



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

**Sintomatología Depresiva, Impulsiva y su Asociación con la
Conducta Suicida en Adolescentes : Estudio Comparativo de
Muestras Clínica y Epidemiológica**

Tesis que para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría.

PRESENTA:

Dr. Luis Manjarrez Gutiérrez

TUTOR TEÓRICO
Dr. Héctor Senties Castellá

TUTOR METODOLÓGICO
Dr. Francisco de la Peña Olvera

México D. F.

Octubre, 2007



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.

CONTENIDO

1. RESUMEN

2. INTRODUCCION

3. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

3.2 EPIDEMIOLOGIA

3.3 PSICOPATOLOGIA EN LA ADOLESCENCIA

3.4. EL FENOMENO SUICIDA

4. JUSTIFICACION, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E HIPOTESIS

5. OBJETIVO GENERAL, OBJETIVOS ESPECIFICOS

6. MATERIAL Y METODOS

7. INSTRUMENTOS

8. ANALISIS ESTADISTICO Y RESULTADOS

9. DISCUSION

10. CONCLUSIONES

11. BIBLIOGRAFIA

12. APENDICE

RESUMEN

Este estudio toma como objeto de estudio sicopatología comúnmente encontrada en la población adolescente; de acuerdo con la literatura los principales motivos de consulta psiquiátrica en edad pediátrica son los trastornos depresivos, así como los problemas clínicos relacionados con la conducta. Al estudiarse tres grupos poblacionales con diferencias sociales así como en relación a oportunidades de atención o de información los datos obtenidos ofrecen una dimensión mas amplia de las características de la sicopatología así como de su probable papel dentro de la conducta suicida. Se encontraron poblaciones primordialmente homogéneas. Las diferencias demográficas encontradas como mayor participación del sexo femenino en la población escolar urbana podría reflejar el interés casi exclusivo por parte de este género en la detección temprana de la sicopatología; asimismo la mayor prevalencia de estudiantes que trabajan en la población rural ejemplifica la adversidad económica y social de este grupo. Un dato importante es que el 41.2% de los individuos había recibido alguna vez en la vida algún tipo de atención en salud mental y que 31.8% se encontraba en tratamiento psiquiátrico actual, esto nos habla de las necesidades percibidas de salud mental en la población adolescente y de las estrategias de búsqueda implementadas. En este estudio la prevalencia de conducta suicida fue del 21.7% a lo largo de la vida, presentándose principalmente en el grupo clínico, también se encontró una relación importante entre la ideación suicida a lo largo de la vida, los episodios autolesivos y los intentos suicidas en el grupo estudiado. Cuando se estableció la relación entre la impulsividad y la depresión con la conducta suicida observamos que en el grupo clínico donde existe mayor prevalencia de impulsividad también existió mayor prevalencia de conducta suicida. Independientemente del grupo estudiado los síntomas depresivos parecen tener una distribución e intensidad homogénea, aunque prevaleció en el grupo clínico y de manera secundaria en el grupo rural. En el grupo clínico la ideación suicida estuvo muy relacionada con los síntomas depresivos, en el grupo urbano ambos grupos sintomáticos estuvieron relacionados con la conducta suicida y en el grupo rural no se encontraron diferencias. Las autolesiones como expresión de la conducta suicida solo tuvieron una presencia importante en el grupo urbano y estuvieron relacionadas

con los síntomas depresivos y los síntomas impulsivos. Los antecedentes de ideación suicida a lo largo de la vida en relación con los síntomas impulsivos y depresivos mostraron ser factores que aumentan el riesgo para la conducta suicida cuando se compararon con los adolescentes sin los síntomas afectivos y conductuales. Asimismo la relación entre los dos grupos sintomáticos parece ser un indicador importante para el riesgo de presentar autolesiones a lo largo de la vida.

