



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA. DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN A LA SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA

**Prevalencia de la conducta suicida y consumo de sustancias psicotrópicas en
menores de 18 años de edad, en un hospital psiquiátrico infantil en el Distrito
Federal, 2013.**

TESIS

Que para obtener el grado como Especialista Médico en Epidemiología

PRESENTA

DRA. SILVIA PATRICIA GARCÍA ZALAPA

DIRECTOR

DRA. MARIA ELENA MARQUEZ CARAVEO

MEXICO D.F, JULIO 2014.

Facultad de Medicina



DGE
DIRECCIÓN GENERAL
DE EPIDEMIOLOGÍA



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.

LIBERACIÓN DE TESIS

TITULO: Prevalencia de la conducta suicida y consumo de sustancias psicotrópicas en menores de 18 años de edad, en un hospital psiquiátrico infantil en el Distrito Federal, 2013.

ALUMNA: Dra. Silvia Patricia García Zalapa

DIRECTOR: Dra. María Elena Márquez Caraveo

LA TESIS PRESENTADA ES LIBERADA



DR. CUTLAHUAC RUIZ MATUS

DIRECTOR GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA Y PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN
EPIDEMIOLOGIA



DR. JAVIER MONTIEL PERDOMO
COORDINADOR DE LA RESIDENCIA



DRA. MARÍA ELENA MÁRQUEZ CARAVEO
DIRECTOR DE TESIS

México, D.F., Julio 2014

TITULO: Prevalencia de la conducta suicida y consumo de sustancias psicotrópicas en menores de 18 años de edad, en un hospital psiquiátrico infantil en el distrito federal, 2013.

ALUMNO: Silvia Patricia García Zalapa.

DIRECTOR: Dra. María Elena Márquez Caraveo, Médico Paidopsiquiatra. Jefa de la división en Investigación en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

ASESORES: Dr. Felipe Salvador Sánchez, Maestro en Investigación en Servicios de Salud. Médico Especialista en el área de Investigación y Enseñanza. Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Pablo Bautista Osorno, Médico Especialista “A”.
Dirección General Adjunta de Epidemiología

RESUMEN FINAL

Introducción: La adolescencia es una etapa que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La conducta suicida ha provocado muertes prematuras y prevenibles entre los adolescentes, son muchos los factores asociados a ella, particularmente el consumo de sustancias psicotrópicas, por lo cual es importante estimar la prevalencia que se presenta entre la asociación de éstos dos problemas de salud pública para conocer las características de la población y sus necesidades clínicas.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico, con fuente de información a través del expediente clínico de un hospital psiquiátrico infantil en la ciudad de México. La muestra final fue de 146, es decir, 24.47% más de lo calculado inicialmente, con un nivel de confianza del 95%. Se obtuvieron frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, para las cuantitativas, medidas de tendencia central y de dispersión. Se calculó una razón de momios de prevalencia como medida de asociación, con intervalo de confianza al 95%, y prueba de hipótesis estadística: valor de p obtenido a partir de la prueba de Ji cuadrada (χ^2).

Resultados: La población de hombres predominaron con un 61.64%, con respecto a las mujeres al representar el 38.36%, la adolescencia tardía predominó con un 73.97% con respecto a la temprana con un 26.03%. Los factores de riesgo más comúnmente asociados a presentar conducta suicida fueron los sociodemográficos y familiares. Las variables que predicen un riesgo mayor fueron: el ser mujer, disfunción familiar, depresión

y consumir dos o más sustancias psicotrópicas.

Conclusión: El consumo de sustancias psicotrópicas y la conducta suicida representan un problema importante de salud pública entre los adolescentes. Se asocian a factores multicausales presentes tanto a nivel individual como a nivel social, sin embargo el consumo de sustancias psicotrópicas representa un riesgo particularmente mayor para presentar conducta suicida.

DEDICATORIA

A Dios

Por ayudarme a terminar esta hermosa experiencia, siempre estas presente en mi vida.

Con cariño a mis padres Jacinto y Silvia

Porque son la fortaleza que me sostiene cada vez que lo necesito, los amo.

A mis hermanos Becken, Iván y Ricardo

Por estar siempre a mi lado en todo momento. Somos una hermosa familia

A mi gran amiga Hilda Nereyda

Por tu paciencia, enseñanzas y gratos momentos. Te extranaré

AGRADECIMIENTOS

A mis compañeros Darius, Cut, Jan, Alejim, Carmen, Lenny y Diana.

Por estos tres años compartidos y haber logrado juntos una meta más.

A mis queridos colegas

Marisol Martínez, liz Ixchel, Anita, Fer, Bren, Naye, Iván, Yaz, Jackie, Vic, mi kike, March, Karlita, Caro y Hugo, por el apoyo que siempre recibí de ustedes y de quienes aprendí mucho, los quiero.

Dra. María Elena Márquez

Por la disponibilidad que siempre tuvo, sus enseñanzas, paciencia y apoyo.

A los Dr. Felipe y Pablo Bautista

Por sus enseñanzas y por la confianza que depositaron en mí para culminar este proyecto, nunca lo olvidaré.

A mis profesores y personal de la Dirección General de Epidemiología.

Dr. Cuitláhuac, Dra. Lore, Dr. Arturo Sil, Dr. Hernández, Dr Serafín, Dr Valdez, Lic. Gil, Dr. Marco, Dr. Marcelino, Dra. Zoyla, Dra. Graciela y Dra. Rita, Dra. Ilse, mi admiración y respeto para cada uno de ustedes, gracias por su apoyo y por los momentos gratos compartidos.

INDICE

I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Planteamiento del problema.....	15
IV. Justificación	16
V. Objetivos	17
V.1 Objetivo General.....	17
V.2. Objetivos Específicos	17
VI. Metodología.....	18
VI.1. Características de la sede.....	18
VI.2. Diseño del estudio.....	18
VI.3. Criterios de selección.....	18
VI.4. Muestra.....	19
VI.5. Variables e instrumento.....	20
VI.6. Procesamiento de la información.....	21
VI.7. Recursos humanos y físicos.....	22
VI.8. Logística.....	22
VII. Aspectos éticos	23
VIII. Resultados	24
IX. Discusión.....	32
X. Limitaciones	36
XI. Conclusiones.....	37
XII. Anexos	38
XIII. Referencia bibliográficas	37

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia temprana a aquella población que comprende de 10 a 14 años y la tardía aquella que va de 15 a 19 años cada una de ellas con características propias. La salud mental del niño y de los adolescentes es la capacidad para lograr y mantener un funcionamiento psicológico óptimo y conservar su bienestar, incluye un sentido de identidad y autoestima, sin embargo existen diversos factores que condicionan el desequilibrio entre estos factores, propiciando con ello conductas y factores de riesgo importantes para la salud, como por ejemplo, inicio en el consumo de sustancias psicotrópicas, mismas que pueden ser el desencadenante par otros problemas de diferente índole, tal es el caso de la conducta suicida convirtiéndose con ello. Dado el aumento que se ha registrado durante los últimos años estos éstos ya son considerados problemas importantes de salud pública. No obstante, la información disponible en nuestro medio que se tiene respecto a la asociación de estos dos problemas de salud pública, es escasa, quizá debido a que solo se tienen disponibles las encuestas de adicciones que hacen una evaluación de esta asociación pero a nivel comunitario Por lo que poco más del 50% de las personas adultas que tuvieron algún tipo de conducta suicida, utilizaron alguna vez un servicio de salud para tratar sus problemas emocionales y abuso de sustancias, sin embargo se desconoce en la población adolescente y sobre todo del área hospitalaria, por lo que sería importante conocer la prevalencia actual y factores de riesgo para determinar necesidades clínicas.

II. ANTECEDENTES

La adolescencia

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales; se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones¹⁻³.

No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹⁻³ define "la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, y considera dos fases, la adolescencia temprana que comprende de los 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años".

Características de la adolescencia temprana: Se caracteriza por el crecimiento y desarrollo acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por los cambios físicos, torpeza moderada, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad⁴.

Características de la adolescencia tardía: En esta fase se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser adulto joven⁴.

Salud mental del niño y de los adolescentes

La salud mental del niño y de los adolescentes es la capacidad para lograr y mantener un funcionamiento psicológico óptimo y conservar su bienestar, incluye un sentido de identidad y autoestima, las relaciones con los compañeros y la familia, capacidad de ser productivo y de aprender y una capacidad de utilizar los problemas de desarrollo y los recursos culturales para maximizar el desarrollo⁵.

Una proporción de niños y adolescentes sufren de trastornos en la salud mental. Una enfermedad o trastorno mental se diagnostica cuando un patrón de signos y síntomas están asociados con el deterioro del funcionamiento psicológico y social que

cumple con los criterios para el trastorno bajo un sistema aceptado de clasificación, como la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE- 10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico IV (DSM IV).

Los ejemplos incluyen: trastornos del estado de ánimo, el estrés, trastornos somatomorfos, trastorno mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas⁵.

Algunos niños y adolescentes se encuentran en circunstancias difíciles y problemas de salud mental tal como se observa en el cuadro 1, que pueden estar relacionados de muchas maneras entre sí, por ejemplo, podrían experimentar abuso físico, emocional y / o sexual, tener experiencias o ser testigos de violencia, o sufren de discapacidad intelectual, la esclavitud o la falta de vivienda, la migración del campo a la zonas urbanas, viven en la pobreza, se dedican al trabajo sexual, son adictos a sustancias como alcohol y cannabis, o son infectados o afectados por el VIH / SIDA⁵.

Cuadro 1. Trastornos mentales específicos de acuerdo al rango de edad

Oscilación típica para la presentación de los trastornos mentales *																		
Trastorno	Años																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Trastornos de apego																		
Trastorno generalizado del desarrollo																		
Comportamiento disruptivo																		
Trastorno del estado de ánimo/ansiedad																		
El abuso de sustancias																		
Tipo de psicosis del adulto																		

* Tenga en cuenta que estas edades de inicio y terminación tienen amplias variaciones, y reciben una fuerte influencia la exposición a factores de riesgo y circunstancias difíciles.

Existen factores de riesgo y protectores que pueden influir en la salud mental en los niños y adolescentes, tal como se observa en el cuadro 2, destacando el dominio biológico y

psicológico como factores que influyen a nivel individual y por otro lado los factores sociales como el entorno familiar, escolar y la comunidad.

Cuadro 2. Factores de riesgo y protectores para la salud mental de los niños y adolescentes

Dominio	Factores de Riesgo	Factores Protectores
Biológica	Exposición a toxinas (alcohol y tabaco) en el embarazo, tendencia genética a trastornos mentales, traumatismo craneal, hipoxia o complicaciones al nacimiento, infección por VIH, desnutrición.	Tendencia genética a la buena salud. Buen funcionamiento intelectual.
Psicológica	Trastornos del aprendizaje, rasgos desadaptativos de personalidad, abuso sexual, físico y emocional, abuso y negligencia, temperamento difícil.	Capacidad para aprender de las experiencias, buena autoestima, alto nivel de resolución de problemas, habilidades y capacidades sociales.
Sociales		
a) Familiar	Inconsistente la prestación de cuidados, conflictos familiares, pobre disciplina familiar, mala gestión de la familia.	Apego a la familia, entorno familiar positivo, participación en la familia, recompensas por la participación en la familia.
b) Escolar	Fracaso escolar, oportunidades de participación en un ambiente apropiado para apoyar la asistencia y el aprendizaje de los logros académicos, inadecuada prestación de la educación.	Oportunidades dentro del ambiente escolar, identidad con una escuela o necesidad de logro académico.
c) Comunidad	Falta de "eficacia de la comunidad", desorganización comunitaria, discriminación y marginación, exposición a la violencia, falta de un sentido de "lugar", transiciones (urbanización por ejemplo).	Oportunidades para evitar el ocio, experiencias culturales positivas, modelos positivos, recompensas por la participación de la comunidad, incluyendo organizaciones religiosas.

