence. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011; 41:316-329.
12. Klonsky ED, Kotov R, Bakst S, et al. Hopelessness as a Predictor of Attempted Suicide among First Admission Patients with Psychosis: A 10-year Cohort Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012; 42:1-10.
 13. Kasen S, Cohen P, Chen H. Developmental Course of Impulsivity and Capability from Age 10 to Age 25 as Related to Trajectory of Suicide Attempt in a Community Cohort. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011; 41:180-192.
 14. Mathias CW, Dougherty DM, James LM, et al. Intolerance to Delayed Reward in Girls with Multiple Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011; 41:277-286.
 15. Kuhlberg JA, Peña JB, Zayas LH. Familism, Parent-Adolescent Conflict, Self-Esteem, Internalizing Behaviors and Suicide Attempts Among Adolescent Latinas. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010; 41:425–440.
 16. Young R, Riordan V, Stark C. Perinatal and psychosocial circumstances associated with risk of attempted suicide, nonsuicidal self-injury and psychiatric service use. A longitudinal study of young people. *BMC Public Health*. 2011; 11:1-11.
 17. Reinecke MA, Curry JF, March JS. Findings From the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): What Have We Learned? What Do We Need to Know? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009; 38:761–767.
 18. Guías Clínicas Hospital Psiquiátrico Infantil, “Dr. Juan N. Navarro”. SSA. 1era. Edición, México, 2010.
 19. Ferooshani PS, Schneider J, Assareh N. Meta-review of the effectiveness of computerized CBT in treating depression. *BMC Psychiatry*. 2011; 11:1-6.
 20. Robinson J, Hetrick S, Gook S, et al. Study protocol: the development of a randomised controlled trial testing a postcard intervention designed to reduce suicide risk among young help-seekers. *BMC Psychiatry*. 2009; 9:1-6.
 21. Stewart CD, Quinn A, Plevier S, et al. Comparing Cognitive Behavior

- Therapy, Problem Solving Therapy, and Treatment as Usual in a High Risk Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009; 39:538-547.
22. Harned MS, Jackson SC, Comtois KA, et al. Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment for Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2010; 23:421–429.
 23. Rivera ME, Andrade PP. Escala de Evaluación de las relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Varica, Revista de psicología*. 2010; 14:12-29.
 24. Cabezas HP, Lega LI. Relación empírica entre la TREC de Ellis y la TC de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*. 2006; 30:101-109.
 25. Findling R, Reed M, Blummer, J. Pharmacological treatment of depression in children and adolescents. *Paediatr Drugs*. 1999; 1: 161-182.
 26. Garber J, Clark G, Weeresing R, Beardslee W, Brent D, Gladstone T. Prevention of depression in at-risk adolescents. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2009; 301: 2215-2224.
 27. Shaffer D, Pfeffer CR. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* . 2001; 40:495-499.
 28. Compton S, March J, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43:930-959.
 29. Curry J, Rohde P, Simons A, Silva S, Vitiello B, Kratochvil C, et al. Predictors and moderators of acute outcome in the treatment for adolescents with depression Study (TADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 245(12):1427-1439.

ANEXO 1 Tratamiento habitual en Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Tratamiento habitual en UAM: consiste en tratamiento farmacológico, sesiones de psicoterapia individual, grupal, terapia física, terapia ocupacional y en caso de que el médico tratante lo considere necesario pueden ser referidas a terapia familiar.

ANEXO 2 Manual de Intervención Breve Cognitivo Conductual

Paciente: Adolescente	Sesión: 1
Edad: 12 a 17 años	Modalidad: alianza terapéutica y evaluación por medio de instrumentos
Diagnóstico: Depresión y suicidio	Fecha:

Objetivo general: Establecer rapport y brindar psicoeducación

Sesión 1					
Objetivos Específicos	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Técnicas	Tareas	Tiempo
Establecer Rapport	Establecer alianza terapéutica	Cooperar	Entrevista		10 min
Evaluar a las pacientes	Aplicar escalas para medir desesperanza, impulsividad y estilos de afrontamiento	Responder las escalas	.Escala de Desesperanza de Beck .Escala de impulsividad de Plutchik .Escala de afrontamiento (ACS) .Escala C-SSRS. .Escala de actitudes y creencias. (ERI). .CGI y C-GAS.		20 min
Brindar psicoeducación.	.Introducción de los objetivos generales de la intervención. .Explicar a las pacientes la	Atender y manifestar dudas	. Presentación		20 min

Evaluar el último intento suicida	naturaleza del comportamiento suicida y el rol de la depresión. Ejemplificar Explicar cómo llevar a cabo la tarea sobre la evaluación del último intento suicida.	Atender, entender y cooperar.	.Lluvia de ideas Plan de análisis	Establecer la secuencia de eventos como activantes, así como las reacciones ante éstos, que llevan a un intento de suicidio	10 min
-----------------------------------	---	-------------------------------	--	---	--------

Paciente: Adolescente	Sesión: 2
Edad: 12 a 17 años	Modalidad: revisión de cadena de análisis
Diagnóstico: Depresión y suicidio	Fecha:

Objetivo General: Analizar la cadena de análisis y poner énfasis en el último evento.

