



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA
ESPECIALIDAD

**“DESCRIPCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN UNA MUESTRA DE
ADOLESCENTES DENTRO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE PEMEX”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

P R E S E N T A:

DR. LUIS ENRIQUE GÓMEZ GARCÍA

T U T O R

DRA. PATRICIA MEZA SANABRIA

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2020





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

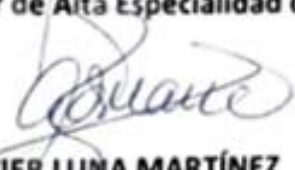
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DR. CÉSAR ALEJANDRO ARCE SALINAS
Director del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos



DR. JAVIER LUNA MARTÍNEZ
Subdirector del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

DR. JESÚS REYNA FIGUEROA
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos



DRA. XÓCHITL RAMÍREZ MACHUCA
Jefe de Pediatría del Hospital Central Sur de Alta Especialidad



DR. ISRAEL GODOY ESCOBAR
Profesor titular del Curso de Pediatría



DRA. PATRICIA MEZA SANABRIA
Tutor de Tesis



DR. JUAN CARLOS ÁLVAREZ MEJÍA
Asesor de tesis



DRA. ALIN VILLALOBOS CASTILLEJOS
Asesor metodológico

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, quienes ha sido ejemplo de valor, sacrificio y amor incondicional.

A mis abuelos, quienes con sus errores me enseñaron lo hermoso de la vida.

A Iván, Monse, Ana y Edwin, por siempre estar, por sus abrazos, por sus consejos y su amor.

A mi tutora, la Dra. Patricia Meza, su guía, su amistad y su cariño durante toda la residencia son invaluable.

A mi asesora de metodología, la Dra. Alin Villalobos, quien dedicó su valioso conocimiento para pulir este proyecto y con quien siempre estaré agradecido.

Al Dr. Juan Carlos Álvarez, quien creyó en este proyecto desde el primer día, un apasionado de la conducta humana.

Al Dr. Jorge Escorcía, un líder en el campo de la pediatría a quien respeto y admiro profundamente.

Al Dr. Jesús Reyna, por ser honesto en cada una de sus observaciones, por motivarme para dar mi mejor esfuerzo.

Al personal médico y paramédico de los Hospitales Central Norte, Central Sur, Regional de Villahermosa y Regional de Minatitlán, por haberme recibido en sus instalaciones siempre con una sonrisa.

ÍNDICE

GLOSARIO	1
RESUMEN	2
1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	4
1.1. Interpretaciones teóricas sobre el suicidio	6
1.2. Factores asociados al suicidio adolescente	11
1.3. Epidemiología del suicidio adolescente	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
3. JUSTIFICACION	21
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
5. HIPÓTESIS	22
6. OBJETIVOS	22
6.1. Objetivo general	22
6.2. Objetivo particular	22
7. METODOLOGÍA	23
7.1. Tipo de estudio	23
7.2. Universo de estudio	23
7.3. Cálculo de la muestra	23
7.4. Criterios de inclusión	24
7.5. Criterios de exclusión	24
7.6. Criterios de eliminación	24
7.7. Variables	25
7.8. Material y métodos	26
7.9. Logística	27

7.10.	Análisis estadístico.....	28
7.11.	Consideraciones éticas.....	28
8.	RESULTADOS.....	29
9.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	36
10.	CONCLUSIONES.....	38
11.	RECOMENDACIONES	38
12.	ANEXOS.....	39
12.1	Anexo 1 Escalas Psicométricas	39
12.2	Anexo 2 Consentimiento y Asentimiento Informado	41
13.	BIBLIOGRAFÍA.....	44

GLOSARIO

Suicidio: Se refiere la muerte causada por herida, envenenamiento o asfixia autoinfligida, asociado a intención manifiesta de morir.

Intento de suicidio: Tentativa de autoeliminación intencionada sin desenlace fatal.

Planeación suicida: Estructuración sobre las circunstancias (tiempo, lugar y método) con el que el sujeto cometerá el acto suicida.

Ideación suicida: Idea intrusa y recurrente acerca de quitarse la vida, sin que necesariamente se concrete.

RESUMEN

Objetivos

Describir las características actuales del riesgo suicida y los factores asociados, en una muestra de adolescentes dentro de los servicios médicos de Pemex

Material y métodos

Se aplicó vía electrónica la escala de suicidalidad de Okasha, la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y la escala APGAR familiar, a un grupo de adolescentes derechohabientes de los servicios médicos de Pemex. Se describieron algunos factores comúnmente asociados a la ideación suicida. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS, en su versión 20.

Resultados

Se estudiaron un total de 39 pacientes, 15 hombres (38%) y 24 mujeres (61.5%), con una media de edad de 15 años.

Mediante la escala de Okasha, se detectó ideación suicida en 15 % de los participantes, 83.3% fueron mujeres y 16.6% hombres; se documentó intento suicida previo en el 33% del subgrupo de ideación suicida.

Dentro de las características asociadas a la ideación suicida se encontró tener al padre de cuidador primario. La disfunción familiar y los síntomas depresivos fueron características frecuentes en nuestra muestra.

Conclusiones

El riesgo suicida asociado a ideación es un problema latente y vigente en nuestra muestra de adolescentes.

Las alteraciones en la dinámica familiar y las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes, y juegan un rol importante en la génesis de la conducta suicida.

1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el acto deliberado de quitarse la vida (1) y el riesgo suicida se define como una serie de comportamientos y pensamientos que se establecen en el individuo para buscar su propia muerte,(2) su naturaleza es dinámica y se evalúa en función de la ideación, planeación e intento. (3)

El suicidio es un fenómeno estrechamente relacionado con el momento histórico y el contexto cultural en el que se observa. Platón, en la Grecia antigua, lo consideró como un delito contra el estado, salvo determinadas circunstancias como enfermedad o comportamiento incontrolable, dado que el enfermo dejaba de ser útil hasta para sí mismo. Aristóteles, por su parte, defendió una postura más radical que la de sus maestros, y lo consideró siempre un acto cobarde, en aquella época, el sentido de la vida estaba en función de la utilidad del hombre, y los beneficios que este traía a la Polis. En el imperio romano, el acto suicida no era penalizado, siempre y cuando se cometiera en el contexto de enfermedad, amor, honor o condena. Como representantes se mencionan a Lucrecia, Catón y Nerón. Sin embargo, si se comprometían los bienes del estado, como cuando los guerreros cometían suicidio, este era penalizado. (4)

San Agustín, en el siglo 430, respaldado del sexto mandamiento, aseguraba que el suicidio no sólo era un atentado contra uno mismo, sino contra la voluntad de dios.(4)

El suicidio es un fenómeno multifactorial, donde convergen factores propios de la persona y factores ambientales. A lo largo de la historia diferentes disciplinas lo han analizado desde dos grandes enfoques, por un lado, el enfoque social, que pondera las interacciones entre el individuo y su entorno como la principal explicación al comportamiento suicida, y usa como principal herramienta la estadística. Por otro lado, el enfoque individual centra su estudio en el individuo, principalmente desde las aproximaciones de la psicología y sus diferentes escuelas, sin embargo, cada vez se ha estudiado más la influencia de las alteraciones neuroquímicas y la genética.(5)

1.1. Interpretaciones teóricas sobre el suicidio

Consideraciones filosóficas

El ser humano es la única especie consciente de su existencia, y esta característica lo orienta a buscar formas especiales de relacionarse con su entorno y tomar posesión de sus decisiones y vivencias. Es a través de su relación con el mundo que se construye a sí mismo. (6)

Desde la perspectiva existencialista, la existencia es aquello que el hombre labra todos los días, un proyecto dinámico que estará terminado hasta que el hombre muera. Es desde esta corriente de pensamiento, que el suicidio se propone como una elección potenciadora de la libertad, pues en la medida en que se niega la existencia también se afirma; la persona es, a través de construir su mundo, e incluso su muerte. (7)