Los trastornos mentales y de conducta debidos al consumo de sustancias psicoactivas pueden surgir entre las edades de 12 y 18 años, a esta edad los niños comienzan a adaptarse y ajustarse a las normas sociales definido por sus padres inmediatos provocándoles particularmente ansiedad, lo que a su vez los hace susceptibles a la experimentación tales como el consumo de drogas⁵.

Los niños y adolescentes con una buena salud mental son capaces de alcanzar y mantener un buen funcionamiento psicológico y social.

La buena salud mental de los niños y adolescentes es crucial para su participación social y económica activa, sin embargo es importante mencionar que la salud mental puede estar influenciada por una variedad de factores⁵.

Las sustancias psicotrópicas y diferentes tipos de clasificación

Las sustancias psicotrópicas son aquellas que al ser tomadas, pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo⁶.

Existen varias clasificaciones para las sustancias psicotrópicas, por ejemplo según la OMS⁶ comienza por definir lo que es una droga, al referirse a todas las sustancias psicotrópicas como: "cualquier sustancia que, al interior de un organismo viviente, puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras". Esto incluye el alcohol y el tabaco pero excluye las sustancias medicinales sin efectos psicoactivos.

Por otro lado, las convenciones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el control de drogas no establecen una distinción entre drogas legales o ilegales; sólo señalan el uso como lícito o ilícito. Pero en general se emplea el término droga ilegal o ilícita al hablar de aquellas que están bajo un control internacional, que pueden o no tener un uso médico legítimo, pero que son producidas, traficadas y/o consumidas fuera del marco legal.

Dentro del contexto del control internacional de drogas, la OMS⁶ utiliza el término abuso para ser consistente con los términos utilizados por las convenciones, que emplean indistintamente los términos abuso, uso inadecuado o uso ilícito. En general, se ha optado por emplear indistintamente los términos usar o consumir; el concepto de abuso incluye un daño a la salud física o mental del consumidor, o se aplica a un patrón de consumo que es frecuente e interfiere con otros aspectos de la vida, o se presenta de manera ocasional en periodos de consumo intenso⁷.

Sin embargo para el presente estudio se tomará en cuenta la clasificación de la CIE-10, ya que así es como se encuentran en los registros hospitalarios, en el cuadro 3 se presenta la clasificación del capítulo V que corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas abarcando desde la F10-F19⁸.

**Cuadro 3. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales
y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas.**

Clave CIE-10	Trastorno
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

Cabe mencionar que dentro de la clasificación de la CIE-10 se encuentran subtipos de cada código en el intervalo F10-19 como se puede observar en el cuadro 4.

Cuadro 4. Subtipos de los códigos CIE 10 F10-F19

Clave CIE-10	Subtipos
(F1x.0)	Intoxicación aguda
(F1x.1)	Uso perjudicial
(F1x.2)	Síndrome de dependencia
(F1x.3)	Síndrome de Abstinencia
(F1x.4)	Síndrome de abstinencia con delirium
(F1x.5)	Trastorno psicótico
(F1x.6)	Trastorno Amnésico
(F1x.7)	Trastorno psicótico
(F1x.8)	Otro trastorno mental del comportamiento.
(F1x.9)	Trastorno mental o del comportamiento no especificado.

El DSM IV⁹ clasifica en dos grupos el apartado relacionado a los trastornos relacionados con sustancias, por un lado menciona a los trastornos por consumo de sustancias y por otro lado a los trastornos inducidos por sustancias tal como se puede observar en el

cuadro 5 y además utiliza criterios bien definidos para clasificar la dependencia y el abuso de sustancias. El DSM IV la dependencia, corresponden al subgrupo F1x.2 de la CIE-10 y para el término abuso empleado en el DSM IV, la CIE-10 le da la denominación de uso perjudicial, correspondiente al subgrupo F1x.1⁸⁻⁹.

Cabe señalar que no se tomó en cuenta el consumo de cafeína para el presente estudio, ya que durante el interrogatorio no se pregunta sobre dicha variable, tampoco se tomó en cuenta el grupo F19, dado que una de las finalidades de este estudio fue determinar el consumo específico de cada sustancia.

Cuadro 5. Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias. DSM IV

Trastornos Relacionados con Sustancias DSM IV	
Trastornos por consumo de sustancias	Trastornos inducidos por sustancias
<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia • Abuso 	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación • Abstinencia • Delirium inducido por sustancias • Demencia persistente inducida por sustancias • Trastorno amnésico inducido por sustancias • Trastorno psicótico inducido por sustancias • Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias • Ansiedad inducido por sustancias • Disfunción sexual inducido por sustancias • Trastorno del sueño inducido por sustancias

El Manual Diagnóstico y Estadístico versión 5 (DSM 5)¹⁰, ha hecho algunos cambios. Se ha eliminado el término de abuso de sustancias y la dependencia, para ahora ser llamadas trastornos por uso de sustancias, siendo individuales y específicos para cada sustancia con diferentes niveles de severidad y combinación de criterios que van de: leve (2-3 criterios), moderada (4-5 criterios) y grave (6-7 criterios), además de que combina las categorías del DSM IV de abuso de sustancias y dependencia.

Ansia por la droga se incluye en la lista y problemas relacionados con la ley fue eliminado debido a consideraciones culturales que hacen que los criterios sean de difícil aplicación a nivel internacional. En el DSM –IV⁹, la distinción entre el abuso y la dependencia se basa en el concepto de abuso como una fase y la dependencia leve o temprana como la manifestación más severa.

La mayoría de las personas confunden, la dependencia con la "adicción", cuando en realidad la dependencia puede ser una respuesta normal del cuerpo a una sustancia⁹⁻¹⁰.

La conducta suicida en adolescentes que consumen sustancias psicotrópicas

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española¹¹ define el suicidio, etimológicamente (de forma similar al "homicidio") del latín (*sui*, sí mismo y *caedere*, matar). Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar a la persona que lo realiza. El diccionario también contempla, además del efecto de autoprovocarse la muerte, el concepto de conducta suicida, es decir, aquella acción que se realiza sobre uno mismo y que le perjudica¹¹.

En la actualidad, la CIE-10⁸, clasifica el suicidio en el mismo nivel que las causas externas de mortalidad y el homicidio (códigos X60-X84), sin embargo también incluye: "envenenamiento o lesión autoinfligida, intento de suicidio". En el capítulo XXI habla sobre factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud incluyendo el Z91.5, historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente: parasuicidio, autoenvenenamiento e intento de suicidio".

Es importante mencionar el capítulo V, donde se mencionan los trastornos mentales y del comportamiento (F00 – F98.9), ya que así se encuentra en los registros hospitalarios⁸.

En el DSM IV⁹ de la Sociedad Americana de Psiquiatría se encuentran los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, problemas de relación (paterno-filiales), trastornos relacionados con sustancias como alcohol, cannabis, cocaína, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; episodio depresivo mayor, trastornos bipolares y trastornos de la personalidad, los cuales se han reportado en la literatura como asociados a la conducta suicida.

En este manual no encontramos especificada a la conducta suicida, sin embargo se encuentran dentro del Eje IV los problemas psicosociales y ambientales, los cuales pueden llevar a una conducta suicida⁹.

El algoritmo de la Clasificación de Columbia¹² para la evaluación del suicidio (C-CASA) proporciona definiciones y explicaciones sobre el mismo. En esta clasificación la conducta suicida abarca: el plan suicida, ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado,

mismas que serán tomadas en cuenta para el análisis del presente estudio a excepción del suicidio consumado¹².

La literatura encontrada de la conducta suicida en adolescentes consumidores de sustancias psicotrópicas es muy vasta, la mayoría de los artículos seleccionados plantean la relación tan estrecha que se presenta en los adolescentes que consumen algún tipo de sustancia psicotrópica con la presencia de llegar a presentar algún tipo de conducta suicida, sin embargo es importante recordar que ambos problemas de salud son de índole multicausal por lo que es difícil poder asegurar la existencia de una relación directa entre ellas¹³⁻¹⁵.

En este sentido es importante mencionar la teoría de la desinhibición que presupone que la intoxicación puede incrementar el riesgo de presentar algún tipo de conducta suicida al reducir la inhibición para cometer un acto impulsivo¹³⁻¹⁵.

De la misma forma, tanto la intoxicación como la abstinencia de sustancias pueden alterar la capacidad de juicio y potenciar la desinhibición conductual¹³⁻¹⁵.

También es importante mencionar la teoría biológica¹⁶, que pretende explicar las diferencias entre el sexo, en relación con la expresión de la psicopatología. En las mujeres, por ejemplo, se propone que existe una mayor vulnerabilidad al estrés debido al aumento de estrógenos y progesterona durante la etapa adolescente. Dichas hormonas influyen en la reactividad del eje hipotálamo-pituitario- adrenal y en particular, en el mecanismo de retroalimentación negativa de cortisol haciéndolas más vulnerables al estrés.

Dentro de las teorías psicosociales, se encuentra la teoría de la intensificación del rol de género¹⁷, esta teoría propone una intensificación de conducta congruente con el rol de género en la pubertad tales como: pasividad, dependencia, impotencia y emocionalidad para las mujeres, así como una intensificación de la socialización de género por parte de la familia y la sociedad, lo cual podría implicar menor libertad y mayor control sobre la adolescente mujer en una etapa donde buscan mayor autonomía.

Antecedentes epidemiológicos de la conducta suicida y su asociación al consumo de sustancias psicotrópicas

Las cifras de la OMS en el 2009¹⁸ revelan los trastornos mentales dentro de los cuales se encontraron principalmente a la depresión y a los trastornos desencadenados por el

abuso del alcohol, como uno de los principales factores de riesgo de suicidio en Europa y Norteamérica. El consumo de drogas y alcohol, involucrarse en riñas, portar armas y el tabaquismo están asociados a un mayor riesgo de suicidio en la etapa de desarrollo que comprende la adolescencia¹⁹.

Según las estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas contra la droga y el delito²⁰ (ONUDD) hay cerca de 200 millones de personas que consumen alguna sustancia ilícita.

El 2.7% de la población mundial total y el 3.95 de las personas mayores de 15 años han consumido cannabis al menos una vez según lo reportado durante los años 2000 y 2001. En muchos países desarrollados, como Canadá, Estados Unidos (EE.UU) y los países europeos, más del 2% de los jóvenes refirieron haber consumido heroína y cerca del 5% cocaína en algún momento de su vida.

El 8% de los jóvenes de Europa Occidental y más del 20% de los jóvenes de los EE.UU. refieren haber consumido al menos un tipo de sustancia ilícita distinta del cannabis²¹.

En México, la última encuesta Nacional de Adicciones²², mostró un incremento en el consumo de drogas ilegales y médicas en la población, en comparación con 2002, donde los hombres son los que reportan mayores consumos.

La marihuana continúa siendo la sustancia de preferencia de los usuarios, en la cocaína se observó un incremento del 1.4%, en 2002, a 2.4% en el 2008²².

Existen antecedentes en donde mencionan que dentro de los principales efectos nocivos del consumo de sustancias tanto lícitas como ilícitas está el de la salud biológica y dentro de esta se incluyen a las muertes debidas a los efectos sobre la coordinación física, la concentración y el juicio, resaltando los accidentes, suicidios y agresiones, circunstancias que generalmente fueron inducidas bajo los efectos del alcohol o de otras drogas²¹.

El consumo de drogas, y principalmente el alcohol, frecuentemente se han asociado al suicidio, tanto como factores de riesgo, como precipitantes de la conducta suicida.

De acuerdo con Blumental (citado en: Ros, 1998), la incidencia del suicidio entre consumidores de drogas es alrededor de 20 veces más que en la población general, y el 70% de los suicidios en gente joven se asocia de alguna manera con el abuso de drogas²³⁻²⁴.