Sesión 2					
Objetivos Específicos	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Técnicas	Tareas	Tiempo
Entender el marco de la intervención cc	Explicar a la paciente el modelo cognitivo ABC	Entender el modelo ABC, la conexión entre los eventos activantes que experimenta y sus pensamientos, emociones y conductas.	Registro ABC	Elaborar Plan de seguridad	30min
Registro ABC del intento suicida	Ejemplificar el modelo con alguna experiencia relacionada con el último evento	Identificar los componentes del ABC de su experiencia propia			20 min
Elaborar plan de seguridad	Ayudar a las pacientes a identificar prioridades y especificar estrategias de afrontamiento y fuentes de apoyo que pueden utilizar durante la crisis	Identificar sus estrategias y recursos internos con los que cuenta para sobrellevar los impulsos suicidas sin la ayuda de otras personas, si estas estrategias no funcionan identificar redes externas a las que puede recurrir			10 minutos
Monitorizar	Explicar como	Identificar su	Termóm	Realizar	10 minutos

estado de ánimo: facilitar el aprendizaje acerca de las situaciones que generan sentimientos depresivos y que tipo de pensamientos se conectan a estas emociones	llevaran a cabo la monitorización de su estado de ánimo a lo largo del día	estado de ánimo y registrarlo	registro de emociones (de 0 a 10)	registros a lo largo del día (mañana, tarde y noche)	
--	--	-------------------------------	------------------------------------	--	--

Paciente: Adolescente	Sesión: 3
Edad: 12 a 17 años	Modalidad: Razones para vivir y construcción de la esperanza
Diagnóstico: Depresión y suicidio	Fecha:

Objetivo general: Abordar las razones para vivir

Sesión 3					
Objetivos Específicos	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Técnicas	Tareas	Tiempo
Inculcar sentido de esperanza	Brindar psicoeducación en desesperanza	Entender el concepto de desesperanza	Presentación, lluvia de ideas		30 min
	Discutir cuales son las razones personales para vivir	Identificar sus motivaciones para vivir, por ejemplo personas que se preocupan por ella, expectativas del futuro, las cosas que le gusta hacer o que le preocupan	Kit de la esperanza	Elaborar kit de la esperanza	30 min

Paciente: Adolescente	Sesión: 4
Edad: 12 a 17 años	Modalidad: Técnicas de relajación
Diagnóstico: Depresión y suicidio	Fecha:

Objetivo general: Desarrollar herramientas individuales que modifiquen el afrontamiento y de esta manera disminuir impulsividad

Sesión 4					
Objetivos Específicos	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Técnicas	Tareas	Tiempo
Disminuir impulsividad	Brindar psicoeducación en impulsividad	Entender el concepto de impulsividad	Presentación, lluvia de ideas		20 min
Aprender técnicas de relajación	Explicar técnicas de relajación y en que momento se aplican	Identificar situaciones que incrementan la tensión	Respiración profunda acompañada de una declaración propia "me siento bien" o "me estoy relajando" y contar hacia atrás	Comparar su termómetro del humor antes y después de los ejercicios	20 min
Identificar pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas			Psicoeducación		

Paciente: Adolescente	Sesión: 5
Edad: 12 a 17 años	Modalidad: Realidades Vs creencias
Diagnóstico: Depresión y suicidio	Fecha:

Objetivo general: Identificar distorsiones cognitivas y contrastarlas vs realidades

Sesión 5					
Objetivos Específicos	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Técnicas	Tareas	Tiempo
Identificar pensamientos automáticos negativos y reducirlos	Una vez entendido el concepto de distorsiones cognitivas y haber identificado pensamientos automáticos negativos enseñar métodos	Responder a los pensamientos negativos automáticos mediante contra-pensamientos realistas	Debate socrático	Escribir y revisar contra-pensamientos útiles Formato de 5 columnas (evento-pensamientos automáticos negativos-emociones)	30 min 20 min

	para cuestionar los pensamientos negativos			iniciales-contrapensamientos realistas-emociones posteriores)	
--	--	--	--	---	--