Desde la fenomenología, Ortega postula que la vida individual es la única realidad radical primaria, que el yo y el mundo, el sujeto y el objeto, la conciencia y la realidad, se constituyen mutuamente como aspectos correlativos, sin la dualidad de la mente como algo interno y la conducta como algo externo. La fenomenología entiende la experiencia y la conducta como un vínculo inseparable, y el fenómeno del suicidio como el producto de situaciones radicadas y derivadas de la vida cotidiana, acotadas cultural e históricamente. (8)

El suicidio desde la sociología

Tradicionalmente, el fenómeno del suicidio se ha abordado con el enfoque de Durkheim, quien en su ensayo "Le suicide", analizó las tasas de suicidio en diferentes comunidades europeas durante la sexta década del siglo XIX. Observó que en las comunidades con alta tasa de integración entre sus miembros, como la judía o la católica, el suicidio era menor, contrario a lo que ocurría en comunidades más individualistas, como las protestantes. Observó también que las familias extensas del mediterráneo presentaban menos tasas de suicidio, comparadas con las familias nucleares de Europa del norte.(9)

Posterior a sus observaciones, postuló cuatro categorías para el suicidio: el suicidio egoísta, que deriva de la afirmación excesiva del yo, en él existe un trastorno de integración de las estructuras sociales y la colectividad. En contraparte se describe el suicidio altruista, el cual deriva de una individualización insuficiente, sucede cuando la autoridad de grupo es tan fuerte que el individuo sacrifica su vida por la comunidad. El suicidio anómico se origina en sociedades perturbadas por transformaciones repentinas, surge un fallo en los valores sociales que deriva en desorientación individual y un sentimiento de falta de significado de la vida. Por último, el suicidio fatalista, es resultado de un exceso de reglamentación, donde las pasiones son violentamente reprimidas y el futuro es incierto. (10)

Durkheim concluye que la tasa de suicidios está en proporción inversa a la fuerza de integración social, y la responsabilidad hacia un grupo es el freno a la voluntad suicida, por lo tanto, no son los individuos lo que se suicidan, sino la sociedad a través de ciertos miembros suyos. (5)

El suicidio desde la psicología

Desde el enfoque psicodinámico, Sigmund Freud afirmó que en el comportamiento suicida existe una lucha entre pulsiones o instintos contrapuestos, *eros* como instinto de vida, y *thanatos* como instinto de muerte. Dichas pulsiones generan sentimientos ambivalentes, que desatan fuertes conflictos anímicos, además intervienen sentimientos de melancolía, agresividad, ira y hostilidad, si estos sentimientos no se pueden canalizar hacia el objeto fuente, son proyectados hacia el “Yo”, con la finalidad de satisfacer el deseo de destrucción, con el triunfo final del *thanatos*. Bajo esta teoría, toda persona es potencialmente suicida bajo el instinto de muerte, y el suicidio se puede interpretar como un impulso agresivo introyectado.(10) Dentro del mismo enfoque, Menninger define tres componentes de la conducta suicida: el deseo de matar, como impulso derivado de la agresividad primaria; el deseo de ser matado, en el que intervienen sentimientos de culpa, justicia y castigo, como respuesta del “*Superyó*” frente al reconocimiento de los deseos de matar. Finalmente, el deseo de morir, como opción a la resolución de los conflictos, que puede ser consciente o inconsciente, y que está estrechamente ligado a las conductas de riesgo y actividades temerarias.

Este autor afirma que el comportamiento suicida tiene su origen en la temprana infancia, cuando la frustración de los deseos y las amenazas generan un intenso resentimiento y el impulso autodestructivo, el cual es inhibido por numerosos factores externos e internos, y en la mayoría de los casos se neutraliza y desaparece, sin embargo, en los que persiste, el Yo es tratado como objeto externo hacia el que se canaliza el deseo de matar.(5)

Por su parte, Shneimand, desde el enfoque de la fenomenología, describe las características comunes en los actos suicidas. Afirma que el propósito común del suicidio es buscar una solución, con el objetivo común de cesar la consciencia del contenido insufrible de la muerte. Las necesidades psicológicas frustradas son el estresor común en todo acto suicida, además la indefensión y la desesperanza son emociones frecuentemente presentes. La persona con comportamiento suicida presenta ambivalencia cognitiva, y percibe el escapar como una de sus primeras posibilidades ante los problemas. El suicida generalmente comunica la intención de cometer el acto, el cual está frecuentemente en relación con los patrones de afrontamiento que ha tenido durante su vida. (11)

La perspectiva biologicista del suicidio

Se ha intentado esclarecer el papel del componente genético en el comportamiento suicida, los estudios con gemelos y con hermanos criados en diferentes contextos son controversiales, concluyendo que el componente genético no es fundamental para el comportamiento suicida, estas teorías se enlazan fuertemente con las teorías neuroquímicas sobre el metabolismo de la serotonina y la noradrenalina.(12)

El enfoque psiquiátrico intenta explicar el suicidio desde dos perspectivas: por una parte, considera que es consecuencia de alguna patología mental a nivel individual y por otra una enfermedad de tipo epidémico, identificada en determinados grupos de riesgo, y presenta variables específicas recurrentes. La conducta suicida se encuentra frecuentemente asociada a trastornos como la esquizofrenia o la depresión, patologías que presentan alta carga global de la enfermedad, con el primer lugar en años de vida con discapacidad. (13)

La visión ampliada de la psiquiatría entiende al suicidio como la expresión de trastornos más complejos y pone de manifiesto que cualquier miembro de la sociedad es vulnerable a este problema. (5)

Una vez esbozadas las corrientes teóricas que han intentado analizar y explicar el suicidio, es pertinente exponer los factores asociados al mismo y algunos datos estadísticos que permitan comprender la magnitud y trascendencia del problema.

1.2. Factores asociados al suicidio adolescente

En el contexto del comportamiento suicida, existen factores asociados en diferentes dimensiones, que confieren riesgo o protección al individuo. Los factores de riesgo se encuentran vinculados con la estructuración o conformación de cierto tipo de comportamientos humanos que se manifiestan de manera voluntaria, y tienen alta probabilidad de provocar consecuencias negativas en salud.(14)

La adolescencia es una etapa de formación de la identidad en un contexto de emociones confusas y cuestionamientos diversos. Stanley Hall, describe la adolescencia como una etapa de tormentos y estrés inevitables; de sufrimiento, pasión y rebelión contra la autoridad de los adultos, impulsos antitéticos de entusiasmo prometeico, pero también de profunda melancolía.(5)

Según Freud, los cambios de conducta durante la adolescencia, como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas, y estos al mismo tiempo, se encuentran relacionados con alteraciones emocionales, especialmente de acercamiento a las emociones negativas como la depresión, la ansiedad, el desgano y la tensión.(6)(15)

Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias

Los trastornos psiquiátricos se han reportado en más del 90% de los adolescentes suicidas, siendo los más prevalentes los trastornos depresivos, trastornos de la conducta y abuso de sustancias. En este último rubro, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT), hasta el 5.1% de la población entre 10 y 19 años ha consumido tabaco y 21.7% alcohol: 42.8% hombres y 13.8% mujeres, las tres principales entidades federativas que documentan consumo de alcohol en adolescentes son Puebla, Jalisco y Ciudad de México. (16)

Sumado a los factores previamente mencionados, el presentar una personalidad depresiva, el comportamiento agresivo-compulsivo y el hecho de carecer habilidades para la resolución de problemas interpersonales, también se ha vinculado a la conducta suicida. La orientación sexual se considera como otro factor de riesgo para el comportamiento suicida, algunos estudios epidemiológicos han reportado tasas dos a seis veces mayores en jóvenes homosexuales y bisexuales.(17)

La dimensión familiar del suicidio

La historia familiar de comportamiento suicida se ha reportado como factor determinante, después de documentar que los familiares de primer grado de suicidas presentan más del doble de riesgo que la población general, incluso se ha observado un riesgo relativo incrementado once entre gemelos idénticos. (12)