Por otra parte, el consumo y dependencia de alcohol, es un factor de riesgo de suicidio, autores como lo planteado por Ros, 1998²³, afirman que al menos la quinta parte de los suicidios son debidos al consumo de esta sustancia, ya que en 20-64% de casos se detecta la presencia de alcohol en sangre.

En una investigación realizada por Borges y Rosvosky²⁵, se analizó la relación entre el intento de suicidio y el consumo de alcohol en una muestra de pacientes admitidos en los servicios de urgencias por haber intentado suicidarse.

Los resultados de esa investigación indicaron que la proporción de intentos de suicidio fue significativamente mayor en los casos que reportaron haber consumido alcohol seis horas antes del evento. En los hombres que intentaron suicidarse se encontró en primer lugar el uso alguna vez de marihuana, le siguió el uso de inhalables, además de un elevado porcentaje en el consumo de cocaína. En tanto, las mujeres con intento suicida, presentaron mayor consumo de inhalables, seguidos de las anfetaminas y la marihuana²⁵.

En otro estudio realizado en una comunidad escolar del Distrito Federal²⁶, se realizó la “Encuesta sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, medición 2000”, cuyos resultados de interés para el presente estudio fueron los siguientes: el 46.9% de los estudiantes que intentaron suicidarse habían consumido alguna droga alguna vez en su vida.

Otro resultado que llama la atención de dicha encuesta²⁶ fue que la prevalencia más alta en el consumo de drogas entre los estudiantes fue más elevada en aquellos que intentaron suicidarse, con respecto a los que no lo intentaron. Con respecto a los varones el 26.6% consumió marihuana alguna vez, el 16.9% en el último año y el 9.2% en el último mes. Además el 25.1% de ellos consumió cocaína alguna vez, 16.9%, en el último año y 7.7%, en el último mes.

En este mismo estudio²⁶, también se observó que el 16.4% utilizó inhalables alguna vez, 9.7% en el último año y 6.3% en el último mes. Los estudiantes varones que intentaron suicidarse, también presentaron un consumo más alto de anfetaminas, las prevalencias fueron: 15.9% alguna vez, 10.1% en el último año y 5.3%, en el último mes.

El consumo de tranquilizantes fue: (15.0%), alguna vez, (9.7%), último año y 5.8%), último mes; mientras que el consumo de crack fue de 14.5% en la prevalencia alguna vez²⁶.

Los alucinógenos fueron consumidos alguna vez por el 10.1% de los hombres que intentaron suicidarse, el 6.8% los consumió en el último año y el 2.9% en el último mes. El 4.8% de los casos de intento suicida, reportaron haber consumido sedantes alguna vez, 2.9% en el último año y 1.4% en el último mes.

Las prevalencias de consumo de heroína fueron: 10.1% alguna vez; 5.8% el último año y 2.9% el último mes. Por otra parte, en el caso de las mujeres que intentaron suicidarse, también se observó un mayor consumo de drogas, en relación con las mujeres que no intentaron el suicidio. Las prevalencias de consumo de tranquilizantes fueron: 16.5%, alguna vez; 11.5% el último año; y 6.2% el último mes. Las anfetaminas fueron consumidas alguna vez por el 12.0% de ellas, el 7.7%, las empleó en el último año y el 4.5% en el último mes.

La marihuana fue consumida por el 9.5% de los casos alguna vez, mientras que el 5.9% la consumió en el último año y el 2.9% en el último mes.

El 9.1% de los casos de intento suicida en mujeres, reportaron haber consumido cocaína alguna vez, el 3.9% en el último año y el 2.1% en el último mes. El crack se consumió en el 4.1% de los intentos suicidas.

Las prevalencias de alucinógenos fueron: 2.6%, alguna vez; 2.0% el último año, y 0.6% el último mes. Las de consumo de inhalables fueron: 8.7%, alguna vez, 4.6%, último año y 2.0% el último mes.

En el caso de los sedantes, el 4.4% de las mujeres que intentaron suicidarse, reportaron haberlos consumido alguna vez, el 2.7% en el último año y el 1.6% en el último mes. Con lo que respecta al consumo de heroína, el 2.1% la empleó alguna vez, el 1.1% en el último año y el 0.5% en el último mes²⁶.

Al respecto, González-Fortez y colaboradores²⁷, reportaron el consumo de drogas en adolescentes con intento suicida de la ciudad de Pachuca y señalaron que el uso de sustancias (tabaco y alcohol en los últimos 30 días, y/o drogas ilícitas alguna vez en la vida) estuvo presente en el 52.7% de los casos de intento suicida.

Por otro lado es importante mencionar que en un estudio realizado en el hospital psiquiátrico Infantil ²⁸ (HPI) "Juan N. Navarro" en el 2012 para determinar la prevalencia de la conducta suicida en niños y adolescentes se identificaron algunos factores de riesgo

que se asociaron significativamente al intento suicida como: antecedentes heredofamiliares de conducta suicida ($p<0.00$), antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental ($p<0.05$), alcoholismo ($p<0.00$), consumo de drogas ($p<0.00$) y problemas con la pareja ($p<0.00$).

Mientras que para las autolesiones se encontró asociación con los antecedentes heredofamiliares de conducta suicida ($p<0.01$), antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental ($p<0.04$), tabaquismo ($p<0.00$), alcoholismo ($p<0.00$) y problemas con la pareja ($p<0.00$)²⁶.

Factores que se asocian a la conducta suicida con el consumo de sustancias psicotrópicas

Hay una serie de factores que pueden afectar la salud mental de un niño o adolescente. En términos generales, estos se pueden dividir en factores de riesgo y de protección⁵. El primero se refiere a los factores que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la salud mental problemas o trastornos, mientras que el segundo se refiere a los factores que moderan los efectos del riesgo la exposición.

Es importante tener en cuenta el término "bio-psico-social" en la definición de la salud mental que sugiere que pueden existir estos factores de riesgo y de protección en lo biológico, psicológico y dominios sociales.

Existe de hoy en día evidencia con respecto a asociación de los trastornos mentales en adultos con inicio en la infancia, siendo común, entre otras cosas, a los trastornos del estado de ánimo tales como, depresión y el trastorno afectivo bipolar (antes llamado maníaco depresivo) y los trastornos psicóticos como la esquizofrenia.

Algunos trastornos de la infancia, como los trastornos generalizados del desarrollo y trastorno hiperactivo⁵.

Otros estudios realizados sugieren que la mayor parte de los suicidas adolescentes han experimentado la disolución de vínculos familiares y sociales significativos y una constante sensación de aislamiento y desamparo. Tanto los que piensan en el suicidio como los que realmente lo intentan, con frecuencia han pasado por enojo extremo de los padres, depresión de los mismos y malas relaciones con ellos.

Los adolescentes que intentan suicidarse suelen tener una larga historia familiar desequilibrada, que se caracteriza por la desavenencia conyugal entre sus padres, los problemas emocionales de éstos, su divorcio mal manejado o unas segundas nupcias e incluso el abandono por parte de ambos. En casos donde estos signos no son claramente visibles, es probable que exista una pérdida de la comunicación entre los padres y sus hijos²⁹⁻³³.

Estudios epidemiológicos del suicidio indican que los hombres son los que más se suicidan y las mujeres son las que más lo intentan. En numerosos estudios sobre suicidio se mencionan como factores determinantes de riesgo el alcoholismo y el abuso de drogas, Martínez y Corominas²⁹⁻³³, sostienen que el porcentaje de intentos de suicidio en la población toxicómana oscila entre un 25 y un 50%.

Otro factor importante ha sido el número de sustancias que se consume: se conoce el dato respecto a que a mayor cantidad de sustancias consumidas, mayor será el riesgo de presentar algún tipo de conducta suicida. Por otro lado la presencia de comorbilidades, ejemplo, la presencia de otros trastornos mentales o de la personalidad²⁹⁻³³.

Desde luego, es importar evaluar la presencia de antecedentes heredo-familiares, tanto respecto a los antecedentes familiares de conducta suicida como de otros trastornos psiquiátricos, incluyendo el consumo de sustancias psicotrópicas²⁹⁻³³.

No obstante, la información disponible en nuestro medio que se tiene respecto a la asociación de estos dos problemas de salud pública, es escasa. Lo anterior quizá debido a que solo se tienen disponibles las encuestas de adicciones que hacen una evaluación de esta asociación pero a nivel comunitario. De acuerdo a Borges ³⁴, se sabe que poco más del 50% de las personas adultas que tuvieron algún tipo de conducta suicida, utilizaron alguna vez un servicio de salud para tratar sus problemas emocionales y abuso de sustancias, sin embargo se desconoce en la población adolescente y sobre todo del área hospitalaria, por lo que sería importante conocer la prevalencia actual y factores de riesgo para determinar necesidades clínicas.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la conducta suicida y los factores asociados en los menores de 18 años de edad que consumen sustancias psicotrópicas en un HPI, durante el año de 2013?

IV. JUSTIFICACIÓN

El inicio del consumo de sustancias psicotrópicas se presenta cada vez a edades más tempranas, ello implica un riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida. Esta asociación no es común que haya sido investigada en la población de niños y adolescentes, por lo cual es muy importante que el HPI “Juan N. Navarro” documente o de evidencia acerca de la problemática que se presenta en este grupo de población, dado que dicho hospital es único en el país en contar con un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos provocados por el uso de sustancias adictivas en varones (PAIDEIA), sin embargo también cuenta con un área de hospitalización de mujeres que atiende este mismo problema. Con los resultados obtenidos de este estudio se podrá tener una visión más clara del comportamiento actual que representan estos importantes problemas de salud y así proponer modelos preventivos y de tratamiento orientados hacia los factores desencadenantes en el consumo de sustancias psicotrópicas, lo que a su vez puede prevenir una conducta suicida. Cabe señalar que el presente estudio solo contempla el año 2013 dado que para fines de titulación oportuna el tiempo no es suficiente para realizar un estudio más extenso.

V. OBJETIVOS

V.1. Objetivo General

- Estimar la prevalencia de la conducta suicida y los factores asociados en los menores de 18 años de edad que consumen sustancias psicotrópicas en un hospital psiquiátrico infantil del Distrito Federal durante el año de 2013.

V.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes y sus padres.
- Estimar la proporción y tipo de la conducta suicida en los menores de 18 años de edad por sustancia psicotrópica consumida.
- Identificar el método empleado para el intento suicida en los menores de 18 años consumidores de sustancias psicotrópicas.
- Identificar los factores asociados a la conducta suicida, en los menores de 18 años consumidores de sustancias psicotrópicas.
- Identificar la asociación entre la presencia de conducta suicida y el consumo de sustancias psicotrópicas, en los menores de 18 años.

VI. METODOLOGÍA

VI.1. Características de la sede

El HPI "Dr. Juan N. Navarro", es un hospital público y especializado que atiende a los menores de 18 años de edad. Es único en su género y fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Otorga atención primaria, secundaria y terciaria. Cuenta con un área de consulta externa y un área de hospitalización.

En el año de 1990, el área de hospitalización separa a los hombres, quedando un área exclusiva de mujeres con trastornos mentales agudos, incluyendo aquellas que se presentan por el consumo de sustancias psicotrópicas en lo que se conoce como unidad de adolescentes mujeres.