Paciente: Adolescente	Sesión: 6
Edad: 12 a 17 años	Modalidad: Resolución de problemas
Diagnóstico: Depresión y suicidio	Fecha:

Objetivo general: Mejorar estilos de afrontamiento mediante la resolución de problemas

Objetivos Específicos	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Técnicas	Tareas	Tiempo
Resolución de problemas	Explicar que todo el mundo se enfrenta a problemas en sus vidas y es importante tener una forma de resolverlos para evitar el pesimismo o la depresión y posteriormente introducir un método general para resolverlos en situaciones prácticas	Cooperar	Solucionador de problemas (cartas que contienen problemas comunes para las adolescentes) Lluvia de ideas RIBEYE (relajarse, identificar el problema, lluvia de ideas, evaluar soluciones, decir que si a una y animarse)	Generar el mayor número de soluciones posibles después de leer las cartas Establecer consecuencias positivas y negativas de cada solución Después de resolver el problema que se practica durante la sesión, las soluciones seleccionadas	

				se asignan como tarea.	
--	--	--	--	---------------------------	--

ANEXO 3 Consentimiento informado y asentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO VERSIÓN PARA MENORES DE EDAD (Asentimiento)

**Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
Universidad Nacional Autónoma de México.**

Título del estudio.

Conducta suicida, distorsiones cognitivas, funcionalidad y soporte familiar: una propuesta de intervención breve en adolescentes femeninas hospitalizadas por depresión y conducta suicida.

Propósito.

Se te ha solicitado participar en un proyecto de investigación que tiene la finalidad de poner en práctica una intervención cognitivo conductual breve con la finalidad de coadyuvar en tu tratamiento médico mientras te encuentres hospitalizada para obtener una remisión más pronta de tu problema médico y contribuir a mejorar tu funcionamiento en las áreas familiar, social y escolar y mejorar también la integración y funcionamiento de tu familia. Evitando así repercusiones graves y futuras hospitalizaciones.

La depresión es un problema grave de salud que aqueja a muchas personas en la población mundial, donde el riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y 12% para los varones. La prevalencia del trastorno en la población general varía entre el 5 y 9% para las mujeres y entre el 2 y 3% para varones. ⁽¹⁾

Esta enfermedad se caracteriza por un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente; el paciente se ve y los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje de acción usual, está desganado y con baja energía.

Una complicación importante de la depresión y muy severa es la conducta suicida, la cuál se define como cualquier forma de conducta motivada por una tendencia a la muerte sobre la vida que tiene como consecuencia inmediata o un breve tiempo después el cese de la existencia. Incluyendo la ideación suicida, definida como los pensamientos acerca de un acto de auto daño deliberado o suicidio, incluyendo deseos de matarse a sí mismo, hacer planes de cómo, cuando y donde se realizará el acto; el auto daño deliberado, que es la forma de auto envenenamiento o autolesión no fatal (como cortarse, tomar una sobredosis, ahorcamiento, estrangulación), independientemente de la motivación o el grado de intención de morir; y el suicidio, que incluye las muertes derivadas directamente de los actos de autoagresión deliberada.

Con una prevalencia para el intento suicida en población adolescente mexicana entre el 3.0 y el 8.3%; ⁽⁶⁾ con una prevalencia en el Distrito Federal de 8.3% en 1997, la cuál se incrementó a 9.5% en el año 2000. ⁽⁶⁾

Mientras que para el año 2010, se encontró que el 19% de los estudiantes de secundaria habían considerado seriamente un intento suicida; 15% hizo una planeación específica; 8.8% reporto algún atentado suicida y 2.6% llevo a cabo un intento suicida medicamente serio que requirió atención médica de urgencia; ⁽⁷⁾ donde en su mayoría, los intentos de suicidio ocurrieron en los años finales de la escuela primaria o durante el comienzo de la secundaria.

Por lo que consideramos importante la aplicación de un método de tratamiento multimodal para este trastorno (que incluye manejo con medicamento, intervenciones sociales y psicológicas) dentro de las que la intervención de tipo cognitivo conductual ha demostrado con una evidencia fuerte ser una estrategia de manejo importante y con buenos resultados a futuro, por lo que será la que se utilice en este estudio.

Procedimientos y duración.

En el momento en que ingreses al servicio de hospitalización se te aplicarán algunos cuestionarios con una duración de 60 minutos aproximadamente, con la finalidad de corroborar el problema de salud que te aqueja y obtener una idea muy general de tu situación emocional y desempeño global y familiar, asimismo

observar que expectativas negativas guardas en relación con tu vida y tus emociones, asimismo el nivel de severidad del problema.