En este mismo contexto, la psicopatología parental, y particularmente el trastorno depresivo y el abuso de sustancias se han asociado con incremento en la ideación e intento suicida en adolescentes, así como el divorcio o la separación de los padres y las relaciones padre-hijo disfuncionales. (18)

Eventos adversos de la vida

Los sucesos estresantes de la vida generalmente fungen como detonantes de la conducta suicida en adolescentes, y se han estudiado ampliamente para caracterizar mejor la conducta suicida.(14) Ejemplo de estos eventos son el acoso escolar, tanto en la víctima como en el perpetrador. (19)

1.3. Epidemiología del suicidio adolescente

De acuerdo con cálculos de la OMS, el suicidio se encuentra entre las 20 principales causas de defunción en todos los grupos etarios a nivel mundial. Se calcula que anualmente más de 800 mil personas se suicidan en el mundo, por cada suicidio consumado se estiman alrededor de 20 intentos.(20)

Además, el 79% de todos los suicidios se produce en países en vías de desarrollo, la región de las américas se encuentra en el cuarto lugar para el grupo de 15 a 19 años de edad.(3) La frecuencia con la que ocurren las conductas suicidas, como la ideación, la planeación y los intentos de suicidio, no son reportados en la mayoría de los países, por falta de un sistema de vigilancia.(21)

Debido a la magnitud del problema, la OMS en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han generado dos informes quinquenales sobre la mortalidad por suicidio en la región de las américas, el último realizado en el año 2014 coloca al suicidio en el lugar 36 dentro de las principales causas de muerte en la región; ocupa el lugar 21 entre los hombres y el 46 entre las mujeres.(21)

Al estratificarlo por edad, resulta como la cuarta causa principal de muerte entre las personas de 10 a 19 años, con una tasa de 4.4 por 100 mil habitantes para la subregión América del Norte, 6.7 para hombres y 1.9 para mujeres, con una razón hombre: mujer de 3.4, la más alta de la región. En el caso de América central, el caribe hispano y México, se reporta una tasa de 3.5 por 100 mil habitantes para el mismo grupo etario, 4.4 para hombres y 2.5 para mujeres, con una razón hombre: mujer de 1.7.(21)

De acuerdo al último informe sobre el suicidio de la OPS en 2014, Latinoamérica reporta tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, con algunas disparidades entre países,(22) tal es el caso de Ecuador, que reporta una tasa de 7.5 para el grupo de 10 a 14 años y 13.6, para el grupo de 15 a 24 años, a diferencia de Colombia, que reporta una tasa de 1.73 para la población de 10 a 14 años y esta se incrementa hasta 5.7 para la población de 15 a 17 años, mientras que Perú reporta 1.9 (tasas por cada 100 mil habitantes). En Cuba, durante el trienio de 2008 – 2010, el suicidio fue la tercera causa de muerte en el grupo de 10-19 años y el cuarto lugar en los grupos de 5-14 años. (23)

Sin embargo, es importante tomar estos datos con reserva, dado que en la región existen factores culturales y religiosos que pueden influir en la disminución de la notificación de los casos de suicidio. En cuanto a la letalidad, existen diferencias importantes entre sexos, pues a nivel mundial los hombres emplean métodos más violentos. Por su parte las mujeres presentan mayor número de intentos a lo largo de su ciclo vital.(22)

Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 reportan una prevalencia de intento suicida de 2.7%, en una muestra de 21 519 adolescentes, con un incremento de 1.6% respecto a la ENSANUT 2006. La mayoría de los intentos se documentaron en mujeres y se reportó una tendencia creciente en el grupo de 16 a 17 años. Los principales métodos fueron utilización de objetos punzocortantes, con el 65%, envenenamiento con narcóticos en el 26.7%, y ahorcamiento en el 5.2%; únicamente el 19% refirió atención médica o psiquiátrica derivado del evento. Para el año 2014 la tasa suicidio reportada fue de 7.9 por cada 100 mil jóvenes, con diferencias importantes entre sexos, 12.5 para hombres y 3.5 para mujeres (13).

Las entidades federativas con las tasas más altas de suicidio fueron Aguascalientes, Campeche y Chihuahua, (16.3, 14.5 y 14.0 por 100 mil habitantes, respectivamente), mientras que las más bajas se reportaron en Oaxaca (4.4), Morelos (4.3) y Guerrero (3.4). (11)

Los datos más recientes sobre el fenómeno pertenecen al Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), que reporta para 2017 una tasa nacional de suicidios de 5.2 por cada 100 mil habitantes. En el caso de los adolescentes, se reporta una tasa por debajo de la media nacional de 1.9 por cada 10 mil habitantes en el grupo de 10 a 14 años, sin embargo, esta incrementa de forma abrupta para el grupo de 15 a 19 años, el cual reporta una tasa de 7.1 por cada 100 mil habitantes. Es de destacar que en este grupo se incluye la tasa más alta para mujeres a nivel nacional (4 por cada 100 mil habitantes). (24)

Se ha estudiado la conducta suicida en el área metropolitana de la Ciudad de México, documentado la prevalencia para ideación suicida en 11.5%, 3.9% para planeación y 3.2% para intento, con incremento progresivo a partir de los 10 años, y alcanzando su punto máximo a los 15 años.(14) Dentro de los trastornos más relacionados al riesgo suicida se reportan el abuso sustancias, como alcohol, tabaco y drogas recreativas(25), con una fuerte asociación a otro tipo de conductas deletéreas como delincuencia y relaciones sexuales sin protección. (15)

Estudios sobre suicidio en la población de Petróleos Mexicanos

En los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (Pemex), existe un estudio realizado entre los años 2009 al 2012, en el Hospital Central Norte, donde se analizaron los datos de 109 adolescentes atendidos en urgencias y consulta externa por el servicio de psiquiatría, se dividieron en dos grupos, aquellos que presentaron comportamiento suicida (68%) y el resto fueron aquellos que consultaron por otra patología mental pero se detectaron pensamientos suicidas. Los principales factores psicosociales asociados al comportamiento suicida fueron el divorcio o separación de los padres, muerte de un ser querido, problemas con las relaciones paternofiliales y problemas escolares. En este último rubro, el mal desempeño escolar se reportó con una frecuencia notable, pues el 33% de los pacientes que presentaron intento suicida había interrumpido sus estudios por al menos seis meses y hasta el 22% recuraron o abandonaron un grado escolar. (26)

En México, se han utilizado diferentes instrumentos para medir la conducta suicida y sus asociaciones en algunos estudios epidemiológicos, destaca por su consistencia interna la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff 1977). Es una escala tipo Likert compuesta por 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem, y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva. Cada ítem puntúa de 0 a 3, para aquellos de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítems 4, 8, 12, 16); el rango de puntuación es de 0 a 60 puntos. El punto de corte es 27. La consistencia interna para la escala total es $\alpha=0.88$ (27)

La Escala de Suicidalidad de Okasha (Okasha, Lotaif y Sadek, 1981), también es una escala tipo Likert, autoadministrada, formada por 4 ítems, donde los tres primeros exploran la ideación suicida y el cuarto aborda el intento suicida. Las respuestas de los ítems de ideas suicidas se recogen en una escala de frecuencia de categorías que se puntúa de 0 a 3 puntos para cada ítem con las opciones: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. La sumatoria de estos tres ítems conforma el sub puntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos.(28)

La puntuación total de la escala de suicidalidad de Okasha se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida, más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos, y a mayor puntuación mayor gravedad, el punto de corte corresponde a 5 puntos, con una sensibilidad de 90% y especificidad de 79%. La consistencia interna es $\alpha=0.89$ (28)