La unidad de adolescentes varones funcionó a partir de 1992 para pacientes con trastornos mentales agudos y en el año de 1994 se amplió con la creación del Programa de Atención Integral para Niños y adolescente con Problemas de Farmacodependencia (PAIDEIA), quedando de esta forma separados físicamente en dos edificios distintos PAIDEIA de la unidad de adolescentes varones.³⁵

VI.2. Diseño del estudio

- Por la orientación del estudio en el tiempo: transversal (estudian lo observado en una sola medición del proceso).
- De acuerdo a la orientación del proceso: retrospectivo (porque el investigador selecciona un grupo de sujetos específicos en los que ya se ha observado el desenlace y se preguntan si retrospectivamente esos sujetos habían estado expuestos a factores relacionados con ese resultado).
- Analítico: porque llevará una fase comparativa, lo que permitió hacer un análisis estadístico en este estudio.
- Observacional: porque el investigador mide la enfermedad o la relación causa-efecto pero no interviene (no manipula las variables).
- Unidad de observación: el paciente.
- Fuente de información: indirecta a través del expediente clínico.³⁶

VI.3. Criterios de selección

Inclusión:

- Que sean del área de PAIDEIA y hospitalización de mujeres.
- Que se tenga el expediente clínico.
- Pacientes hombres y mujeres menores de 18 años de edad.
- Que se encuentren dentro del año de estudio (2013).
- Que de acuerdo al expediente clínico tenga antecedentes de algún tipo de consumo de sustancia psicoactiva como: alcohol, opioides, cannabis, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco y/o disolventes volátiles independientemente de su diagnóstico principal.

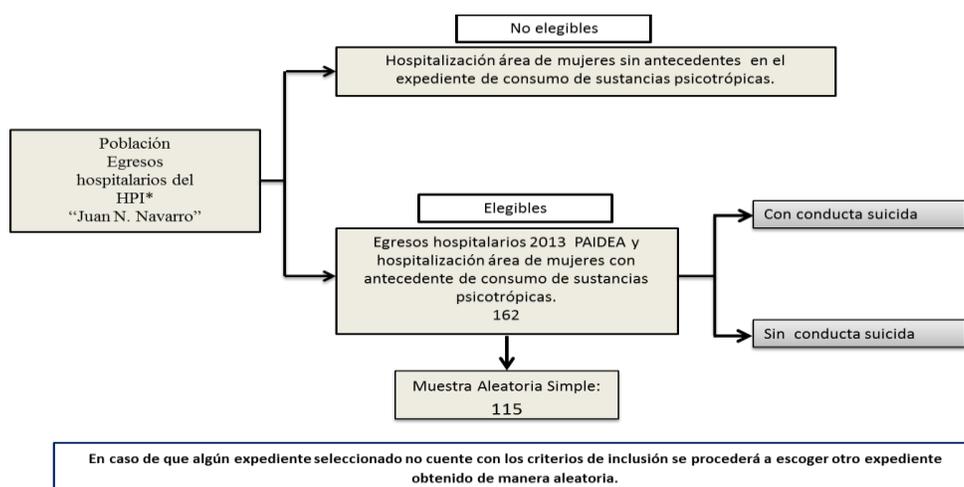
Exclusión:

- Pacientes que de acuerdo al expediente clínico no tengan antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes que no tengan la información necesaria ni completa para el estudio.

VI.4. Muestra

Se registraron 162 egresos hospitalarios del área de PAIDEIA y hospitalización de mujeres durante el año de 2013, dadas las características de la población de hospitalización del área de mujeres es importante mencionar que se excluyeron a todas aquellas que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Figura 1. Población y muestra de los menores de 18 años, consumidores de sustancias psicoactivas, en un hospital especializado, Distrito Federal, 2013.



El área de PAIDEIA es exclusivo de hombres que consumen sustancias psicoactivas.
 * HPI. Hospital Psiquiátrico Infantil

Con el programa estadístico OpenEpi versión 3, se calculó el tamaño de la muestra con un 95% de confianza y una prevalencia del 50% para obtener un total de 115.

Fórmula para el tamaño de muestra: $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)] =$

En donde

n: tamaño de muestra
EDFF: efecto del diseño: 1
N: tamaño de la población: 162
p: frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población: 50% +/-5
d: Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%): 5%
EDFF: efecto de diseño: 1
Z: Valor Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

Posteriormente se seleccionó de esos 162 expedientes una muestra aleatoria mediante Excel 2010 hasta obtener los 115 expedientes, los expedientes que no cumplían con los criterios de inclusión se remplazaron por el subsecuente obtenido también de manera aleatoria.

VI.5. Variables e Instrumento

Para la recolección de la información se diseñó una máscara de captura que se presenta en el anexo 1 tomando como variable dependiente conducta suicida, para las variables independientes se contemplaron cuatro apartados. Para cada una de las variables tanto dependientes como independientes se estableció su escala de medición, tipo, código y operacionalización, mismas que se pueden consultar en el anexo 2.

- Variable dependiente:
 - a) Conducta suicida: ideación, plan e intento.
 - b) Intento: medido mediante la identificación en el expediente clínico del código de la CIE-10: Envenenamiento autoinfligido (EA) por analgésicos X60, por sedantes X61, por plaguicidas X68 y por sustancias químicas X69, lesión autoinfligida por ahorcamiento X70 y lesión autoinfligida por objeto cortante X78.
- Variables independientes:
 - a) Sustancias psicotrópicas: número y edad de inicio de sustancias psicotrópicas que consume, tipo de sustancia consumida: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, disolventes volátiles y otras sustancias psicotrópicas.

-
- b) Sociodemográficos:
- De los pacientes: edad, sexo, escolaridad, ocupación, entidad de residencia, número de ingresos hospitalarios, días de estancia hospitalaria.
 - De los padres: edad y escolaridad de los padres (tutores), situación conyugal, condición socio-económica y tipo de hogar.
- c) Factores Asociados a nivel individual:
- Biológicos: antecedentes heredo-familiares (AHF) de conducta suicida, AHF de enfermedad mental y AHF de consumo de sustancias psicotrópicas.
 - Psicológico/psiquiátricos: bullying, depresión, trastorno del humor, trastorno por ingestión de alimentos, trastorno por déficit de atención y trastorno disocial.
- d) Factores asociados a nivel social
- Familiar: disfunción familiar, violencia física, violencia sexual, violencia emocional, problemas relacionados con la crianza y problemas relacionados con el grupo primario de apoyo.
 - Escuela: problemas escolares (abandono y bajo rendimiento escolar).

VI.6. Procesamiento de la información

- Para las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y proporciones.
- Para las cuantitativas se sacaron medidas de tendencia central (media, mediana- dependiendo de la distribución- y moda) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico -dependiendo de la distribución-).
- Se calculó una razón de momios de prevalencia como medida de asociación, con intervalo de confianza al 95%, y prueba de hipótesis estadística: valor de p obtenido a partir de la prueba de Ji cuadrada (X^2).
- Se realizó una regresión logística para las variables con asociación estadísticamente significativa, dado que la variable dependiente es cualitativa dicotómica.
- Finalmente se realizó una regresión logística multivariada tomando en cuenta tanto la literatura y las variables estadísticamente significativas ($p < 0.020$ de la regresión logística bivariado) para determinar el mejor modelo predictor de la variable dependiente.
- Para procesar la información se utilizaron los programas estadísticos Stata 11.1 y Epi Info 7, para complementar mutuamente la información que brindan ambos software y la consistencia de los resultados.

VI.7. Recursos humanos y físicos

La responsable de la investigación se encargó de la revisión y captura de los expedientes.

Recursos humanos y materiales: Computadora, microsoft word 2007, Epi Info 7, microsoft office PowerPoint 2007, microsoft office Excel 2007, Access 2010 y Stata 11.1.

VI.8. Logística

Posterior a la aprobación del protocolo por el comité de ética e investigación, se procedió a recabar la información de los expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión, en la máscara de captura diseñada para ese fin a partir de enero de 2014, el cronograma de se presenta en el anexo 3.

VII. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se sometió al Comité de Investigación (anexo 4) y Ética (anexo 5) del HPI “Juan N. Navarro” siendo aprobado el día 28 de enero de 2014.

Es importante señalar que se tuvo como prioridad guardar la identidad de cada uno de los pacientes de estudio seleccionados, es por ello que se elaboró una carta compromiso para este fin (anexo 6). Cabe señalar que para este estudio, solo se utilizó la información del expediente clínico, por lo que no tuvo riesgo alguno en los pacientes seleccionados. (Artículo 17, fracción I).

VIII. RESULTADOS

Se revisaron en total 146 expedientes, lo que representó un 21.24% más a lo calculado.

Como se puede observar en el cuadro 6 los hombres predominaron con un 61.64%, con respecto a las mujeres al representar el 38.36%. El grupo de adolescencia tardía predominó con un 73.97% con respecto al grupo de la adolescencia temprana con un 26.03%. El nivel de estudios en los adolescentes fue 57.57% para secundaria, 24.66% preparatoria y 17.81% primaria. El 50.68% de los adolescentes tuvieron el antecedente de estar estudiando, el 41.78% no refirió ninguna ocupación y el 7.53% solo se dedicaban a trabajar. Las principales entidades federativas que reportaron el mayor número de casos fueron Distrito Federal, con un 63.01%, seguida del Estado de México con un 21.23% y Querétaro con un 4.10%.

El promedio general de días de estancia hospitalaria registrada durante el último internamiento fue de 31.72 con una desviación estándar de 10.4. El 87.67% de los adolescentes tuvo como antecedente haber presentado de uno a dos ingresos y el 12.33% de tres a cuatro.

Con respecto a las condiciones sociodemográficas de los padres se puede observar en el cuadro 7 que la mediana de edad en general en la mamá del adolescente fue de 40 años con un rango de 23 a 71 años, la mayoría con un nivel de escolaridad menor a nueve años con un 78.76% y tan solo un 21.24% tuvo una escolaridad mayor a nueve años. En cuanto a la mediana de edad en general para el papá fue de 42 años con un rango de 23 a 77 años, la mayoría con un nivel de escolaridad menor a nueve años con un 80.83% y tan solo un 19.17% tuvo una escolaridad mayor a nueve años.

En cuanto al estado conyugal de los padres del adolescente predominó la condición actual de no unidos con un 73.97% y unidos con 26.03%. En cuanto al tipo de hogar predominó el del tipo nuclear con un 38.36%, y de éste fue el subtipo monoparental con un 32.19%. La condición socioeconómica baja predominó con un 82.88% con respecto a la condición socioeconómica media con un 17.12%, no hubo antecedentes de condición socioeconómica alta.

Cuadro 6. Características sociodemográficas en los menores de 18 años consumidores sustancias psicotrópicas en un hospital especializado, Distrito Federal, 2013.

Variable	Total n= 146 (100%) Frecuencia / (%)
Sexo	
Hombres	90 (61.65)
Mujeres	56 (38.36)
Tipo de adolescencia	
Temprana	38 (26.03)
Tardía	108 (73.97)
Entidad de Residencia	
Distrito Federal	92 (63.01)
Estado de México	31 (21.23)
Querétaro	6 (4.11)
Otros estados	17 (11.64)
Escolaridad	
Primaria	26 (17.81)
Secundaria	84 (57.53)
Prepa/bachillerato	36 (24.66)
Ocupación	
Ninguna	61 (41.78)
Estudia	74 (50.68)
Trabaja	11 (7.53)
Días de estancia hospitalaria	23.72 +- 10.4 *
Número de reingresos	
Uno a dos	128 (87.67)
Tres a cuatro	18 (12.33)

Fuente: Registro de expedientes clínicos del HPI de PAIDEIA y Hospitalización de mujeres. Distrito Federal, 2013.
*Media y Desviación estándar

Cuadro 7. Características sociodemográficas de los padres de los menores de 18 años consumidores sustancias psicotrópicas en un hospital especializado, Distrito Federal, 2013.

Variable	Total n= 146 (100%) Frecuencia / (%)
Edad de la mamá	40*/23-71**
Escolaridad de la mamá	
Igual o menor a nueve años	115 (78.76)
Más de nueve años	31 (21.24)
Edad del papá	42*/23-77**
Escolaridad del papá	
Igual o menor a nueve años	118 (80.83)
Más de nueve años	28 (19.17)
Estado conyugal	
Unidos	38 (26.03)
No unidos	108 (73.97)
Condición socio económica	
Media	25 (17.12)
Baja	121 (82.88)
Tipo de hogar	
Nuclear	56 (38.36)
Monoparental***	47 (32.19)
Otro tipo	43 (29.45)

Fuente: Registro de expedientes clínicos del HPI de PAIDEIA y Hospitalización de mujeres. Distrito Federal, 2013.