Los datos anteriores se obtendrán al aplicarte una Entrevista neuropsiquiátrica internacional para niños y adolescentes, con una duración aproximada de 30 minutos, el Inventario de depresión de Beck, la Escala de valoración de la universidad de Columbia sobre la intensidad de las ideas suicidas, la Escala de actitudes y creencias, la Escala de funcionamiento global de niños y adolescentes y la Evaluación de relaciones intrafamiliares; lo anterior, con una duración de 60 minutos aproximadamente.

Una vez te encuentres hospitalizada, a parte y como adyuvante al tratamiento que te otorguen en la sala de hospitalización te brindaremos una serie de 6 sesiones psicológicas, con una duración aproximada de 60 minutos cada una de ellas, haciendo una intervención denominada cognitivo-conductual, donde solicitamos tu participación de forma activa, ya que te daremos un cuadernillo de trabajo donde realizaras tareas y escribirás sentimientos e ideas acerca de lo que te está ocurriendo.

Serán dos sesiones por semana, hasta llegar a 3 semanas de tratamiento, tiempo aproximado de tu internamiento en este hospital.

Es importante mencionar que la intervención psicológica que llevaremos a cabo con tu participación tiene la finalidad de contribuir a que tengas un mejor entendimiento de tu enfermedad, de los riesgos que presentas con este comportamiento y de brindarte herramientas a un futuro para que puedas tener un mejor afrontamiento ante estas situaciones y puedas responder de una mejor manera, más adaptativa y con mejores resultados.

Riesgos y molestias.

En general esta intervención psicológica no representa algún riesgo en tu salud, debido a que sólo será un adyuvante en tu tratamiento y no guarda interferencia alguna con el mismo, ni tiene implicaciones en tu desenvolvimiento futuro, sino que representa una posibilidad de obtener beneficios a largo plazo, como lo es una pronta y mayor recuperación y el evitar recaídas a un futuro.

Sólo se te pide una participación activa durante las sesiones de tratamiento y

cooperación hacia las dinámicas y tareas que se te irán solicitando; asimismo se te pide respeto y paciencia con las demás participantes, teniendo tolerancia ante los diversos puntos de vista que irás viendo a lo largo de las sesiones y actitud para enriquecer la información que se te brindara.

Posibles beneficios.

Un beneficio potencial de este aditivo a tu tratamiento habitual en la sala de hospitalización será el que lleves a cabo un entendimiento más adecuado de lo que te esta ocurriendo, de las complicaciones y riesgos que te pueden llevar a tomar determinadas decisiones y las consecuencias de las mismas. También te dará la oportunidad de identificar cuáles son las herramientas que tienes para enfrentar los problemas que se te presenten a lo largo de la vida y el apoyo familiar que llevas contigo.

También te brindará la oportunidad de reconocer cuáles son tus fortalezas y cuáles son las características de tú persona que tienesque mejorar debido a que representan un problema en la manera que tienes para enfrentar los diferentes problemas.

De esta manera contribuiremos a mejorar tú estado anímico, ayudando a mejorar tu desempeño y la integración familiar que posees, tratando de que en un futuro no recaigas en este mismo problema y aún cuando te enfrentes a situaciones similares, tengas mayor oportunidad de enfrentarlas de una manera más adecuada.

Evitando así futuras hospitalizaciones y un tratamiento más prolongado con una enfermedad con un curso más crónico.

Derecho a conocer el resultado de las intervenciones.

Todos los procedimientos que se van a llevar a cabo arrojan resultados que pueden ser de interés para ti o para tu médico. Sin embargo, los hallazgos pueden ser negativos y esto causarte un malestar significativo. Por ejemplo, que denotar en la Evaluación de relaciones intrafamiliares que guardas relaciones no adecuadas con tus familiares o que no exista una modificación en las expectativas que guardas ante la vida a lo largo del tratamiento; situación que puede ocasionar frustración.

Por lo que te solicitamos que a continuación declares si deseas o no conocer los resultados de tus diferentes pruebas y escalas; así como de tu desempeño en las diferentes sesiones que se llevarán a cabo durante tu estancia en el hospital. Marca con una "X" la opción que corresponda:

_____ Sí deseo conocer mis resultados.

_____ NO deseo conocer mis resultados.

Derecho a retirarte del estudio.

La participación en este estudio es voluntaria. Si decides participar en el estudio, estarás autorizando el uso y divulgación de la información recolectada (no los datos personales que puedan identificarte) al firmar esta forma.