INTRODUCCION

En la génesis de la psicopatología del adolescente se pueden identificar múltiples factores interactuantes que generan complejidad y dificultad para el diagnóstico y el manejo psiquiátrico. El impacto de los diferentes tipos y grados de psicopatología puede deteriorar el proceso de inserción del adolescente en los diferentes grupos sociales y económicos, por lo tanto es menester un análisis crítico y multidimensional de las complejas interacciones en este grupo poblacional. La literatura actual ha demostrado asociación significativa entre diversos factores que rodean al adolescente y la generación o la perpetuación de la psicopatología, también se ha demostrado que la psicopatología del adolescente se manifiesta de una manera compleja, es decir diversos grupos de conductas convergen en un grupo de diagnóstico. Las correlaciones e interacciones genes-ambiente son importantes y existe un sustrato biológico para las diferencias individuales en torno al estrés psicosocial y a la adversidad, así como a los efectos de dicho estrés en el organismo. Una manifestación grave de estas conductas anómalas y erráticas es la conducta suicida, que a nivel mundial presenta desde los últimos 20 años incrementos constantes en este grupo de edad, constituyendo actualmente un problema de salud pública que necesita un estudio amplio y multidisciplinario para así logra dilucidar los

elementos interactuantes y favorecer las políticas de prevención, tratamiento e intervención social.

ANTECEDENTES

La conducta suicida en los adolescentes ha sido evaluado de manera muy frecuente (1,2,3), sin embargo la mayoría de estos estudios han sido realizados en un único subgrupo de adolescentes aquejados por esta problemática: los que han acudido a algún servicio de atención médica (4,5,6). La búsqueda de atención puede observarse previo a un intento suicida o posterior a un primer intento suicida, sin embargo la mayoría de los adolescentes que realizan algún intento suicida no entran a este escenario clínico (7,8). Algunos autores refieren que las cifras oficiales de conducta suicida subestiman en 30 a 100% las tasas reales (7,3). En Estados Unidos se estima que el 10% de los adolescentes y el 1% de los preadolescentes de la población general se ha intentado suicidar; en un estudio realizado en nuestro país, las cifras coinciden con el 10% previamente reportado (2,9).

EPIDEMIOLOGIA

La mayor parte de la población de la república mexicana está constituida por gente joven (2,3). En la actualidad el suicidio es uno de los fenómenos que se presenta en un alto porcentaje en jóvenes (7), por ejemplo, el número de suicidios registrados a nivel nacional durante 1992 entre la población de 15 a 19 años fue de 233 casos y para el grupo de 20 a 24 años fue de 289 casos, para el año de 1995 el número de casos registrados aumentó a 382 casos en el grupo de 15 a 19 años y para el grupo de 20 a 24 años se observó incremento a 576 casos. En el 2003 las muertes por suicidio en el grupo de edad de 15 a 24 años constituyeron el 26.6% del total de muertes violentas registradas en ese periodo, observándose mayor prevalencia en el sexo femenino de este grupo de edad (33.3% Vs. 23.7% en hombres) (3) ; siete de cada diez personas que intentaron el suicidio tenían entre 15 y 34 años de edad. Al comparar la edad de los suicidas sobresalió el grupo de mujeres de entre 15 y 19 años (17.7%), dos de cada 10 casos y en los hombres el

16% se ubicó entre los 20 y los 24 años. Se ha identificado la prevalencia de la ideación suicida en la población estudiantil de secundaria y bachillerato: en el D.F 47% presentó al menos un síntoma de ideación, 17% ha pensado en quitarse la vida (4,10,11).

PSICOPATOLOGIA EN LA ADOLESCENCIA

En las poblaciones de adolescentes con atención psiquiátrica la proporción de hombres y mujeres con intentos suicidas es similar, el rango de edad es de 13 a 24 años (6,11,12); los ingresos bajos y los cambios de la residencia están muy relacionados con los intentos suicidas, así como el abuso sexual en la infancia, los cuidados y las relaciones parentales deficientes. Dentro de los adolescentes el trastorno depresivo es el padecimiento mental que más se presenta, la prevalencia de la depresión a lo largo de la vida en población abierta de adolescentes de secundaria es de 4.5% para las mujeres y de 2.9 para los hombres y de la distimia de 5.3% en las mujeres y de 2.3% en los hombres. (4,13); la depresión en adolescentes de muestras clínicas es del 40% al 50% y aproximadamente un 30% de quienes se deprimen cursan con conductas suicidas.