** Rango

*** Subcategoría de tipo de hogar nuclear

Del total de la muestra (146), 95 pacientes, lo que equivale al 65.07%, tuvo como antecedente haber tenido algún tipo de conducta suicida, el mayor porcentaje se presentó en la mujeres (51) con un 53.69%, con respecto a los hombres (44) con un 46.31%. De acuerdo al tipo de conducta suicida por sustancia psicotrópica consumida, se puede observar en el cuadro 8 que las tres principales sustancias para el intento suicida fueron: consumo de alcohol con un 67.37%, cannabis con un 54.74% y disolventes volátiles con un 36.84%, para la ideación suicida fue el alcohol con un 51.58%, cannabis con un

45.26% y tabaco con un 31.58% y para planeación suicida fue el alcohol con un 10.53%, cannabis con un 9.47% y tabaco con un 7.37%.

Cuadro 8. Prevalencia del tipo de conducta suicida por sustancia psicotrópica consumida en menores de 18 años en un hospital especializado, 2013.

Sustancia psicotrópica	Tipo de conducta suicida		
	Intento	Ideación	Planeación
	Frecuencia / porcentaje		
Alcohol	64 (67.37)	49 (51.58)	10 (10.53)
Cannabis	52 (54.74)	43 (45.26)	9 (9.47)
Cocaína	16 (16.84)	16 (16.84)	3 (3.16)
Tabaco	31 (32.63)	30 (31.58)	7 (7.37)
Disolventes volátiles	35 (36.84)	27 (28.42)	5 (5.26)
Otras	12 (12.63)	10 (10.53)	1 (1.05)

Fuente: Registro de expedientes clínicos del HPI de PAIDEIA y Hospitalización de mujeres. Distrito Federal, 2013.

n= 95

El 59.59%, de los adolescentes refirieron haber consumido tres o más sustancias psicotrópicas.

La edad promedio en general para el inicio del consumo de sustancias psicotrópicas de los adolescentes fue a los 12 años de edad.

De acuerdo al tipo de método empleado durante el intento suicida de acuerdo a la CIE-10 se puede ver en el cuadro 9, que el mayor porcentaje (82.66) fue por lesiones autoinfligidas por objeto cortante, seguido de envenenamiento autoinfligido por sedantes con un 41.33% y lesiones autoinfligidas por ahorcamiento con un 21.33%.

Cuadro 9. Prevalencia del método empleado para el intento suicida de acuerdo a la CIE-10 en los menores de 18 años consumidores sustancias psicotrópicas, en un hospital especializado, Distrito Federal. 2013.

Variable	Total n= 75 (100%) Frecuencia/ (%)
Lesión autoinfligida por objeto cortante	62 (82.66)
Envenenamiento autoinfligido por sedantes	31 (41.33)
Lesión autoinfligida por ahorcamiento	16 (21.33)

Envenenamiento autoinfligido por analgésico	13 (17.33)
Envenenamiento autoinfligido por sustancias químicas	9 (12)
<u>Envenenamiento autoinfligido por plaguicidas</u>	<u>1 (1.33)</u>

Fuente: Registro de expedientes clínicos del HPI de PAIDEIA y Hospitalización de mujeres. Distrito Federal, 2013.

Factores asociados a la conducta suicida en los adolescentes consumidores de sustancias psicotrópicas

Se realizó un análisis bivariado para buscar la asociación entre la conducta suicida con cada una de las variables analíticas independientes los que resultaron ser estadísticamente significativas (valor de $p < 0.05$) se interpretan a continuación y se representan en el cuadro 10.

En el anexo XII.7 se pueden consultar los resultados de las variables independientes que no fueron estadísticamente significativas.

Los adolescentes que consumieron tres o más sustancia psicotrópicas tuvieron 2.21 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que consumieron una o dos sustancias psicotrópicas, si los adolescentes hubieran consumido menos de dos sustancias psicotrópicas se reducirían hasta en un 54.8% los casos de presentar algún tipo de conducta suicida y hasta en un 36.3% en la población de estudio.

Los adolescentes que consumieron cannabis tuvieron 3.65 veces el riesgo de presentar conducta suicida en comparación con los que no consumieron cannabis, se reducirían hasta en un 72.62% los casos de algún tipo de conducta suicida entre los que consumieron cannabis y hasta en un 20.64% de no haberse presentado el consumo de cannabis en la población de estudio.

Quienes presentaron adolescencia temprana tuvieron 3.04 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con la adolescencia tardía, si en esta población de estudio los adolescentes no hubieran estado cursando con adolescencia temprana el 21.91% de quienes presentaron adolescencia temprana no hubieran tenido

algún tipo de conducta suicida y el 67.10% no se hubiera presentado la adolescencia temprana en la población de estudio.

En relación al sexo, se puede observar que las mujeres tuvieron 10.66 veces de riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los hombres.

Los adolescentes que no tienen ninguna ocupación, tuvieron 4.72 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los adolescentes que se dedican a estudiar, si quienes no tenían ninguna ocupación se hubieran dedicado a estudiar se evitarían hasta en un 53.16% en ellos los casos de algún tipo de conducta suicida o hasta un 78.85% de eliminarse la falta de ocupación en la población de estudio.

Los adolescentes con antecedente de condición socioeconómica baja tuvieron 2.88 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los de condición socioeconómica media, si no existiera la condición socioeconómica baja entre estos adolescentes se podrían evitar hasta en un 65.30% los casos de algún tipo de conducta suicida y hasta en un 57.8% si se eliminara la condición socioeconómica baja en la población de estudio.

Los adolescentes que presentaron algún tipo de trastorno depresivo tuvieron un riesgo de 3.15 veces para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que no tuvieron depresión, si no hubiera existido la depresión en ese grupo de adolescentes, se evitarían hasta en un 68.2% los casos de algún tipo de conducta suicida en ellos y hasta en un 50.2% de no haberse presentado el trastorno depresivo en la población de estudio.

Los adolescentes que tuvieron algún tipo de trastorno de la alimentación tuvieron 4.96 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que no tuvieron ésta condición, entre quienes tuvieron los problemas relacionados con la alimentación, se evitarían hasta en un 79.8% los casos de algún tipo de conducta suicida de no haberse presentado en ellos trastornos de la alimentación y hasta en un 13.4% si no se hubieran presentado trastornos de la alimentación en la población de estudio.

Los adolescentes con antecedente de disfunción familiar tuvieron 4.39 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que no tuvieron ese antecedente, si no hubieran tenido disfunción familiar, se reducirían hasta en un 77.2% los casos de presentar algún tipo de conducta suicida entre quienes presentaron

este problema y hasta en un 73.1% de no haberse presentado la disfunción familiar en la población de estudio.

Los adolescentes que sufrieron violencia sexual tuvieron 4.66 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que no tuvieron ese antecedente, entre quienes tuvieron violencia sexual, de haberse presentado ésta, se evitarían en ellos hasta en un 78% los casos de algún tipo de conducta suicida y hasta en un 22% de no haberse presentado violencia sexual en la población de estudio.

Los adolescentes que presentaron violencia emocional tuvieron 2.75 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que no tuvieron ese antecedente, si no hubieran tenido violencia emocional, se evitarían en ellos hasta un 63.7% los casos de algún tipo de conducta suicida y hasta en un 51.6% de no haberse presentado violencia emocional en la población de estudio.

Los adolescentes que tuvieron algún tipo de trastorno relacionado con la crianza presentaron 3.28 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que no tuvieron esa condición, entre quienes tuvieron problemas relacionados con la crianza, se evitarían hasta en un 69.54% los casos de algún tipo de conducta suicida de no haber presentado estos trastornos y hasta en un 18.3% si no se hubieran presentado trastornos relacionados con la crianza en la población de estudio.

Los adolescentes con antecedentes de problemas escolares tuvieron 2.19 veces el riesgo para presentar algún tipo de conducta suicida en comparación con los que no tuvieron ese antecedente, entre quienes presentaron problemas escolares, de no haberlos presentado, se reducirían en ellos un 54.3% los casos de algún tipo de conducta suicida y hasta en un 41.2% de no haberse presentado problemas escolares en la población de estudio.

Cuadro 10. Factores de riesgo asociadas a la conducta suicida en menores de 18 años de edad consumidores de sustancias psicotrópicas en un hospital especializado, Distrito Federal, 2013.

Variable	RMP	IC 95%	FEP	FEE	p
Sustancias psicotrópicas					
Número de sustancias que consume					
Una a dos					
Tres o más	2.214	1.042,4.706	36.37	54.85	0.023
Cannabis					
No					
Si	3.65	1.250, 12.943	20.64	72.62	0.009
Sociodemográficos					
Edad					

Tardía	3.04	1.169, 8.877	67.1	0.2191	0.013
Temprana					
Sexo					
Hombre	10.66	3.732, 36.851	48.6	0.906	<0.001
Mujer					
Ocupación					
Estudia	4.72	4.059, 11.044	53.16	78.85	<0.001
Ninguna					
Condición socio económica					
Media	2.88	1.093, 7.710	0.578	0.653	0.015
Baja					
Psicológicos/ psiquiátricos					
Depresión					
No	3.15	1.449, 6.848	50.29	68.25	0.001
Si					
Trastornos de la alimentación					
No	4.96	1.081, 45.957	13.44	79.84	0.023
Si					
Familiar					
Disfunción Familiar					
No	4.39	1.256, 17.255	0.731	0.772	0.006
Si					
Violencia sexual					
No	4.66	1.472, 19.380	0.223	0.785	0.003
Si					
Violencia emocional					
No	2.75	1.200, 6.333	0.516	0.637	0.007
Si					
Problemas con la crianza					
No	3.285	1.116, 11.704	18.3	69.56	0.018
Si					
Escuela					
Problemas escolares					
No	2.191	1.057, 4.542	41.2	54.37	0.033
Si					

Fuente: Registro de expedientes clínicos del HPI de PAIDEIA y Hospitalización de mujeres. Distrito Federal, 2013.

RMP. Razón de momios de prevalencia

IC 95%. Intervalos de confianza al 95%

FEE. Fracción etiológica en expuestos

FEP. Fracción etiológica en la población

P. nivel de significancia 0.05 a 2 colas

Finalmente se realizó una regresión logística múltiple y se obtuvo la prueba de razón de verosimilitud, cuyo valor fue de 75.04, asociada con un valor de $p < 0.001$ que a su vez es menor del nivel de significancia elegido. Esto significa que las variables introducidas al modelo proporcionan una adecuada predicción de la variable dependiente.

De tal forma que el modelo que se presenta en el cuadro 11 que mejor predijo la conducta suicida asociado al consumo de sustancias psicotrópicas estuvieron explicadas por el conjunto de los factores de ser mujer, que consuma más de dos sustancias psicotrópicas y de éstas principalmente cannabis y alcohol y que además presente depresión y tenga disfunción familiar.

Cuadro 11. Análisis de regresión logística múltiple de la conducta suicida en menores de 18 años consumidores de sustancias psicotrópicas

Condición	RMP	IC 95%	P
Mujer	9.04	2.931, 27.929	<0.001
Consume más de dos sustancias psicotrópicas	6.86	2.289, 20.553	0.001
Disfunción familiar	6.48	1.232, 34.115	0.027
Consumo de cannabis	6.07	1.556, 23.620	0.009
Depresión	3.58	1.461, 8.803	0.005
Alcohol	3.02	1.035, 8.869	0.043

Fuente: Base de datos de conducta suicida asociada al consumo de sustancias psicotrópicas en menores de 18 años. Hospital Psiquiátrico Infantil, "Juan N Navarro", 2013.
RMP. Razón de momios de prevalencia
IC 95%. Intervalos de confianza al 95%
FEE. Fracción etiológica en expuestos
FEP. Fracción etiológica en la población

IX. DISCUSIÓN

De acuerdo a la última encuesta nacional de adicciones²² los adolescentes varones consumen más sustancias psicotrópicas con respecto a las mujeres, esta pudiera ser la razón por la cual se obtuvo una mayor proporción de registros en hombres con respecto a las mujeres consumidoras de sustancias psicotrópicas.