Puedes cancelar en cualquier momento tu autorización para que el investigador recabe, use y comparta tu información personal de salud. La solicitud para cancelar esa autorización debe hacerse al Dr. Ademar Silva Echeveste, en el momento que así lo decidas durante tu hospitalización, pudiendo comunicarte a los teléfonos: 55-77-35-32 y (045) 833-15-83-925. Sabiendo que si cancelas tu autorización, se dará por terminada tu participación en el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de ti y destruirá toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

Tienes el derecho de acceder directamente a tu información personal de salud por medio de tu médico tratante durante tu hospitalización. Si tu doctor desea una copia de un resumen clínico para ayudarte en algún tratamiento, le mandaremos a él / ella una copia, si lo solicitas por escrito.

Confidencialidad.

Tu identidad y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de ti se

mantendrán resguardadas de forma confidencial. Esta información no se le dará a nadie más. Tu identidad se mantendrá confidencial en las publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto. La información que te identifica será guardada bajo llave en la oficina del proyecto y solamente el Dr. Ademar Silva Echeveste y las personas que trabajan con él en este proyecto en este centro tendrán acceso a ella. Esto significa que tu nombre, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que pudiera identificar tu nombre no será proporcionada a nadie sin tu consentimiento escrito. Ninguna información de este estudio será parte de tu expediente clínico y no será revelada a ninguna otra persona excepto a como se describe a continuación: Con base en la información que recibamos acerca de ti, llenaremos una forma que resume tu historia de enfermedades y síntomas médicos y de salud mental y usaremos un número codificado, pero no usaremos información que te identifique. La clave que conecta tu número codificado con la información que te identifica será mantenida bajo llave en la oficina de investigación de este centro.

Tu información personal de salud no será compartida ni revelada a nadie, aparte de los investigadores involucrados en este estudio y del Comité de Ética e Investigación (CE) de este centro. Tu información personal de salud puede ser revelada al CE con el único propósito de supervisar este proyecto de investigación.

Tú participación es voluntaria.

No tienes obligación de participar en este estudio si no lo deseas. En el caso de que no quieras participar en este estudio, no perderás ningún beneficio ni acceso a tratamientos a los cuales pudieras tener derecho.

Contactos.

Si tienes alguna pregunta ahora, por favor hazla con confianza. Si tuvieras preguntas adicionales después o desearas reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, el Dr. Ademar Silva Echeveste puede ser localizado en este hospital de lunes a viernes, en un horario de 07:00 a 15:00h; además en su teléfono móvil, con número (045) 833-15-83-925; así como teléfono fijo las 24 horas del día al número 55-77-35-32.

El CE que revisa las investigaciones en sujetos humanos contestará cualquier pregunta acerca de tus derechos como persona (sujeto) de investigación. También puedes contactarlo vía e-mail: uayaku_3337@hotmail.com.

Además te daremos una copia firmada de este formulario para que la conserves.

Firma esta forma sólo si todo lo siguiente es verdadero:

- ✓ HAS DECIDIDO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACION.
- ✓ AUTORIZAS LA RECOLECCIÓN, USOS Y REVELACIÓN DE TU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD, TAL COMO SE DESCRIBE EN ESTA FORMA.
- ✓ HAS LEIDO LA INFORMACIÓN MENCIONADA EN ESTE FORMULARIO.
- ✓ TUS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE Y CREES HABER ENTENDIDO TODA LA INFORMACIÓN QUE SE TE DIÓ ACERCA DEL ESTUDIO Y ACERCA DE LOS USOS DE TU INFORMACIÓN PRIVADA.

Nombre del **Participante menor de edad:**

Dirección:

Firma: _____ Fecha:

****Nombre del **Representante Legal del menor (padre, madre o tutor):**

Parentesco: _____

Dirección: _____

Firma: _____ Fecha:

**** Nombre del **Testigo 1:**

Dirección:

Firma: _____ Fecha:

**** Nombre del **Testigo 2:**

Dirección:

Firma: _____

Fecha:

**** Nombre del **Investigador:**

_____ (o personal asignado por el
Investigador Principal)

Dirección:

Firma: _____

Fecha:

ANEXO 4 Escalas utilizadas en el estudio de comportamiento suicida, creencias irracionales, percepción del funcionamiento familiar y funcionalidad