APGAR familiar (Smilkstein1978). El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la funcionalidad familiar: adaptabilidad (*adaptability*), participación (*partnertship*), gradiente de crecimiento (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutive (*resolve*). La adaptabilidad, se refiere a la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de problemas en situaciones en las que el equilibrio familiar ha sido modificado, como en las crisis. La participación mide la cooperación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en la división del trabajo; la forma en la cual comparten los problemas y en la que se comunican para intentar resolverlos. El gradiente de crecimiento evalúa la capacidad de atravesar las etapas del ciclo vital familiar de forma madura, al permitir la individualización de los diferentes miembros de la familia. La afectividad mide las relaciones de cuidado y cariño entre los integrantes de la familia, mediante la demostración afecto, amor, pena o enojo. Finalmente, la capacidad resolutive mide la forma en la que se comparte el tiempo, la forma en la que se destinan recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Se interpreta como funcional si la puntuación es mayor a 6 y disfuncional si la puntuación es menor o igual a 6. La consistencia interna es $\alpha= 0.84$ (24)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un fenómeno trascendente, se coloca como la segunda causa más común de muerte en jóvenes, y la quinta causa de años de vida perdidos por muerte prematura en nuestra región. (18)

En México, aún nos encontramos dentro de la transición demográfica, por lo que la población adolescente sigue representando un porcentaje importante de la población. Las estadísticas nacionales muestran una tendencia creciente del comportamiento suicida conforme se avanza en esta etapa de la vida. (29)

Son pocos los trabajos que han explorado la totalidad de las etapas del comportamiento suicida, entre los más importantes por su magnitud, se encuentra la Encuesta de Salud Mental para adolescentes de 2005, la cual integró datos de 3005 adolescentes, y reportó en 11.5% la frecuencia de ideación suicida, 3.9% para planeación y 3.1% para intento. Un dato relevante de esta encuesta fue que los adolescentes que presentaron ideación tuvieron mayor probabilidad de evolucionar a planeación, y posteriormente a intento, durante el primer año del inicio de la ideación; por lo que es fundamental realizar evaluaciones regulares e intervenciones, sobre todo en adolescentes con trastornos mentales, particularmente trastornos del estado de ánimo. (30)

3. JUSTIFICACIÓN

En México, se ha reportado que la tasa promedio nacional de suicidio adolescente se incrementa conforme se avanza en esta etapa de la vida; también se ha documentado, que el primer año en el que se presenta ideación es determinante para realizar intervenciones, con la finalidad de evitar la progresión hacia planeación, intento y finalmente suicidio consumado.

En nuestro medio, no se ha descrito de forma reciente la conducta suicida y los factores asociadas a la misma, por lo que documentar el estado actual del fenómeno nos permitiría dimensionar la magnitud de las estrategias e intervenciones, con el fin de preservar la salud integral de nuestros adolescentes.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características actuales del comportamiento suicida entre los adolescentes de los servicios médicos de Pemex?

5. HIPÓTESIS

Las características del comportamiento suicida entre los adolescentes de los servicios médicos de Pemex se relacionan directamente con el riesgo de suicidio

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

1.- Describir las características actuales del comportamiento suicida en adolescentes dentro de los servicios médicos de Pemex

6.2. Objetivo particular

2.- Realizar asociación entre el riesgo suicida y los principales factores descritos para la población adolescente

7. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio

Observacional, analítico, transversal y prospectivo

7.2. Universo de estudio

Adolescentes de 12 a 17 años, derechohabientes de los servicios médicos de Pemex en el Hospital Central Norte, del 15 de Marzo al 30 de Junio del 2020.

7.3. Cálculo de la muestra

El cálculo de la muestra que se realizó fue de 66 pacientes, con un nivel de confianza de 95%.

7.4. Criterios de inclusión

- Adolescentes de 12 a 17 años de edad, derechohabientes de los servicios médicos de Pemex, en el Hospital Central Norte
- Disponer de un servicio telefónico o de video llamadas

7.5. Criterios de exclusión

- Presentar déficit cognitivo

7.6. Criterios de eliminación

- Pacientes que retiren su consentimiento o asentimiento informado
- Pacientes que no respondan la totalidad de los reactivos de los instrumentos de tamizaje

7.7. Variables

Variables independientes	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición
Edad (Cuantitativa, discreta)	Número de años cumplidos al momento del estudio	Años de vida	(1) Años
Sexo (Cualitativa, discreta)	Sexo biológico	Informado por el paciente	(1) Hombre (2) Mujer
Familia (Cualitativa, nominal)	Tipo de familia en la que se desarrolla el adolescente	Informado por el paciente	(1) Nuclear (2) Uniparental (3) Extensa (4) Reconstruida
Cuidador primario (Cualitativa, nominal)	La persona que proporciona atención, apoyo y cuidados diarios del adolescente	Informado por el paciente	(1) Madre (2) Padre (1) Hermano (2) Abuelos
Desfasamiento escolar (Cuantitativa, discreta)	Retraso escolar respecto a sus pares por edad	Informado por el paciente o el familiar responsable del paciente	(1) Sí (2) No
Antecedente de trastornos del estado de ánimo en el paciente (Cualitativa, nominal)	Ansiedad o depresión previamente diagnosticada	Informado por el paciente o el familiar responsable del paciente	(1) Sin trastorno (2) Trastornos del estado de ánimo
Antecedente de trastornos del estado de ánimo en la familia (Cualitativa, nominal)	Ansiedad o depresión previamente diagnosticada en la familia	Informado por el paciente o el familiar responsable del paciente	(1) Sin trastorno (2) Trastornos del estado de ánimo
Consumo de alcohol (Cualitativa, nominal)	Número de copas consumidas por el paciente	Criterios de Marconi	(1) Abstinente (2) Ocasional (3) Moderado (4) Excesivo (5) Patológico

Variables Dependientes	Definición Operacional	Indicador	Escala de Medición
Ideación suicida (Cualitativa, nominal)	Idea intrusa y recurrente acerca de quitarse la vida, sin que necesariamente se concrete	Escala de suicidalidad de Okasha	(1) Sí (2) No
Sintomatología depresiva (Cualitativa, nominal)	Componente cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva	Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	(3) Síntomas depresivos (4) Sin síntomas depresivos
Funcionalidad familiar (Cualitativa, nominal)	Componentes de la funcionalidad familiar	APGAR familiar	(1) Funcional (2) Disfuncional

7.8. Material y métodos

Durante el inicio del estudio se implementó la Jornada Nacional de Sana Distancia, establecida para el control de la pandemia por SARS-COV2 en nuestro país.

Por esta razón se replanteó el método de reclutamiento con la finalidad de mantener la seguridad sanitaria de nuestros derechoahabiente sin modificar la esencia de nuestra investigación. Se utilizaron los recursos electrónicos y telefónicos como medios de comunicación para evitar salir de casa.

7.9. Logística

- 1) De acuerdo con las medidas de distanciamiento social establecidas por la pandemia de SARS-COV2, el proyecto se presentó a los trabajadores del Hospital Central Norte que tienen hijos adolescentes. Una vez que tanto el padre o tutor como el adolescente aceptaron, se firmó el consentimiento y el asentimiento informado.
- 2) Posteriormente se procedió a realizar una videollamada, en la cual se recabaron las variables sociodemográficas asociadas al riesgo suicida y se aplicaron los instrumentos psicométricos siguientes: escala de suicidalidad de Okasha, CES-D y APGAR familiar, mediante una liga electrónica.
- 3) Se evaluaron los instrumentos, y se definió de acuerdo con los puntos de corte la presencia de ideación suicida (5 puntos o más en la escala de suicidalidad de Okasha), la presencia de síntomas depresivos (27 puntos o más en la escala CES-D) y datos de disfunción familiar (6 puntos o menos en la escala APGAR familiar).
- 4) Se informó vía electrónica sobre los resultados de dichos instrumentos.
- 5) Se canalizó, mediante interconsulta al servicio de paidopsiquiatría a aquellos pacientes que presentaron puntaje positivo para ideación suicida y/o datos asociados a depresión, con el fin de realizar un abordaje especializado y valorar inicio de tratamiento.