Aunque el grupo de adolescencia tardía tuvo una mayor proporción, con respecto al de adolescencia temprana, es de llamar la atención el contraste que esto representa con el nivel de escolaridad, ya que uno de los menores porcentajes que se presentó fue a nivel preparatorio/bachillerato, también es importante la relación que representa el hecho de que un gran porcentaje de los adolescentes no tuvo ninguna ocupación.

Por otro lado, aunque la menor proporción registrada de los adolescentes atendidos en este hospital de alta concentración provinieron de otros estados, nos hace suponer que aún faltan servicios de salud adecuados en la república mexicana para la atención dirigida a este tipo de pacientes.

La condición de no unidos según el estado conyugal de los padres fue la más frecuente, lo que a su vez, hace suponer la condición de vivir en un tipo de hogar nuclear y de éste, el subtipo monoparental fue el que tuvo una proporción mayor, dadas estas condiciones presentes en la mayoría de los registros, hace pensar en la susceptibilidad que presentan los adolescentes para tener conductas de riesgo en la salud²⁹⁻³³, esto debido a la poca o nula supervisión y/o atención por parte del responsable del menor, acompañada de la carencia afectiva o educación estricta que se convierte en una situación estresante para el adolescente.

Otros de los aspectos relevantes sigue siendo la condición socioeconómica baja, dado que la gran mayoría de los registros presentó ese nivel socioeconómico, la explicación podría ser la siguiente, por un lado el HPI es un hospital público³⁵ que atiende en su mayoría a población de bajos recursos y carentes de derecho habiencia y por otro lado la documentación de varios estudios de la asociación que se tiene de tener un nivel socioeconómico bajo y su relación con diferentes trastornos mentales incluyendo el consumo de sustancias psicotrópicas y conducta suicida.

Estos resultados también podrían orientarnos al por qué se presentó en los padres o tutores de los adolescentes un mayor registro del nivel de escolaridad menor a nueve

años, datos que fueron contrastantes con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía³⁷ (INEGI) en donde la media nacional en promedio fue de 8.7 para hombres y de 8.4 para las mujeres, se tiene que mencionar que para fines prácticos el promedio se redondeó tanto para hombres como para mujeres a 9 años, lo que pudiera explicar la inconsistencia en éstos resultados.

De acuerdo a la literatura y a los resultados de varios estudios, se menciona que ambos problemas de salud (consumo de sustancias psicotrópicas y conducta suicida) son de índole multicausal por lo que es difícil poder asegurar una asociación directa entre ellas¹³⁻¹⁵, ahora bien, si partimos de que nuestra población de estudio fue en los adolescentes, cuya etapa es la más vulnerable dado los múltiples cambios que la caracterizan, entonces es de suponerse que aquellos que estén en la etapa de la adolescencia temprana van a ser aún los más susceptibles, debido a que esta etapa se caracteriza por la presencia de cambios bruscos en conducta y emotividad en comparación con los que cursan la adolescencia tardía en donde ya han alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad⁴.

Con los datos ya mencionados se puede avalar la importancia que representan éstos dos problemas de salud pública, además de que más de la mitad de los adolescentes consumidores de sustancias psicotrópicas (65.07%) presentó algún tipo de conducta suicida, estos resultados se sustentan en lo reportado por Medina Mora y Borges, Ocampo o Havens y colaboradores, al plantear que el consumo de sustancias psicotrópicas podría detonar la conducta suicida ya que los consumidores tuvieron mayor riesgo en comparación con los no consumidores, y por lo tanto, esta población es considerada de riesgo³⁸⁻³⁹.

Sin embargo también es importante tener en cuenta que estas dos asociaciones (conducta suicida y consumo de sustancias psicotrópicas) podrían ser explicadas por algunas teorías, por ejemplo la teoría de la desinhibición reportada en la literatura, que presupone que la intoxicación puede incrementar el riesgo de presentar algún tipo de conducta suicida al reducir la inhibición para cometer un acto impulsivo¹³⁻¹⁵.

O bien las teorías biológicas o psicosociales que tratan de explicar las diferencias que existen entre los hombres y mujeres para presentar alguna conducta suicida, ya que llama la atención que a pesar de que en este grupo de estudio el porcentaje de hombres fue

mayor que el de mujeres, aun siguen siendo ellas las que presentan un porcentaje mayor para la conducta suicida, tal como los resultados de Borges, Bernal M, Santamarina, René Ocampo³¹ o reportes emitidos por la OMS, esto podría ser explicado por las teorías biológicas y/o psicológicas^{16,17, 40}.

O bien de acuerdo a lo referido por Burgos en relación a un análisis de una base de mortalidad, mostró que los hombres son los que tienen un mayor porcentaje de muerte por suicidio, lo que parece ser indicativo de que si bien la mujeres tienen mayor uso de servicios por intentos suicidas, cuando lo hombres lo intentan, existen mayores posibilidades de que el evento termine en muerte, por lo que es importante señalar que en el presente estudio las lesiones autoinfligidas se presentaron en mayor proporción en las mujeres, con respecto a los hombres⁴¹.

Es de llamar la atención el riesgo de presentar algún tipo de conducta suicida con base al número de sustancias que se consumen más que por el tipo de la sustancia consumida, ya que mientras Borges y colaboradores¹³ mencionaron un riesgo por RMP de 13.2 presentar conducta suicida en los adolescentes que consumieron siete o más sustancias o los resultados de Ocampo³¹ al referirse al consumo de dos o más sustancias (RMP 3.6) el presente estudio arrojó una RMP de 2.21 al consumir más de dos sustancias psicotrópicas.

De las sustancias psicotrópicas que tuvieron una asociación mayor con la conducta suicida, los resultados de Borges, Ocampo²⁹⁻³¹, Julián Moreno Parra, Cristina Larrobla o los de la OMS tan solo por mencionar algunos, incluyendo los resultados obtenidos de este estudio, se destaca el consumo de alcohol, cannabis, cocaína y solventes volátiles, cabe mencionar que los riesgos resultantes en cada uno de éstos estudios fueron diferentes, sin embargo las sustancias psicotrópicas que presentaron una asociación estadísticamente significativa fueron similares en todos ellos.

Por ejemplo en un estudio realizado por Santamarina y colaboradores¹⁵ reportaron que hasta dos tercios de las personas con dependencia del alcohol que se suicidan llegaron a presentar algún tipo de trastorno depresivo, por lo que en este sentido se plantea la posibilidad de que las sustancias adictivas pueden inducir modificaciones del estado de ánimo hacia la depresión y también hacia un estado de ánimo expansivo o irritable.

Según la Encuesta Nacional de adicciones ²², el cannabis continúa siendo la sustancia de preferencia de los adolescentes, lo cual puede explicar la asociación que resultó entre su consumo con algún tipo de conducta suicida, en este caso fue más frecuente al intento, seguido de la ideación.

Dado que la depresión se ha asociado fuertemente para la presencia de algún tipo de conducta suicida, tal como los resultados obtenidos de este estudio y los cuáles fueron coincidentes con los presentados por Agosti en un estudio de cohorte sobre el intento suicida y la dependencia a drogas en donde se obtuvo⁴² un riesgo de tres veces más la presencia de depresión en consumidores con respecto a los no consumidores, éstos resultados podría plantear la interrogante de que quizá los adolescentes podrían recurrir al consumo de alguna sustancia psicotrópica con la intención de contrarrestar estados depresivos, tal como lo planteado por Agosty, o bien los resultados planteados por Koutek y colaboradores en donde la presencia de depresión tuvo una mayor capacidad explicativa sobre la conducta suicida ⁴³⁻⁴⁴.

Debemos tener en cuenta la asociación que representan los antecedentes de violencia, como los reportados por la Encuesta Nacional 2011 sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) al referir que aquellas mujeres que experimentaron violencia emocional tuvieron un 9.8% de presentar ideación suicida y aquellas que sufrieron violencia sexual tuvieron una proporción mayor con un 26.8%, en los resultados de este estudio a pesar de que no se diferenciaron estas condiciones entre hombres y mujeres, si se obtuvieron resultados semejantes, los cuáles fueron estadísticamente significativos.

Finalmente tener en cuenta que los resultados obtenidos en este estudio no son concluyentes dado su índole multicausal, dejando el tema abierto para una investigación posterior.

X. LIMITACIONES

La falta de información en el expediente clínico limitó la posibilidad de particularizar cada variable de acuerdo a la clasificación de la CIE-10 o DSMIV.

El registro de la información clínica en el expediente no refleja la situación real del tema tratado y no existe sistematicidad en la información, dado que éste es manipulado por diferente personal del área de la salud del HPI.

No se cuentan con guías de práctica clínica para unificar los criterios, por ejemplo, no se mencionan los criterios específicos con los que cuenta el paciente para poder ser sub clasificado entre abuso o dependencia a las sustancias psicotrópicas consumidas, siendo particularmente importante debido a que el comportamiento y manejo es diferente para cada caso.

Los resultados encontrados en este estudio deben ser tomados con cautela ya que la población de estudio fue en un hospital especializado del Distrito Federal, por lo que éstos resultados no son representativos para otras poblaciones.

Por tratarse de un diseño transversal no se pudo establecer una asociación causal directa entre los consumidores de sustancias psicotrópicas con la conducta suicida.

A pesar de que este estudio abarcó un 21.24% más a lo calculado, con una confianza del 95%, los intervalos de confianza resultaron ser muy amplios, lo que se traduce en una muestra muy pequeña, por lo que sería conveniente aumentar el tamaño de la muestra en estudios subsecuentes.

XI. CONCLUSIONES

Los estudios dirigidos a los trastornos mentales en los niños y adolescentes siguen siendo escasos en nuestro país.

Los resultados obtenidos de este estudio reafirman que tanto el consumo de sustancias psicotrópicas como la conducta suicida representan un problema importante de salud pública entre los adolescentes.

La presencia de estos dos problemas de salud pública están asociados a factores multicausales presentes tanto a nivel individual como a nivel social.

El consumo de sustancias psicotrópicas representa un riesgo particularmente mayor para presentar conducta suicida, sin embargo, los factores predictores a la presencia de una conducta suicida son el ser mujer, con disfunción familiar, depresión, consumir más de dos sustancias psicotrópicas y de ellas principalmente el alcohol y cannabis.

En nuestro país es conveniente mejorar los registros de información para obtener cifras confiables que permitan evaluar la problemática en salud de éstos dos problemas que son cada vez más comunes y preocupantes en el grupo de adolescentes.

Finalmente capacitar al personal involucrado para identificar y/o derivar oportunamente cada caso al área correspondiente dada la condición de que éstas son muertes prematuras y prevenibles.