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY DE ACUERDO	MUCHO MÁS DE ACUERDO	NI UNO NI OTRO	MUCHO MENOS DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
1. Quiero estar bien a algunas personas	1	2	3	4	5
2. A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
3. En ocasiones, cuando estoy tenso, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
4. Algunas veces, cuando no lo hago bien a la gente, pienso que soy una mala persona	1	2	3	4	5
5. Quiero hacer bien algunas cosas	1	2	3	4	5
6. A veces es desagradable cuando estoy tenso	1	2	3	4	5
7. Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
8. En ocasiones, cuando hago las cosas mal, pienso que soy un fracasado	1	2	3	4	5
9. De vez en cuando quiero estar relajado	1	2	3	4	5
10. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente	1	2	3	4	5
11. Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
12. En ocasiones, cuando estoy tenso, pienso que siempre estaré de ese manera	1	2	3	4	5
13. Necesito estar bien a algunas personas	1	2	3	4	5
14. A veces es terrible cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
15. En ocasiones, cuando estoy tenso, me resulta imposible funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
16. Pienso que no soy una mala persona incluso si no le cago bien a algunas personas	1	2	3	4	5
17. Necesito hacer algunas cosas bien	1	2	3	4	5
18. En ocasiones es terrible cuando estoy tenso	1	2	3	4	5
19. Algunas veces, cuando no le cago bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5
20. Pienso que no soy un fracasado incluso si hago mal algunas cosas	1	2	3	4	5
21. De vez en cuando necesito estar relajado	1	2	3	4	5
22. A veces es terrible cuando no le cago bien a la gente	1	2	3	4	5
23. En ocasiones, cuando no lo hago bien, me es difícil funcionar adecuadamente	1	2	3	4	5

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY DE ACUERDO	MUCHO MÁS DE ACUERDO	NI UNO NI OTRO	MUCHO MENOS DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
24. Pienso que, si siempre estoy tenso, incluso si a veces no me siento relajado	1	2	3	4	5
25. Es esencial que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
26. Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado	1	2	3	4	5
27. En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso	1	2	3	4	5
28. Solo porque no les agrade a algunas personas no significa que soy una mala persona	1	2	3	4	5
29. Es esencial que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
30. Algunas veces, cuando estoy tenso, me perturbo	1	2	3	4	5
31. A veces es frustrante cuando no le cago bien a la gente	1	2	3	4	5
32. Solo porque hago algunas cosas mal, no significa que soy un fracasado	1	2	3	4	5
33. De vez en cuando es esencial estar relajado	1	2	3	4	5
34. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento perturbado	1	2	3	4	5
35. En ocasiones es frustrante cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
36. Solo porque estoy tenso algunas veces, no significa que siempre estaré así	1	2	3	4	5
37. Es importante que le agrade a algunas personas	1	2	3	4	5
38. A veces, cuando no hago las cosas bien, me siento decepcionado	1	2	3	4	5
39. Algunas veces es responsable cuando estoy tenso	1	2	3	4	5
40. Si no les agrado a algunas personas eso significa que soy una mala persona	1	2	3	4	5
41. Es importante que haga bien algunas cosas	1	2	3	4	5
42. En ocasiones, cuando estoy tenso, me siento decepcionado	1	2	3	4	5
43. A veces es responsable cuando no le cago bien a la gente	1	2	3	4	5
44. Si hago algunas cosas mal eso significa que soy un fracasado	1	2	3	4	5
45. De vez en cuando es importante estar relajado	1	2	3	4	5
46. En ocasiones, cuando no le gusta a la gente, me siento decepcionado	1	2	3	4	5
47. A veces es responsable cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4	5
48. Nunca voy a conseguir estar relajado	1	2	3	4	5

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COLUMBIA SOBRE LA INTENSIDAD DE IDEAS SUICIDAS (C-SSRS)

Desde la última visita

Versión 14/01/2009

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zclazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Limitación de responsabilidad:

La presente escala se diseñó con el fin de que la utilicen profesionales clínicos entrenados. Las preguntas que se incluyen en la Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la Intensidad de Ideas Suicidas (C-SSRS, por sus siglas en inglés) corresponden a los sondeos sugeridos. En última instancia, la determinación de la presencia de una propensión al suicidio dependerá del juicio clínico.

*En esta escala, las definiciones de conductas suicidas se basan en las que utiliza The Columbia Suicide History Form, cuyos autores son John Mann, MD y Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Heberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. En M.B. First [Ed.] *Standardized Evaluation in Clinical Practice*, pp. 103 -130, 2003).*

Para obtener copias de la escala de valoración C-SSRS, comuníquese con Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; para solicitar más información y necesidad de entrenamiento, escriba a posnerk@childpsych.columbia.edu

M.I.N.I. KID

MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA Para niños y adolescentes

Spanish for Mexico Translation Version 6.0

DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo, J. Janavs
University of South Florida College of Medicine - Tampa, EE.UU.