7.10. Análisis estadístico

Se describió a la muestra de forma general con base en las variables sociodemográficas, usando estadística descriptiva: medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y porcentajes para la descripción de la frecuencia de las variables cualitativas, las cuales se representaron en gráficas de barras.

Se documentó la presencia de ideación suicida, la presencia de síntomas depresivos y la presencia de disfunción familiar, y se expresó la proporción en porcentajes.

Finalmente, para medir asociación entre ideación suicida y los principales factores, se realizó la prueba de chi cuadrada mediante el paquete estadístico SPSS versión

20

7.11. Consideraciones éticas

La presente Investigación se rige de acuerdo con lo estipulado en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, requiere Consentimiento Informado y Consentimiento de Asentimiento al menor de edad.

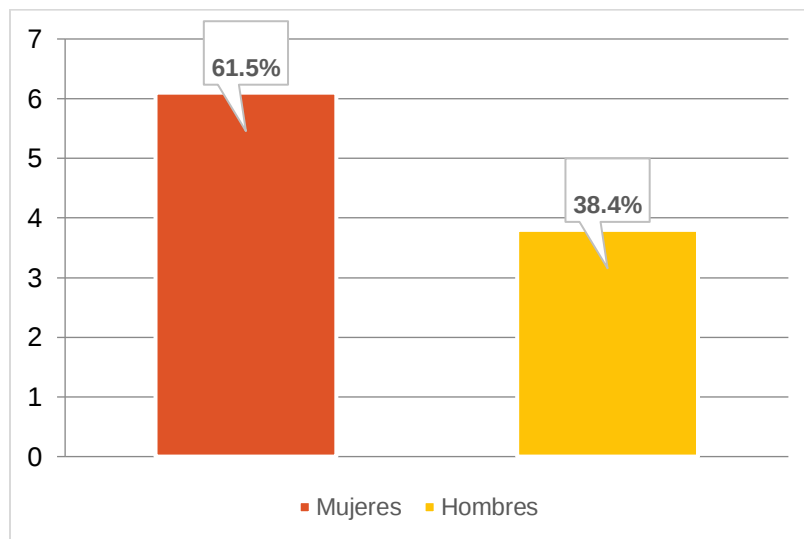
Los datos recolectados fueron usados exclusivamente para este estudio de investigación, respetando la confidencialidad de los mismos.

El siguiente estudio fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética del Hospital Central Norte de Pemex.

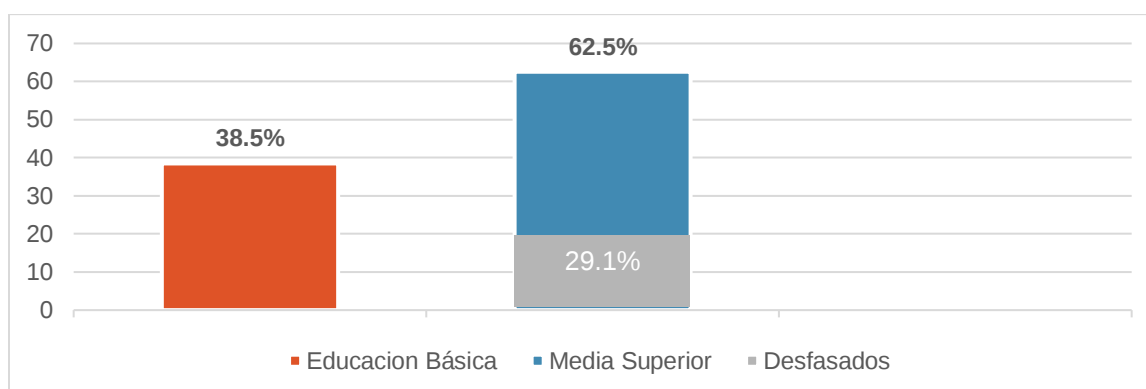
8. RESULTADOS

En el presente estudio se capturaron un total de 39 pacientes. Sin embargo, el número de la muestra tuvo que ser cambiado a conveniencia, debido al comportamiento de la pandemia por SARS-COV2.

De la muestra total, los hombres representaron el 38.4% y las mujeres el 61.5% (Gráfica 1), con un rango de edad de 12 a 17 años, y una media de 15 años. La mayoría de los participantes, pertenecían al grupo de 15 a 17 años, que corresponde a estudiantes de nivel medio superior; en 7 participantes (29.1%) de este grupo, se reportó algún grado de desfase escolar. Los estudiantes de nivel básico representaron el 38.5% del total. (Gráfica 2)



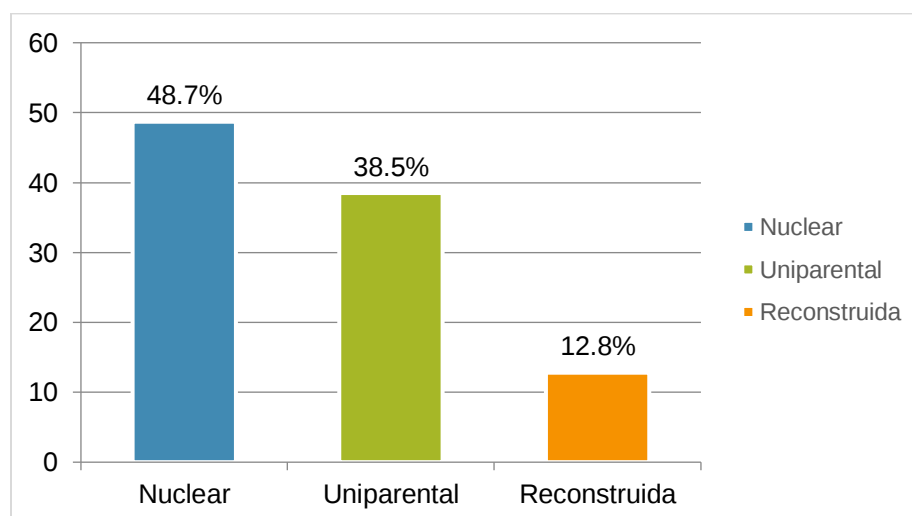
Gráfica 1. Distribución de la muestra por sexo



Gráfica 2. Distribución de la muestra por escolaridad

El 48.7 % reportó pertenecer a una familia nuclear, el 38.5% pertenecía a una familia uniparental, y finalmente el 12.8% a una familia reconstruida (Gráfica 3).

La mayor parte de los participantes reportaron como cuidador principal a la madre, con el 79.5% y en segundo lugar el padre, con 20.5%.



Gráfica 3. Distribución de la muestra por tipo de familia

Mediante la escala de Okasha, se detectó ideación suicida en el 15% de los participantes, predominó en el sexo femenino, con una edad promedio de 15 años (Tabla 1).

La mitad de estos pacientes pertenecía a una familia nuclear y la otra mitad a una familia uniparental, en el 66% de los casos el padre era el cuidador primario, este facto resultó estadísticamente significativo en el análisis univariado (RM 9.2, $p=0.002$).

La mayor parte de estos pacientes presentaba disfunción familiar 83.3% ($n=5$). Un 33% se conocían previamente con alteraciones del estado de ánimo, tales como depresión o ansiedad, y al momento del estudio el 83.3% mostró síntomas depresivos; además la mitad de ellos reportó convivencia con un al menos un familiar de primer grado con un diagnóstico similar.

La mitad de ellos consumían alcohol de forma ocasional y en ninguno de los pacientes de este subgrupo se reportó desfasamiento escolar.