XII. ANEXOS

XII.1 Máscara de captura

DCE		MÁSCARA DE CAPTURA			
Número de Expediente <input type="text"/>					
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS					
Edad	<input type="text"/>	Entidad de Residencia	<input type="text"/>	Responsable del menor	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Estado Civil	<input type="text"/>	Días de estancia intrahospitalaria	<input type="text"/>
Escolaridad	<input type="text"/>	Ingresos Hospitalarios	<input type="text"/>	Tipo de disfunción familiar	<input type="text"/>
Ocupación	<input type="text"/>	Estado Civil de los padres	<input type="text"/>		
ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICAS					
Comorbilidades	<input type="text"/>	Violencia sexual	<input type="text"/>	Tipo de convivencia familiar	<input type="text"/>
Condición socio-económica	<input type="text"/>	Violencia emocional	<input type="text"/>	Disolución de vínculos familiares	<input type="text"/>
Violencia física	<input type="text"/>			Disolución de vínculos sociales	<input type="text"/>
FACTORES BIOLÓGICOS					
Antecedentes familiares por conducta suicida		<input type="text"/>	Consumo de sustancias psicotrópicas		<input type="text"/>
FACTORES BIOLÓGICOS					
Antecedentes familiares por conducta suicida		<input type="text"/>	Consumo de sustancias psicotrópicas		<input type="text"/>
Antecedentes familiares de enfermedades mentales		<input type="text"/>			
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS					
T. mental	<input type="text"/>	T. ingestión de alimentos	<input type="text"/>	E. autoinflingidas por objeto cortante	
T. Depresivo	<input type="text"/>	E. autoinflingidas por analgesico	<input type="text"/>		
T. del humor	<input type="text"/>	E. autoinflingidas por sedantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
T. de adaptación	<input type="text"/>	E. autoinflingidas por plaguicidas	<input type="text"/>		

XII.2 Catálogo de Variables

Catálogo de Variables de conducta suicida e intento a través del método por CIE-10 en los menores de 18 años consumidores de sustancias psicotrópicas en un hospital especializado. Distrito Federal, 2013.

Variable	Escala de medición	Tipo	Código	Operacionalización
Conducta suicida *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2:Si	Antecedente de presentar algún tipo de conducta suicida como ideación, planeación e intento
Ideación Suicida *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de haber presentado ideas relacionadas con el sentimiento de morir
Planeación suicida *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de haber planear la estrategia con el fin de morir
Intento suicida *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de haber autoprovocado daño con el fin de morir
E. autoinfligidas por analgésicos *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar consumo autoinfligido por cualquier tipo de analgésico
E. autoinfligidas por sedantes *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar consumo autoinfligido por cualquier tipo de sedante
E. autoinfligidas por plaguicidas *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar consumo autoinfligido por plaguicidas
E. autoinfligidas por sustancias químicas*	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar consumo autoinfligido por cualquier tipo de sustancia química
Lesión autoinfligida por ahorcamiento*	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar lesión autoinfligida por ahorcamiento
Lesión autoinfligida por objeto cortante*	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar lesión autoinfligida por cualquier tipo de objeto cortante
Sustancias Psicotrópicas				
Número de sustancias que consume´	Cuantitativa	Discreta	1: Una a dos, 2: más de tres	Número de sustancias psicotrópicas que consume registradas en el expediente clínico
Edad de inicio ´	Cuantitativa	Discreta	Numérica	Edad en años en que ingirió por primera vez cualquier sustancia psicotrópica
Consume alcohol´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de consumir sustancias alcohólicas
Consume cannabinoides ´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente del consumo de cualquier tipo de cannabinoide
Consume cocaína ´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente del consumo de cualquier tipo de cannabinoide
Fuma ´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente del acto de fumar exclusivamente nicotina.
Uso de disolventes volátiles ´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de usar disolventes volátiles con fines de perjudiciales a la salud
Otras sustancias psicotrópicas ´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Que incluyan opiodes, sedantes, estimulantes y alucinógenos.
Sociodemográficas de los pacientes y de los padres de los pacientes				
Edad ´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:Temprana 2: Tardía	De acuerdo a la OMS, de 10 a 14 años de edad es adolescencia temprana y de 15 a 19 años adolescencia tardía
Sexo´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: Hombre 2: Mujer	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.
Escolaridad´	Cualitativa	Ordinal	1: Primaria 2:Secundaria3:Prepa / bachillerato	Periodo de tiempo que dura la enseñanza escolar obligatoria.
Entidad de residencia ´	Cualitativa	Nominal	NA	Lugar en el cuál ha vivido durante los últimos cinco años.
Ocupación´	Cualitativa	Nominal politómica	1: Estudia 2:Trabaja 3: Estudia y trabaja	Acción o función que desempeña actualmente.
Número de reingresos	Cualitativa	Ordinal	1:Una a dos 2:tres a cuatro	Número de veces que se ha hospitalizado debido al consumo de sustancias psicotrópicas

hospitalarios´				
Días de estancia Hospitalaria´	Cuantitativa	Discreta	NA	Días que duró hospitalizado la última vez que ingreso al hospital
Responsable del menor´	Cualitativa	Nominal politómica	1: Papá 2:Mamá 3.Otro	Persona encargada del cuidado y educación del adolescente
Edad de la mamá´	Cuantitativa	Discreta	NA	Años cumplidos de la persona.
Escolaridad de la mamá´	Cualitativa	Ordinal	1:Igual o menor a 9 años 2: Más de 9 años	Años aprobados hasta el último año que cursó, en México, los de 15 años y más tienen 9 grados de escolaridad en promedio, es decir secundaria o bachillerato.
Edad del papá´	Cuantitativa	Discreta	NA	Años cumplidos de la persona.
Escolaridad del papá´	Cualitativa	Ordinal	1:Igual o menor a 9 años 2: Más de 9 años	Años aprobados hasta el último año que cursó, en México, los de 15 años y más tienen 9 grados de escolaridad en promedio, es decir secundaria o bachillerato.
Estado conyugal de los padres´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: Unidos 2:No unidos	Condición de unión o matrimonio de la población mayor de 12 años, de acuerdo con las leyes o costumbres del país.
Condición socioeconómica´	Cualitativa	Ordinal	1:Baja 2:Media	Ingreso económico que se clasifica dentro de un estatus social, con base a varios indicadores.
Tipo de hogar´	Cualitativa	Nominal politómica	1:Nuclear, 2: monoparental 3: Otro	Clasificación de los hogares en familiares y no familiares, de acuerdo con la existencia o ausencia de relaciones de parentesco entre sus integrantes y el jefe del hogar.
Factores asociados a nivel individual: Biológicos y psicológico/psiquiátricos				
AHF Conducta suicida´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedentes de familiares que han presentado algún tipo de conducta suicida
AHF de enfermedad mental´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de cualquier tipo de enfermedad mental por parte de los tutores del menor
AHF de consumo de sustancias´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de consumo de cualquier tipo de sustancias psicotrópica por parte de los tutores del adolescente.
Bullying´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Sí	Antecedente en el expediente clínico de presentar algún tipo de maltrato por parte de su entorno escolar.
Depresión´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Sí	Antecedente de presentar cualquier tipo de trastorno depresivo o recurrente adolescente registrado en el expediente
Trastorno del humor´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Sí	Antecedente de presentar trastorno del humor registrado en el expediente
Trastornos de la alimentación *	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Sí	Antecedente de presentar trastorno de ingestión de alimentos en el expediente
Trastorno por déficit de atención´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Sí	Antecedente de presentar Trastorno por déficit de atención
Trastorno disocial´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Sí	Antecedente registrado en el expediente clínico
Factores asociados a nivel social: Familiar y escuela				
Disfunción familiar´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No, 2: Sí	Antecedente de convivencia en un ambiente funcional o disfuncional, registrado en el expediente
Violencia física´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Sí	Antecedente de presentar algún tipo de violencia física, registrado en el expediente
Violencia sexual´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar algún tipo de violencia sexual, registrado en el expediente
Violencia emocional´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar algún tipo de violencia emocional, registrado en el expediente
Problemas de crianza´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de presentar cualquier tipo de problema relacionado a la crianza
Problemas con el grupo primario de apoyo´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedente de haber presentado algún tipo de pérdida (familiar, pareja, otros) en los últimos 5 años.
Problemas escolares´	Cualitativa	Nominal dicotómica	1:No 2: Si	Antecedentes en el expediente de presentar bajo rendimiento escolar y/o deserción

*Variables dependientes

**Variables independientes

XII.3 Cronograma

Cronograma de actividades

Actividad	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Redacción y revisión del protocolo	■					
Someter a comité de ética e investigación		■				
Revisión de expedientes			■			
Captura de datos			■			
Análisis de datos				■		
Entrega de resultados y revisión final				■	■	■

XII.4 Aprobación por 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/8/0114
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 28 de Enero de 2014

Dra. Silvia Patricia García Zalapa
Presente

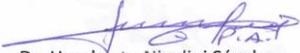
Por este medio le informamos que el proyecto de investigación titulado **“Conducta suicida asociada al consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de 10 a 18 años de edad en un Hospital Psiquiátrico Infantil, 2013”**, registrado en esta División de Investigación con la clave **O13/04/1213**, ha sido dictaminado como: **Aprobado**

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

- Entregar una copia del presente a sus tutores.
- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto, entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de **Mayo** en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como de los productos derivados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de pacientes de su investigación.
- Al concluir su tesis no olvide llenar el **informe final** en la página arriba mencionada para evitar solicitarle su informe faltante.
- Al término de su proyecto 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


Dr. Humberto Nicolini Sánchez
Presidente del Comité de Investigación

Ccp. Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo. HPIDJNN. Presente
Dr. Felipe Salvador Sánchez Cervantes. Dirección General de Epidemiología. Presente
Registro de productividad, HPIDJNN. Presente
Archivo

Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del. Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844 dora.perez@salud.gob.mx www.salud.gob.mx

XII.5 Aprobación por Comité de Ética



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales
de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

México, D.F., 21 de Marzo de 2014

Dra. Ma. Elena Marques Caraveo
Responsable de proyecto.

Por medio de la presente, doy constancia del compromiso signado ante el comité de ética para el manejo confidencial y ético, de la información contenida en los expedientes de los pacientes de esta institución, así como de toda la información derivada de los mismos; durante el desarrollo del proyecto "Conducta suicida asociada al consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de 10 a 18 años de edad en un Hospital Psiquiátrico Infantil, 2013"; en el cual participa la Dra. Silvia Patricia García Zalapa.

En consecuencia y en representación de los acuerdos del comité, extendo el visto bueno para el desarrollo de este proyecto.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación
del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

C.c.p. Archivo del comité de Ética en Investigación

Av. San Buenaventura 86 Col Belisario Domínguez Del Tlalpan C.P 14080 México DF
5573-2855 5573-4866 5573-4844 dora.perez@salud.gob.mx www.salud.gob.mx



XII.6 Carta compromiso



Carta compromiso

México, D.F. a 28 de enero de 2014

A quien corresponda:

Mediante la presente me comprometo a garantizar la protección y confidencialidad de los datos e identidad de los pacientes que participarán en el estudio de "Conducta suicida asociada al consumo de sustancias psicotrópicas en adolescentes de 10 a 18 años de edad en un Hospital Psiquiátrico Infantil, 2013.", tomando las siguientes medidas:

- El estudio no requiere capturar la identidad del paciente, por lo que no se utilizará el nombre, fecha de nacimiento, CURP, ni número de expediente de los pacientes.
- El resguardo de la base de datos quedará a cargo del investigador responsable.
- En caso de que la información se publique en artículos médicos, carteles, ponencias, medios masivos de comunicación (radio, TV), etc. se solicitará el permiso por escrito a la institución.
- Se dará el crédito al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", como dueño de la información.
- Se dará el crédito correspondiente al investigador responsable.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Dra. María Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Dr. Felipe Salvador Sánchez Cervantes 
Maestro en Investigación en servicios de Salud en la/DGAE/DGE

Dra. Silvia Patricia García Zalapa. 
Médico Residentes de la Dirección de Investigación Operativa Epidemiológica/DGAE/DGE



FRANCISCO DE P. MIRANDA 177 | EDIF. UIES. COL. LOMAS DE PLATEROS, DEL. ÁLVARO OBREGÓN, MÉXICO, DF, 01480.
TEL. 01 800 0044 800 | +52 (55) 53371844 | uies@salud.gob.mx | www.epidemiologia.salud.gob.mx | @uiesfederal

XII.7 Factores de riesgo no significativos

Factores de riesgo asociadas a la conducta suicida en menores de 18 años de edad consumidores de sustancias psicotrópicas en un hospital especializado del Distrito Federal, 2013.