Además de los trastornos depresivos, el uso de sustancias, los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos (7) están vinculados a la conducta suicida. Se ha establecido también a la impulsividad como un factor de mayor probabilidad para manifestar conducta suicida (14,15). El suicidio en los jóvenes es frecuentemente un acto impulsivo o desesperado donde subyace la inhabilidad del adolescente para poder confrontar las crisis crónicas o agudas (16, 17); se ha establecido que la impulsividad puede explicar los episodios de conducta suicida que no se podrían relacionar con síntomas depresivos (15), asimismo se ha encontrado que los comportamientos impulsivos y agresivos están asociados con el riesgo suicida en la depresión y que éste efecto es mas importante mientras más jóvenes sean los sujetos afectados (18, 19) .

EL FENÓMENO SUICIDA

Ante la complejidad del fenómeno suicida se ha propuesto la siguiente nomenclatura para su mejor entendimiento e investigación (20).

Suicidio: muerte por lesiones, envenenamiento o sofocación donde hay evidencia (explícita o implícita) que la lesión fue autoinflingida y que tenía la intención de provocar la muerte.

Intento suicida con lesiones: Una acción que tiene como resultado una lesión, sofocamiento o envenenamiento no fatal donde hay evidencia (implícita o explícita) que la lesión fue autoinflingida y que se intentó en algún nivel provocar la muerte.

Intento suicida: Un comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal donde hay evidencia (implícita o explícita) que se intentó en algún nivel provocar la muerte. Un intento suicida puede tener o no como resultado lesiones.

Acto suicida: Un comportamiento potencialmente autolesivo en donde hay evidencia que se intentó en algún nivel provocar la muerte. Un acto suicida puede tener como resultado la muerte, lesiones, o no provocar lesiones.

Conducta instrumental relacionada con el suicidio: Conducta potencialmente autolesiva donde hay evidencia (implícita o explícita) que: a) no se intentó lograr la muerte y b) se deseó usar la apariencia de intentar lograr la muerte para lograr obtener otro fin.

Conducta relacionada con el suicidio: Conducta potencialmente autolesiva donde hay evidencia (implícita o explícita) que: a) se intentó en algún nivel lograr la muerte y b) se deseó usar la apariencia de intentar lograr la muerte para lograr obtener otro fin. Este apartado comprende las conductas instrumentales relacionadas con el suicidio y los actos suicidas.

Amenaza suicida: Cualquier acción interpersonal verbal o no verbal, que se podría interpretar como una sugerencia o comunicación que un acto suicida o alguna otra conducta relacionada con el suicidio podría ocurrir en el futuro cercano.

Ideación suicida: Cualquier pensamiento autoreportado de realizar cualquier conducta relacionada con el suicidio.

Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia consideran la multifactorialidad en la génesis y en la manifestación de la enfermedad. El estado emocional está asociado al impacto estresante de las situaciones de conflicto cotidianas, mediatizado por características de la personalidad y el entorno social, sobre las respuestas de afrontamiento y sobre el estado emocional a corto plazo, considerando que el estado emocional depende no sólo del contenido sino también del contexto sociocultural en el cuál ocurre y se manifiesta (21). Cobra particular trascendencia este contexto en la adolescencia, ya que es una fase que involucra notables cambios fisiológicos, psicológicos e interpersonales, en la cual las relaciones familiares comparten importancia con una creciente demanda de relaciones sociales extra-familiares donde los grupos de amigos compiten y ceden en intereses con el grupo familiar de referencia. Este nuevo sistema de relaciones familiares y sociales le exige al adolescente un reacomodo de sí mismo y de los demás. Es por esto que es un reto conocer la magnitud de la problemática suicida en su justa dimensión, pues se sabe que generalmente se trata de ocultar o enmascarar el suceso y porque las estimaciones epidemiológicas tienen su base en los registros oficiales que tienen dificultad en establecer y mantener mecanismos y clasificaciones comunes y confiables para dar cuenta de los suicidios consumados y de los intentos (22)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Existe una gran cantidad de información sobre variables tanto demográficas, clínicas e inclusive neurobiológicas asociadas a la conducta suicida en adolescentes o adultos jóvenes. Pocos estudios han tratado de buscar diferencias o similitudes en cuanto a psicopatología, estresores psicosociales, marcadores biológicos de estado o rasgo entre muestras epidemiológicas y clínicas de adolescentes con conductas autodestructivas o suicidas. Este trabajo tiene como fin buscar diferencia o similitudes en tres grupos de adolescentes, dos grupos de adolescentes en población abierta y un grupo de adolescentes usuarios de la Clínica de Psiquiatría de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente M”.