Tabla 1. Ideación suicida utilizando la escala de Okasha

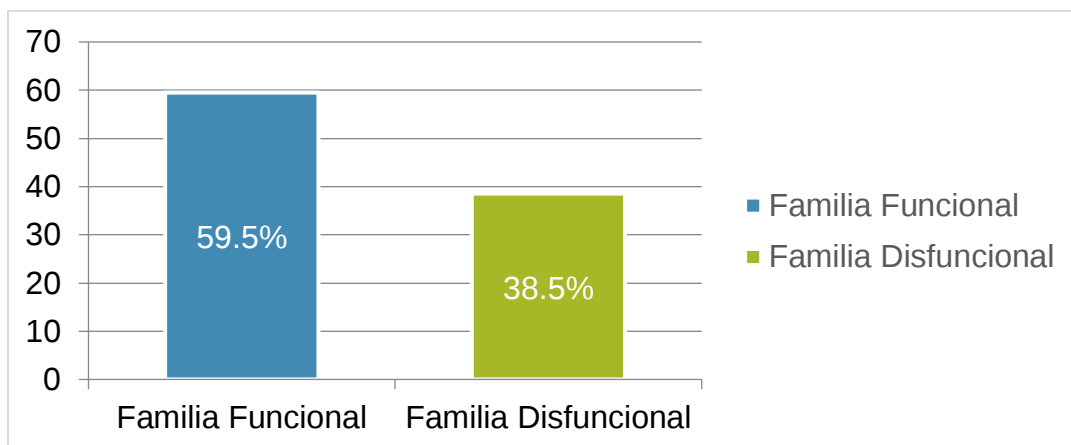
	Con ideación suicida n= 6 (15.4%)	Sin ideación suicida n= 33 (84.6%)	Total n= 39 (100%)	Valor p
Edad	15	15	15	
Sexo	Hombres: 1 (16.6%) Mujeres: 5 (83.3%)	Hombres: 14 (42.4%) Mujeres: 19 (57.6%)	Hombres: 15 (38.5%) Mujeres: 24 (61.5%)	0.233
Tipo de familia	Nuclear: 3 (50%) Uniparental: 3 (50%) Extensa: 0 (0%) Reconstruida: 0 (0%)	Nuclear: 16 (48.5%) Uniparental: 12 (36.4%) Extensa: 5 (15.2%) Reconstruida: 0 (0%)	Nuclear: 19 (48.7%) Uniparental: 15 (38.5%) Extensa: 5 (12.8%) Reconstruida: 0 (0%)	0.561
Cuidador primario	Madre: 2 (33%) Padre: 4 (66%)	Madre: 29 (87.9%) Padre: 4 (12.1%)	Madre: 31 (79.5%) Padre: 8 (20.5%)	0.002
Antecedente personal trastorno del estado de ánimo	Si: 2 (33.3%) No: 4 (66.7%)	Si: 3 (9.1%) No: 30 (90.9%)	Si: 5 (12.8%) No: 34 (87.2%)	0.102
Antecedente parental trastorno del estado de ánimo	Si: 3 (50%) No: 3 (50 %)	Si: 7 (78.8%) No: 26 (21.2%)	Si: 10 (25.6%) No: 29 (74.4%)	0.137
Consumo de alcohol	Si: 3 (50%) No: 3 (50%)	Si: 6 (18.2%) No: 27 (81.8%)	Si: 9 (23.1%) No: 30 (76.9%)	0.194
Desfasamiento escolar	Si: 0 (0%) No: 6 (100%)	Si: 7 (21.2%) No: 26 (78.8%)	Si: 7(17.9%) No: 32 (82.1%)	0.213

Edad (media), resto de las variables (porcentaje)

A través de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), se detectaron síntomas depresivos en el 18% del total de la muestra (n=7), (Tabla 2). La mayor parte fueron mujeres (71.4%), sin diferencia significativa en cuanto al tipo de familia al que pertenecían.

El cuidador principal resultó en la mayoría de los casos el padre (57.1%). Más de la mitad afirmó tener diagnóstico previo de alteraciones del estado de ánimo y consumir alcohol de forma ocasional (57.1%). El desfase escolar se presentó en el 28.6% de estos pacientes.

Mediante el puntaje en la escala APGAR familiar, se documentaron datos de disfunción familiar en el 35.8% del total de la muestra (Gráfica 4). En este subgrupo de pacientes la mitad pertenecía a una familia nuclear, y el cuidador primario era la madre, no fueron relevantes los antecedentes de psicopatología personal o parental, tampoco el consumo del alcohol o el desfase escolar (Tabla 3).



Gráfica 4. Funcionalidad familiar de acuerdo con la escala APGAR

Tabla 2. Síntomas depresivos mediante escala CES-D

	Síntomas depresivos n= 7 (18%)	Sin síntomas depresivos n= 32 (82%)	Total n= 39 (100%)	Valor p
Edad	15.1	14.9	15	
Sexo	Hombres: 2 (28.6%) Mujeres: 5 (71.4%)	Hombres: 13 (40.6%) Mujeres: 19 (59.4%)	Hombres: 15 (38.5%) Mujeres: 24 (61.5%)	0.553
Tipo de familia	Nuclear: 3 (42.9%) Uniparental: 3 (42.9%) Extensa: 0 (0%) Reconstruida: 1 (14.3%)	Nuclear: 16 (50%) Uniparental: 12 (37.5%) Extensa: 0 (0%) Reconstruida: 4 (12.5%)	Nuclear: 19 (48.7%) Uniparental: 15 (38.5%) Extensa: 0 (0%) Reconstruida: 5 (12.8%)	0.943
Cuidador primario	Madre: 3 (42.9%) Padre: 4 (57.1 %)	Madre: 28 (87.5%) Padre: 4 (12.5%)	Madre: 31 (79.5%) Padre: 8 (20.5%)	0.058
Antecedente personal trastorno del estado de ánimo	Si: 3 (42.9%) No: 4 (57.1%)	Si: 2 (6.3%) No: 30 (93.8%)	Si: 5 (12.8%) No: 34 (87.2%)	0.079
Antecedente parental trastorno del estado de ánimo	Si: 4 (57.1%) No: 3 (42.9%)	Si: 6 (18.8%) No: 26 (81.3%)	Si: 10 (25.6%) No: 29 (74.4%)	0.055
Consumo de alcohol	Si: 4 (57.1%) No: 3 (42.9%)	Si: 5 (15.6%) No: 27 (84.4%)	Si: 9 (23.1%) No: 30 (76.9%)	0.074
Desfasamiento escolar	Si: 2 (28.6%) No: 5 (71.4%)	Si: 5 (15.6%) No: 27 (84.4%)	Si: 7 (17.9%) No: 32 (82.1%)	0.419

Edad (media), resto de las variables (porcentaje)

Tabla 3. Disfunción familiar mediante escala APGAR familiar

	Familia Disfuncional n= 14 (35.8%)	Familia Funcional n= 25 (64.1%)	Total n= 39 (100%)	Valor p
Edad	15.1	14.9	15	
Sexo	Hombres: 5 (35.7%) Mujeres: 9 (64.3%)	Hombres: 10 (40%) Mujeres: 15 (60%)	Hombres: 15 (38.5%) Mujeres: 24 (61.5%)	0.792
Tipo de familia	Nuclear: 7 (50%) Uniparental: 5 (35.7%) Extensa: 0 (0%) Reconstruida: 2 (14.3%)	Nuclear: 12 (48%) Uniparental: 10 (40%) Extensa: 0 (0%) Reconstruida: 3 (12%)	Nuclear: 19 (48.7%) Uniparental: 15 (38.5%) Extensa: 0 (0%) Reconstruida: 5 (12.8%)	0.958
Cuidador primario	Madre: 8 (57.1%) Padre: 6 (42.9 %)	Madre: 23 (92%) Padre: 2 (8%)	Madre: 31 (79.5%) Padre: 8 (20.5%)	0.070
Antecedente personal trastorno del estado de ánimo	Si: 4 (28.6%) No: 10 (71.4%)	Si: 1 (4%) No: 24 (96%)	Si: 5 (12.8%) No: 34 (87.2%)	0.058
Antecedente parental trastorno del estado de ánimo	Si: 6 (42.9%) No: 8 (57.1%)	Si: 4 (16%) No: 21 (84%)	Si: 10 (25.6%) No: 29 (74.4%)	0.065
Consumo de alcohol	Si: 6 (42.9%) No: 8 (57.1%)	Si: 3 (12%) No: 22 (88%)	Si: 9 (23.1%) No: 30 (76.9%)	0.058
Desfasamiento escolar	Si: 4 (28.6%) No: 10 (71.4%)	Si: 3 (12%) No: 22 (88%)	Si: 7 (17.9%) No: 32 (82.1%)	0.196

9. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio la frecuencia de ideación suicida fue del 15% del total de la muestra, esto es semejante al 10.7% reportado previamente a nivel internacional (31) y 11.5 a nivel nacional. Es importante mencionar que ambos estudios coinciden con que el inicio del riesgo suicida se presenta cerca de los 10 años, toma fuerza alrededor de los 12 años y tiene un pico hacia los 15 años (30), que es la edad promedio de nuestra muestra y de los pacientes reportados con ideación suicida.