FRANCIA: Y. Lecrubier
Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris, Francia

© Copyright 1998-2010 Sheehan DV y Lecrubier Y.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida ni transmitida de ninguna forma, o por ningún medio, electrónico o mecánico, incluso por fotocopiado, ni por ningún sistema de recuperación o almacenaje de información, sin el permiso por escrito del Dr. Sheehan o del Dr. Lecrubier. Los investigadores y profesionales de la salud mental que trabajan en organizaciones sin fines de lucro o en organizaciones públicas (incluyendo universidades, hospitales sin fines de lucro e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias en papel del instrumento M.I.N.I. KID para su propio uso clínico e investigación.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

Nuestro objetivo es asistir con mayor eficacia y exactitud en la evaluación y el rastreo de pacientes. Antes de llevar a cabo cualquier acción basada en los datos recolectados y procesados por este programa, los mismos deberán ser revisados e interpretados por un profesional de la salud mental certificado. Este programa no está diseñado ni tiene como objetivo suplir una completa evaluación médica y psiquiátrica del profesional de la salud mental o psiquiatra calificado y certificado. Fue diseñado sólo como un instrumento para facilitar la recopilación precisa de datos y el procesamiento de síntomas atencionales por personal capacitado.

M.I.N.I. KID 6.0 (January 1, 2010) - 1 -
M.I.N.I. KID - Mexico/Spanish - Version of 17 Nov 10 - Mini Research Institute
©©©©© V.14 1706 0_019 0_00000 000

Impresión Global Clínica

(Para ser llenado por el médico)

SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.

Considerando su experiencia clínica total con esta población en particular, qué tan mentalmente enfermo (a) está el (a) paciente en este momento:

- 1 No evaluada.....
- 2 Normal, en absoluto enfermo.....
- 3 Enfermedad mental límite.....
- 4 Levemente enfermo.....
- 5 Medianamente enfermo.....
- 6 Marcadamente enfermo.....
- 7 Gravemente enfermo.....
- 8 Dentro de los pacientes más extremadamente enfermos.....

MEJORÍA GLOBAL.

Tasa total de mejoría, independientemente de que, en su juicio, se deba totalmente al tratamiento farmacológico. Comparado con su condición al momento de admisión al estudio, qué tanto ha cambiado.

- 1 No evaluada.....
- 2 El paciente se encuentra mucho mejor.....
- 3 El paciente se encuentra mejor.....
- 4 El paciente se encuentra un poco mejor.....
- 5 El paciente se encuentra igual.....
- 6 El paciente se encuentra un poco peor.....
- 7 El paciente se encuentra peor.....
- 8 El paciente se encuentra mucho peor.....

Escala Global de Evaluación para Niños

Utilice los niveles intermedios (ejem., 35, 58, 82). Evalúe el funcionamiento actual sin tomar en cuenta el tratamiento y pronóstico. Los ejemplos de comportamientos provistos debidamente son ilustrativos y no requieren una evaluación en particular.

- 100 - 95 **Funcionamiento superior en todas las áreas** (en la casa, escuela y con los compañeros); Participe en diversas actividades y tiene muchos intereses (ejem., pasatiempos o participación en actividades extracurriculares o pertenece a una organización como los Scouts, etc.); agradable, confiado, no pierde el control de las preocupaciones diarias, funcionamiento escolar adecuado; sin síntomas.
- 90 - 81 **Adecuado funcionamiento en todas las áreas**; se siente seguro con su familia, en la escuela y con los compañeros; pueden existir dificultades transitorias y en ocasiones, las preocupaciones diarias se salen de su control (ejem., ansiedad leve asociada con algún examen importante, discusiones ocasionales con los compañeros, hermanos o padres).
- 80 - 71 **Deterioro mínimo del funcionamiento** en la casa, escuela o con los compañeros; se puede presentar alguna alteración en el comportamiento o ansiedad en respuesta a eventos de la vida (ejem., separación de los padres, muertes, nacimiento de un hermano), pero estos son breves y su influencia sobre el comportamiento es transitoria, estos niños parecen de una forma mínima a otros y no se consideran diferentes o alterados por aquellos que los conocen.
- 70 - 61 **Alguna dificultad en un área**, pero generalmente funcionan de forma adecuada (ejem., actos antisociales esporádicos o aislados, tales comoirse de pinta o un robo insignificante, dificultades menores en el trabajo escolar, cambios de ánimo de breve duración, miedos o ansiedad que no llevan a un comportamiento evitativo; dudas sobre sí mismo); tiene relaciones interpersonales significativas, la mayoría de las personas que no conocen al niño bien no lo consideran diferente o alterado pero aquellos que lo conocen pueden expresar cierta preocupación.
- 60 - 51 **Funcionamiento variable con dificultades esporádicas** o presencia de síntomas en algunas áreas pero no en todas las áreas sociales; la alteración puede ser aparente aquellos que encuentran al niño en algún escenario o momento disfuncional pero no para aquellos que ven al niño en otros escenarios.
- 50 - 41 **Interferencia moderada en el funcionamiento** en la mayor parte de las áreas sociales o un severo deterioro del funcionamiento en un área, lo cual puede resultar de, por ejemplo, preocupaciones y rumiación suicidas, rechazo escolar y otras formas de ansiedad, rituales obsesivos, síntomas convulsivos mayores, frecuentes ataques de ansiedad, habilidades sociales deficientes o inapropiadas, frecuentes episodios de agresividad u otras conductas antisociales con la preservación de algunas relaciones sociales significativas.
- 40 - 31 **Deterioro severo en el funcionamiento de diversas áreas** y la incapacidad para funcionar en una de estas áreas, se encuentra alterado en el hogar, escuela, con los compañeros o con la sociedad en general, (ejem. agresión continua sin una provocación clara, marcado aislamiento debido a un trastorno afectivo o del pensamiento, intentos suicidas con un evidente intento de muerte, estos niños requieren de escuelas especiales y hospitalización o abandonar la escuela (este último no es un criterio suficiente para la inclusión en esta categoría).
- 30 - 21 **Incapacidad para funcionar en la mayoría de las áreas**, (ejem., se queda en casa, o en cama todo el día sin participar en actividades sociales o un deterioro severo en pruebas de realidad o deterioro severo en la comunicación (ejem., en ocasiones incoherente o inapropiada).
- 20 - 11 **Requiere supervisión para prevenir** que se lastime o lastime a otros (ejem., con frecuencia violento, repetidos intentos suicidas) o para mantener la higiene personal o un severo deterioro en toda clase de comunicación, (ejem., severas anomalías en la comunicación verbal y no verbal, marcado distanciamiento social, estupor, etc.