¿Cuál es la asociación entre la depresión y la impulsividad con la conducta suicida en adolescentes de muestras clínicas ?

¿Cuál es la asociación entre la depresión y la impulsividad con la conducta suicida en adolescentes de muestras epidemiológicas?

JUSTIFICACION

Se ha reportado un incremento constante en la cifras de intentos suicidas y suicidios consumados en la población adolescente de nuestro país. El estudio sistemático de variables clínicas frecuentes y significativas es importante para el entendimiento de este problema clínico actual. Este estudio analiza estas conductas observadas frecuentemente en la práctica diaria y ofrece una guía clínica para la evaluación sistemática de estos grupos conductuales en adolescentes.

HIPOTESIS

Existe asociación importante de síntomas conductuales de impulsividad y de síntomas depresivos en la conducta suicida en adolescentes en universos clínicos y epidemiológicos.

OBJETIVOS

- 1. Determinar la asociación entre los síntomas depresivos y los síntomas impulsivos con la conducta suicida en población clínica y epidemiológica de adolescentes**
- 2. Comparar la sintomatología depresiva/impulsiva y la conducta suicida entre ambas muestras**

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO

- Propuesta General: comparativo
- Tipo de agentes: proceso
- Asignación de agentes: escrutinio
- Dirección temporal: transversal
- Composición de los grupos: homodémicos

UNIVERSO DE ESTUDIO

Hombres y mujeres adolescentes de 13 a 18 años. Clínico: usuarios de la clínica de la adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría, epidemiológico urbano: estudiantes de secundaria de una escuela privada del área metropolitana (Tlalpan) con una población escolar urbana con un nivel socioeconómico medio-alto a alto con padres asalariados o bien auto empleados, epidemiológico rural : (Huitzilac, Morelos) con un nivel socioeconómico bajo y con marcada adversidad psicosocial, con padres principalmente trabajadores del campo, que aceptaron responder los instrumentos de detección de conducta suicida, de valoración de la impulsividad y de diagnóstico de depresión, previa información y consentimiento informado

CRITERIOS DE INCLUSION:

Hombres y mujeres adolescentes entre 13 y 18 años , que sepan leer y escribir, que deseen participar en el proyecto de investigación previa firma del consentimiento informado y autorización por parte de padres/ tutores.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Hombres y mujeres adolescentes entre 13 y 18 años que no deseen participar en el proyecto de investigación, que se decidan retirar del proyecto, que tengan riesgo suicida alto al momento del estudio, que no sepan leer y escribir o que no cuenten con el consentimiento informado o la autorización por parte de padres/tutores.

DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO :

1. **Conducta suicida:** Definida como los planes o actividades orientadas hacia la realización de conductas autolesivas con el fin específico de provocar la muerte. Incluye también conductas autolesivas sin el fin específico de provocar la muerte.
2. **Impulsividad:** Definida como las conductas realizadas sin control o sin evaluación de las consecuencias de los eventos.
3. **Síntomas depresivos:** Definido según los criterios del DSM IV TR. En adolescentes se incluye la irritabilidad y las conductas de oposición y desafío.

INSTRUMENTOS.

Se aplicaron los siguientes instrumentos.