En una tercera parte de nuestros pacientes se reportó intento previo, comportamiento tradicionalmente asociado a mujeres, quienes presentan más número de intentos con pocos desenlaces fatales, a diferencia de los hombres, quienes lo logran con un número reducido de intentos.(22) En el abordaje del adolescente con factores de riesgo, es importante detectar conductas autolesivas no suicidas, como el “*cutting*”, quemarse o introducir objetos punzocortantes en el área subdérmica, que la mayor parte de las veces preceden a la conducta suicida propiamente dicha. (32)

La presencia de síntomas depresivos se reportó en el 18% de los pacientes de este estudio, y coincide con lo que se ha reportado previamente en diversos estudios (33), también encontramos una elevada proporción de familias disfuncionales, lo cual se ha reportado previamente en la literatura. (34) (35)

En el caso particular de México, la disfunción familiar se ha asociado a las rápidas transformaciones que ha sufrido la sociedad, las cuales han ocasionado erosiones importantes en las estructuras básicas de la misma.

Contribuyen de forma importante a la disfunción familiar la disminución de los lazos familiares extendidos, el aumento del divorcio, la inseguridad laboral y la brecha de comunicación intergeneracional. (30)

La familia es aún la principal red de apoyo social para la subsistencia, las relaciones y los vínculos emocionales, y el hecho de sufrir modificaciones en su estructura generan estrés psicosocial y lesión en los vínculos afectivos. (36)

El uso de instrumentos de tamizaje, como los usados en el presente estudio, permite detectar como médicos de primer contacto indicios de alteraciones psicoemocionales en los pacientes adolescentes, incluso existen instrumentos que se centran en la identificación de síntomas que frecuentemente son motivo de consulta, como miedo a ir a la escuela, pesadillas, lento aprendizaje, explosividad y desobediencia. (37)

El detectar de forma temprana comportamiento suicida, abre la posibilidad para realizar intervenciones a nivel personal y familiar; sin embargo, representa todavía un reto importante en nuestro sistema de salud, puesto que la disponibilidad de los servicios de salud mental dirigidos a adolescentes es aún limitada. (18)

10. CONCLUSIONES

- El riesgo suicida asociado a ideación es un problema latente y vigente en nuestra muestra de adolescentes.
- Las alteraciones en la dinámica familiar y las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes, y juegan un rol importante en la génesis de la conducta suicida

11. RECOMENDACIONES

El presente estudio contó con limitantes por la pandemia SARS-COV2, como el tamaño de muestra, y el factor del confinamiento en casa durante un periodo de cuatro meses. Sin embargo, con estos resultados, nuestras recomendaciones son las siguientes:

- Aplicar un modelo de atención integral para la salud del adolescente en la consulta de pediatría de primer contacto, que incluya de forma regular tamizaje sobre alteraciones del estado de ánimo y e ideación suicida.
- Realizar de forma habitual exploración de la funcionalidad familiar mediante la escala APGAR familiar.
- Mantener estrecha comunicación con el servicio de salud mental, con la finalidad de facilitar la referencia prioritaria e intervención oportuna de estos pacientes.

12. ANEXOS

12.1 Anexo 1 Escalas Psicométricas

CES-D

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Indique por favor, en qué medida se ha sentido así durante la semana pasada.

0 Nunca / 1 Casi nunca / 2 Con frecuencia / 3 Todo o casi todo el tiempo

	Nunca	Casi nunca	Con frecuencia	todo o casi todo el tiempo
1. Fui molestado por cosas que usualmente no me molestan				
2. No tuve apetito				
3. No pude dejar de estar triste, ni aún con la ayuda de mis familiares o amigos				
4. Me sentí tan valioso como cualquier otra persona				
5. Tuve dificultades en mantener mi atención en lo que hacía				
6. Me sentí deprimido				
7. Sentí que todo cuanto hacía me suponía un esfuerzo				
8. Me sentí esperanzado ante el futuro				
9. Pensé que mi vida ha sido un fracaso				
10. e sentí asustado				
11. Mi sueño fue intranquilo				
12. Fui feliz				
13. Hablé menos de lo habitual				
14. Me sentí solo				
15. Sentí que la gente fue hostil				
16. Disfruté de la vida				
17. Tuve crisis de llanto				
18. Me sentí triste				
19. Sentí que no agradaba a la gente				
20. No me podía poner en marcha				

Escala de suicidalidad de Okasha

Indica por favor, la frecuencia con la que se han presentado las siguientes situaciones en los últimos doce meses

Ítem	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
1.- ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?				
2.- ¿Has deseado alguna vez estar muerto?				
3.- ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				
Ítem	No	Sí, una vez	Sí, dos veces	Sí, tres o más veces
4.- ¿Has intentado suicidarte?				

APGAR familiar

Instrucciones: marque con una equis (X) la manera en que usted percibe a su familia

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

Calificación: casi nunca = 0; a veces = 1; casi siempre = 2

Tomado de: Bellón SJA, Delgado SA, Luna CJD, Lardelli CP. Validéz y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR –familiar. Aten Primaria 1996; 18(6):289-296.

12.2 Anexo 2 Consentimiento y Asentimiento Informado



PETRÓLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción del riesgo suicida en una muestra de adolescentes dentro de los servicios médicos de Pemex

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Ficha: _____

Domicilio: _____

Nombre del familiar o representante legal: _____

Ficha: _____

En Calidad de: _____

Domicilio: _____

Responsables del estudio: Dr. Luis Enrique Gómez García, Dra. Patricia Meza Sanabria, Dr. Juan Carlos Álvarez

Propósito del estudio

Se invita a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo por parte del servicio de Pediatría en adolescentes de 12 a 17 años derechohabientes de Pemex.

La realización de este estudio es importante, dado que el suicidio a nivel mundial es la segunda causa de muerte en adolescentes. La mayoría de las veces es difícil detectarlo de forma temprana, sin embargo, existen instrumentos que nos permiten conocer de forma oportuna el riesgo. El presente estudio nos permitirá tener un panorama general del riesgo suicida en la población de adolescentes dentro de los servicios médicos de Pemex. La participación de su hijo (a) es confidencial, voluntaria y no tiene costo alguno, de estar de acuerdo con la prueba se debe proceder a la firma del consentimiento informado.

Procedimientos

Para participar en el estudio únicamente se requiere que su hijo(a) o menor de edad en tutela responda vía telefónica o por videollamada un cuestionario de datos sociodemográficos y tres instrumentos psicométricos, con la finalidad de medir el riesgo suicida y los factores asociados a este. No existen riesgos durante la aplicación de los instrumentos.

Beneficios que recibirá al participar en el estudio

De detectar cualquier nivel de riesgo suicida, el(la) adolescente será canalizado(a) a los servicios de salud mental correspondientes, para una valoración más exhaustiva y de ser necesario iniciar manejo oportuno.