Variable	RMP	IC 95%	FEP	FEE	p
Sustancias psicotrópicas					
Alcohol					
No					
Si	1.17	0.434, 3.402	2.61	14.63	0.735
Cocaína					
No					
Si	1.7	0.755, 3.814	31.4	41.43	0.155
Fuma					
No					
Si	0.72	0.345, 1.521	13.51	27.57	0.355
Disolventes Volátiles					
No					
Si	0.75	0.498, 1.144	16.6	24.49	0.364
Otras Sustancias Psicotrópicas					
No					
Si	1.08	0.399, 3.186	1.37	8.13	0.857
Sociodemográficos					
Escolaridad de la mamá					
Menor o igual a 9 años					
Mayor de 9 años	1.14	0.702, 1.859	9.09	12.5	0.241
Escolaridad del papá					
Menor o igual a 9 años					
Mayor de 9 años	0.82	0.535, 1.278	7.86	17.26	0.231
Estado conyugal de los padres					
Unidos					
No unidos	1.51	.655, 3.454	0.261	0.3407	0.280
Factores asociados a nivel individual: Biológicos y psicológicos/psiquiátricos					
AHF de conducta suicida					
No					
Si	1.69	.477, 7.613	5.19	41.13	0.377
AHF de enfermedad mental					
No					
Si	0.99	.438, 2.327	0.0414	0.01	0.991
AHF de consumo de sustancias psicotrópicas					
No					
Si	0.65	.305, 1.404	34.03	22.02	0.244
Bullying					
No					
Si	1.53	.424, 6.978	35	4.05	0.478
Trastornos del humor					
No					
Si	0.48	.159, 1.509	51.11	9.02	0.152

Trastorno por déficit de atención					
No					
Si	0.7	.299, 1.693	29.52	8.1	0.383
Trastorno disocial					
No					
Si	0.74	.315, 1.682	25.87	19.28	0.441
Factores asociados a nivel social: familia					
Violencia física					
No					
Si	1.86	.833, 4.323	18.06	46.37	0.102
Problemas con el grupo primario de apoyo					
No					
Si	0.47	.201, 1.140	52.23	16.41	0.063

Fuente: Registro de expedientes clínicos del HPI de PAIDEIA y Hospitalización de mujeres. Distrito Federal, 2013.
RMP. Razón de momios de prevalencia
IC 95%. Intervalos de confianza al 95%
FEE. Fracción etiológica en expuestos
FEP. Fracción etiológica en la población
P. nivel de significancia 0.05 a 2 colas

XII.8 Glosario

Alcohol: El alcohol etílico o etanol es un ingrediente intoxicante que se encuentra en la cerveza, el vino y el licor. Es un depresor del sistema nervioso central. La intoxicación puede dañar la función cerebral y las habilidades motoras. El alcoholismo o la dependencia del alcohol es una enfermedad que se puede diagnosticar y que se caracteriza por un deseo fuerte por el alcohol y su uso continuado a pesar de las consecuencias nocivas para la persona. El abuso del alcohol, que puede llevar al alcoholismo, es un patrón de consumo que resulta en un deterioro de la salud, de las relaciones interpersonales o de la capacidad de trabajar.

Opioides: incluye a cualquier sustancia endógena o exógena que presenta afinidad por los receptores opioides, por ejemplo la morfina y heroína. La administración continuada puede producir adicción (dependencia de opioides) que, cursa con dependencia física y síndrome de abstinencia, tolerancia, deseo irrefrenable de consumo a pesar del daño, así como el abandono de actividades personales, familiares y sociales diferentes de las relacionadas con la obtención y consumo de la sustancia.

Cannabinoides: Dentro de este grupo se encuentra la marihuana es una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta de cáñamo, *Cannabis sativa*. La principal sustancia activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa muchos de los efectos conocidos de la droga. Cuando se fuma la marihuana, el THC estimula artificialmente a los receptores de cannabinoides, alterando la función del sistema endocanabinoide. La sobreestimulación de estos receptores en áreas clave del cerebro produce el “*high*” o euforia asociada.

Sedantes o hipnóticos: Un sedante es una sustancia química que deprime el sistema nervioso central (SNC), resultando en efectos potenciadores o contradictorios entre: calma, relajación, reducción de la ansiedad, adormecimiento, reducción de la respiración, euforia, disminución del juicio crítico, y retardo de ciertos reflejos. Un sedante suele denominarse como tranquilizante, antidepresivo, ansiolítico, soporífico, pastillas para dormir, relajante, o sedante-hipnótico. A altas dosis o bajo abuso, estas drogas causan

inconsciencia o muerte. Dentro de este grupo lo más comúnmente son los antidepresivos, barbitúricos, benzodiazepinas y tranquilizantes.

Cocaína: es un estimulante sumamente adictivo que afecta directamente al sistema nervioso central. Hace que el usuario se sienta eufórico y lleno de energía, pero también aumenta la temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y ataque al corazón o al cerebro, insuficiencia respiratoria, convulsiones, dolor abdominal y náuseas.

Alucinógenos: Son drogas que causan alucinaciones, es decir, alteraciones profundas en la percepción de la realidad del usuario. Bajo la influencia de los alucinógenos, las personas ven imágenes, oyen sonidos y sienten sensaciones que parecen reales pero que no existen. Algunos alucinógenos también producen oscilaciones emocionales rápidas e intensas. Este DrugFacts aborda cuatro tipos comunes de alucinógenos. LSD, Peyote, Psilocibina (hongos) y PCP (polvo blanco cristalino que se disuelve fácilmente en agua o alcohol).

Tabaco: la nicotina es una de las drogas adictivas de mayor uso y la principal causa prevenible de enfermedades, discapacidad y muerte en los Estados Unidos. El hábito de fumar es responsable del 90% de los casos de cáncer de pulmón en este país y casi 50,000 muertes al año se pueden atribuir a la inhalación pasiva del humo. En la mayoría de los estados, los cigarrillos y el tabaco de mascar son sustancias ilegales para las personas menores de 18 años.

Disolventes volátiles: producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Los inhalantes pueden ser una variedad de productos que se encuentran comúnmente en la casa y que contienen disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos. La mayoría de los inhalantes producen una intoxicación rápida que se asemeja a la del alcohol. Si se inhalan cantidades suficientes, casi todos los disolventes y gases producen una pérdida de la sensibilidad, e incluso pérdida del conocimiento. También pueden producir efectos irreversibles tales como la pérdida de audición, espasmos en las extremidades, daño al sistema nervioso central, daño cerebral o daño a la médula ósea.

Ideación suicida: pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable.

Intento suicida: acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto que le cause autolesión o que sin la intervención de otros la determinaría.

Plan suicida: es aquella idea de que a, además de expresar sus deseos de autoeliminación, contiene el método específico, el lugar determinado y las precauciones que ha de tomar para lograr no ser descubierto y alcanzar el propósito anhelado de morir.

Suicidio consumado: la muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita de que la persona quería morir.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Salud del Adolescente Washington.1995.P.
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 199 p. México DF SSR. 1994. 34-41.
3. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaria de Salud México. En Buen Plan. Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes.
4. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia. El concepto de la adolescencia.
5. OMS, Mental Health Policy and Service Guidance Package. Child and adolescent mental health policies and plans 2005.
6. OMS. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, 2004. Ginebra.
7. Tapia Conyer R. El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones. Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades.
8. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.CIE-10.
9. DSM IV-TR. Breviario, Criterios Diagnósticos. España, 2002.
10. DSM 5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Whashington, D,C. 2013.
11. Española, R.A., Diccionario histórico de la lengua española1992, Madrid.
12. Clasificación de Columbia.
13. Borges G, Walters E, Kessler R. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. Am J Epidemiol 2000;151:781-789.
14. Bernal M, Haro JM, Bernet S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. J Affect Disord 2007;101:27-34.
15. Santamarina S, Iglesias C, Alonso M. Comportamientos suicidas y consumo de sustancias psicotropas. En: Bobes J, Sáiz P, García-Portilla M, Bascarán M, Bousoño M. Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Médica, 2004:91-95.

-
16. Young EA, Altemus M. Puberty, ovarian steroids, and stress. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1021:124-133.
 17. Hill JP, Lynch ME. The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. En: Brooks-Gunn J, Petersen A (eds). *Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives*. New York: Plenum;1983.
 18. WHO. (2009). *Suicide prevention*. Geneva: World Health Organization.
 19. Barlow y Durand 2006. *Psicología Anormal un enfoque Integral* (2da. Ed.)México:International Thomson Editores; Echeverry, Y; Aristizabal, A; Martínez, J y Montoya,G.(2010).Suicidio. Disponible en: http://www.eltiempo.com/colombia/caribe/plan-contra-el-suicidio-en-valledupar_7905932-1.
 20. UNODC (2003) *Global illicit drug trends 2003*. New York, NY, United Nations Office on Drugs and Crime.
 - 21 Gutiérrez Reyes JP, Castro-Tinoco ME, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla. OMS. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*, 2004. Ginebra.
 22. Villatoro Velázquez. JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR.Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud.
 23. Ros, M. S. (1998). *La Conducta Suicida*. Madrid, ARAN Ediciones.
 24. Shafeer D. (1988). The epidemiology of teen suicide: And examination or risk factors. *J Clin Psychiatry (Sept Suppl)*: 36-41.
 25. Borges G, y Rosovsky H. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal or Studies on Alcohol*, 57(5): 543-548.
 26. Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, Castro y Blanco. *Encuesta sobre el uso de Drogas entre la Comunidad Escolar, medición 2000. Consumo de sustancias y otros factores de los adolescentes de nivel medio y medio superior del DF. Encuesta Otoño del 2000. Salud Mental. En prensa. 2001.*

-
27. González-Forteza C, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, & Medina-Mora ME. (1998). Intento de Suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca Hidalgo, su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.
28. De Jalcazari Lara DA. Conducta suicida en niños y adolescentes conforme a egreso hospitalario en una institución especializada, Distrito Federal durante 2012: prevalencia y factores asociados. 2013. México, D.F
29. Borges G, Walters E, Kessler R. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* 2000;151:781-789.
30. Valenzuela D, Suicidio. Colombia, *Epidemiología del Suicidio. Forensis Datos para la Vida*.8, 200-233.
31. Ocampo R, Bojórquez L, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud pública de México / vol. 51, no. 4, julio-agosto de 2009*. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002368>
32. Larrobla C, Artigas P. Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas *Rev Med Urug* 2007; 23: 221-232.
33. Borges G, Rosovsky, Caballero, Gómez. Anuario Estadístico de la República Mexicana, (INEGI), realizada por (1994).
34. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México, *Salud Mental*, Vol. 32, No. 5, septiembre-octubre 2009-2009.
35. García Rodríguez E. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro. Antecedentes. Lunes 7 de Noviembre de 2011 por Elizabeth. Disponible en: http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/navarro_antecedentes.html. 19 de febrero de 2014.
36. Rebagliato M, Ruíz I, Arranz M. *Metodología de Investigación en Epidemiología*. España 1996. Edit Díaz de Santos.

-
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad.aspx?tema=P>
38. Havens RJ, Sherman GS, Sapun M, Strathdee SA. Prevalence and correlates of suicidal ideation among young injection vs. noninjection drug users. *Subst Use Misuse* 2006;41(2):245-254.
39. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia-Conyer R. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública, drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental* 2001;24(4):3-19.
40. Borges G, Medina-Mora M, Méndez E, Fleiz C. Encuesta área Metropolitana Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México.
41. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 2008, 30, 133-154.
42. Agosti V, Levin F. One-year follow up study of suicide attempters treated for drug dependence. *Am J Addictions* 2006;15:293-296
43. Koutek J, Kocourkova J, Hladikova M, Hrdlicka M. Suicidal behavior in children and adolescents: does a history of trauma predict less severe suicidal attempts? *Neuro Endocrinol Lett* 2009;30(1):99-106.
44. Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Rev Investig Psicol* 2007;10(1):91-102.