ANEXO 5 CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



Oficio: DI/CI/802/0712
Asunto: Aprobación
México, D.F., a 12 de Julio de 2012.

DR. ADEMAR SILVA ECHEVESTE
PRESENTE

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado "*Conducta suicida, distorsiones cognitivas, funcionalidad y soporte familiar: una propuesta de intervención breve en adolescentes femeninas hospitalizadas*" registrado en esta División de Investigación con la clave IT2/13/0612", para obtener la Diplomación en la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia ha sido **Aprobado**.

Se notifican las siguientes obligaciones que adquiere en calidad de tesista:

- Entregar una copia del presente a sus tutores, así como a la División de enseñanza.
- Entregar un informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de noviembre del año en curso con firma de sus tutores, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.), así como su formato de registro de pacientes de su investigación
- Entregar dos ejemplares del producto final de la tesis, uno para el área de investigación y otro como acervo para la biblioteca del hospital incluyendo los sellos de la biblioteca de la UNAM y del HPIDJNN.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Presidenta del Comité de Investigación

C.c.p Registro de productividad del HPIDJNN
Archivo.

ANEXO 6 CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"



No. de oficio: CEI/170

Asunto: Dictamen de Aprobación

México D.F., a 29 de enero del 2013

DR. ADEMAR SILVA ECHEVESTE
RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

Comunico a usted que el Comité de Ética en Investigación, ha evaluado el protocolo titulado "*Conducta suicida, distorsiones cognitivas, funcionalidad y soporte familiar: una propuesta de intervención breve en adolescentes femeninas hospitalizadas*", proyecto de tesis para obtener el diploma de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, con clave en el hospital IT2/13/0612, apareciendo como tutor la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, y como asesor la Lic. Cynthia Esperón Vargas.

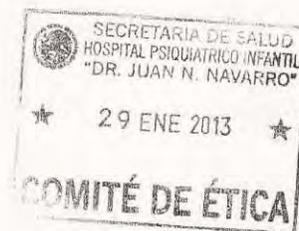
El Comité de Ética en Investigación decide dar al protocolo el carácter de **aprobado**.

Tengo a bien recordarle que debe cumplir con la obligación de notificar a este comité sobre todo evento que reestructure las condiciones éticas del proyecto, de comunicar el inicio del reclutamiento y la finalización del estudio, y de entregar por escrito un informe final. Debe tener presente que los compromisos que usted ha adquirido con el hospital incluyen la imprescindible devolución de los resultados a los sujetos de estudio participantes en el protocolo.

Atentamente


PSICOTERAPEUTA JUAN ALBERTO SANEN LUNA
SECRETARIO DEL COMITÉ
DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Ccp:
Dra. Dora María Pérez Ondari - Directora del Hospital
Dra. Araceli Granados Rojas - Jefe de la División de Enseñanza y Capacitación
L. E. O. Lucía Arciniegua Bustros - Secretaria del Comité de Investigación



Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844