Participación o retiro

La participación de su hijo (a) o menor de edad en tutela es completamente voluntaria, usted puede decidir NO participar, o participar y posteriormente retirar su consentimiento en cualquier momento del estudio, sin que esto repercuta en la calidad de su atención médica, la cual se seguirá brindando con la misma calidad y calidez.

Privacidad y confidencialidad

La información que pudiera identificar a su hijo(a) (como su nombre, teléfono) y los resultados de las pruebas serán resguardadas y manejadas de forma confidencial para garantizar su privacidad y la de su hijo(a). Únicamente el equipo de investigadores y los médicos que puedan integrarse a la atención de su hijo(a) (de requerirlo) tendrán acceso a los resultados de los instrumentos aplicados.

En caso de que los resultados de este estudio sean publicados o presentados en congresos científicos, la información presentada no revelará la identidad de su hijo(a) o menor de edad en tutela.

Personal de contacto para dudas y aclaraciones sobre el estudio

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este proyecto de investigación, puede contactar con el Dr. Luis Enrique Gómez García, residente de pediatría. Teléfono (55) 5661 1433 ext. 52190. Correo: go.lenrique@gmail.com

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi consentimiento. Los datos recabados serán manejados de forma confidencial, únicamente serán usados con fines de investigación científica.

CONSENTIMIENTO

Que a mi hijo (a) o menor se le apliquen los instrumentos: **CES -D, escala de suicidalidad de Okasha, APGAR familiar.**

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad

Ciudad de México, a _____ del mes de _____ de 2020

Nombre y firma del médico

Nombre y firma del representante legal

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo

Esta sección deberá llenarse en caso de que el familiar del paciente revoque el Consentimiento

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Ficha: _____ Domicilio: _____

Nombre del familiar o representante legal: _____

Domicilio: _____

Ficha: _____ En Calidad de : _____

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el con el estudio, eximiendo de toda responsabilidad médico-legal al médico tratante y a la Institución.

Ciudad de México, a ____ del mes de _____ de 2020

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del representante legal

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo



CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Descripción del riesgo suicida en una muestra de adolescentes dentro de los servicios médicos de Pemex

Ciudad de México a _____ del mes de _____ de 2020

Somos un equipo de médicos interesados en la salud mental de jóvenes de tu edad, queremos hacerte saber que estamos en la mejor disposición de ayudarte.

El estudio al que te invitamos a participar, tiene por objetivo conocer y evaluar el riesgo para presentar conductas suicidas.

Si aceptas participar, deberás responder vía telefónica o por video llamada algunas preguntas en relación a tu estado de ánimo e ideas suicidas.

Únicamente nosotros y el servicio de salud mental (en caso de ser necesario), tendremos acceso a los resultados de las pruebas que te realizaremos.

Tus padres están enterados de las características del estudio y han firmado su consentimiento, sin embargo, es necesario que tú también estés de acuerdo, de ser así, te pedimos firmes en el siguiente espacio en blanco.

Nombre y firma del participante: _____

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Salud OMD La. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organ Mund la salud [Internet]. 2013;54. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
2. Alarcón-Vásquez Y, Bahamón MJ, Herrera AMT, González-Gutiérrez O, Rubio-Castro R, Hernández-Cervantes Q, et al. Analysis of psychometric properties of the suicide risk inventory (irisa) for Colombian adolescents. *Rev Iberoam Diagnostico y Eval Psicol*. 2019;51(2):87–98.
3. Borges G, Borges R, Mora MEM, Benjet C, Nock MK. Parental Psychopathology and Offspring Suicidality in Mexico. *Arch Suicide Res*. 2013;17(2):123–35.
4. Amador Rivera G. Suicidio: Consideraciones Históricas. *Rev Médica La Paz*. 2015;21(2):91–8.
5. Rodríguez Pulido, F., Glez de Rivera y Revuelta, J L, Gracia Marco R, Montes De Oca Hernández D. El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis (Mexico)*. 1990;11:374–80.
6. Álvarez-Valdés LG. Sartre: La Conciencia Como Libertad Infinita. *Tópicos, Rev Filos*. 2013;37(1):9.
7. David J, Vargas P. Reflexiones Del Pensamiento Existencial Ante El Suicidio. *Psicogente*. 2006;9(16):45–56.

8. Mental S, Garc J. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2018;38(134):381–400.
9. Robertson M. Books reconsidered: Emile Durkheim, *Le Suicide*. *Australas Psychiatry*. 2006;14(4):365–8.
10. Jiménez-Ornelas RA, Cardiel-Téllez L. El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles Poblac*. 2013;19(77):205–29.
11. Petti TA. The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(07):e896–e896.
12. Sarmiento Hernández EI, Flores REU, Prats MEB, Medellín BC, García AA, Muñoz SH. El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos. *Salud Ment*. 2014;37(2):97–101.
13. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016;3(2):171–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
14. Bravo Andrade HR, Orozco Solis MG, Ruvalcaba Romero NA, Colunga Rodríguez C, González MÁ. Factores sociales de riesgo y protección del suicidio adolescente. *Av en Psicol*. 2018;26(2):175–88.
15. Clave A. Teoría De Teorías Sobre La Adolescencia. *Ultim Década*. 2014;(40):11–36.

16. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2018): metodología y perspectivas. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6, nov-dic):917.
17. Del C Fernández Rodríguez M, Calle FV. En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Rev Griot [Internet]*. 2013;6(1):44–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25664146><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4318519>
18. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2009;50(4):386–95.
19. Astorga M. El Acoso Escolar Y Su Relación Con El Apoyo De Padres Y Amigos. *Int J Dev Educ Psychol.* 2013;1(1):433–40.
20. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry [Internet]*. 2005;4(2):114–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16633527><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1558881>

[al.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1414751](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1414751)

21. Reyes WG. Prevención de la conducta suicida en la APS. Vol. 18, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002. 149–154 p.
22. Cuesta-Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mex Pediatr. 2017;84(2):72–7.
23. Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D. Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:1–7.
24. INEGI. Estadísticas de mortalidad. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.
25. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Salud Ment. 2009;32(5):413–25.
26. Antiga Tinoco R, López González C, Rodríguez Guzmán JJ. Factores psicosociales de riesgo asociados a los pensamientos e intentos suicidas en tres etapas del desarrollo. 2012 (52):25–36
27. González-Forteza C, Jiménez-Tapia JA, Ramos-Lira L, Wagner FA. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Publica Mex. 2008;50(4):292–9.

28. Salvo G L, Melipillán A R, Castro S A. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2009;47(1):16–23.
29. Borges G, Orozco R, Medina-Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Publica Mex.* 2012;54(6):595–606.
30. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2008;47(1):41–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e31815896ad>
31. Voss C, Ollmann TM, Miché M, Venz J, Hoyer J, Pieper L, et al. Prevalence, Onset, and Course of Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults in Germany. *JAMA Netw open.* 2019;2(10):e1914386.
32. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PLoS One.* 2016;11(4):1–15.
33. Borges G, Orozco R, C M, Benjet C, Psicol D, Medina-mora ME, et al. Suicidio y Conductas Suicidas en México. 2010;52(4).
34. Iram Villa-Manzano A, Ángel Robles-Romero M, Armida Gutiérrez-Román E, Guadalupe Martínez-Arriaga M, Javier Valadez-Toscano F, Cabrera-Pivaral CE. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(6):643–6.

35. González-Forteza C, Berenzon-Gorn S, Tello-Granados AM, Facio-Flores D, Icaza MEMM. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica Mex.* 1998;40(5):430–7.
36. Luis Miguel S-L, Roque Quintanilla M, José Ignacio Cruz G, Teresita Morfín L, Edith Contreras P, Javier Eduardo García de AG, et al. Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2014;4(1):1446–58. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70386-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70386-2)
37. Jorge Javier Caraveo y Anduaga. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Ment* [Internet]. 2006;29(6):65–72. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n6/0185-3325-sm-29-06-65.pdf>