Valoración de la impulsividad: Escala de Impulsividad de Plutchik adaptada para adolescentes (23). Se ha definido la impulsividad como la inclinación súbita a actuar o bien una fuerza súbitamente aplicada y se ha asociado ha una gran variedad de padecimientos psiquiátricos. La escala de impulsividad de Plutchik es un instrumento que consiste en 15 reactivos contestados en una escala ordinal del 0 al 3 en la que cada número corresponde a “nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “muy frecuentemente”, a excepción de los reactivos 4, 6,11 y 15 que se califican de manera inversa; el rango de la escala está entre 0 y 31 puntos. Estos reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, todas las cuales reflejan una pérdida de control. Los reactivos se refieren a la planeación, los gastos impulsivos, la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual. La traducción al español demostró tener una consistencia interna aceptable (0.66). Se modificaron los reactivos de manera que sean dirigidos a los adolescentes del estudio. Se validó por consenso de expertos.

Valoración de depresión: Escala de Birleson (DSRS) para trastorno depresivo mayor en la adolescencia (24). Se utilizo el DSRS como prueba diagnóstica para depresión. Es una escala autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos, todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la calificación máxima 36 puntos, 10 de los 18

reactivos se califican de 0 a 2 (1,2,4,7,8,9,11,13,14,15) y 8 se califican de manera de 2 a 0 (3,5,6,10,12,16,17,18) El instrumento traducido y validado al español y utilizado como prueba diagnóstica mostró una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte fue de 14. El alfa de Cronbach fue de .85 para el grupo de población clínica, y para el grupo de población abierta el valor de alfa fue de .77. Se ha establecido que esta prueba puede ser utilizada de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la depresión en adolescentes.

Detección de conducta suicida:

Se aplicará el CIIS (cuestionario de ideación e intento suicida) a los participantes del estudio, que tiene un valor de alfa de Cronbach de 0.74, y ha logrado detectar un índice muy importante de ideación suicida en adolescentes, cuenta con 12 reactivos que cuestionan acerca de ideación, temporalidad, intentos suicidas y un ítem para responder abiertamente acerca de los motivos para el suicidio (25), asimismo indaga acerca de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.

PROCEDIMIENTO

El proyecto de investigación se sometió al escrutinio y autorización de los comités de ética y de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Posterior a ambas aprobaciones, se sometió a consideración de las autoridades escolares en los meses de agosto y septiembre de 2007 y se tuvieron sesiones de información y de psicoeducación con padres y adolescentes participantes en horario matutino y vespertino en este mismo periodo. Para el universo rural además de las sesiones de información se contó con el apoyo de un grupo de psicólogos sociales para la aplicación de los instrumentos. Se realizaron 2 sesiones con padres y 3 con ambos universos de adolescentes participantes. En estas sesiones de información se abordaron los conceptos de conducta suicida, depresión e impulsividad, se explicaron de manera clara los instrumentos a responder, también se hizo énfasis en la voluntariedad y confidencialidad de los participantes. El universo clínico se conformó de marzo a mayo de 2007 en la consulta externa de la clínica de adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Se siguió el mismo procedimiento de información, psicoeducación y autorización por parte del adolescentes y su padre o tutor. Solo se

recolectó la información que tuviera la firma de consentimiento informado del adolescente participante y de su padre o tutor. Se procedió a la calificación de instrumentos, codificación de información obtenida, análisis estadístico y por último a la integración de resultados y transcripción para la presentación del estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron medidas de tendencia central para la descripción general de la muestra. Para explorar las diferencias entre los grupos (clínicos y epidemiológicos), se emplearon pruebas de Chi cuadrada para variables categóricas y t de Student para variables continuas. Al explorar diferencias entre grupos se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) con prueba *post hoc* de Bonferroni. Asimismo, se compararon, para cada grupo, las diferencias en impulsividad y síntomas depresivos entre aquellos que reportaban algún grado de suicidabilidad y aquellos que no (ideación suicida a lo largo de la vida, intento suicida y actos autolesivos no suicidas) utilizando prueba t de Student o en el caso de muestras pequeñas la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

Además, se clasificaron a los sujetos en impulsivos si excedían en punto de corte para la escala Plutchik y depresivos si lo hacían para la escala de Birlleson (DSRS). De esta forma se integraron cuatro grupos depresivos e impulsivos, impulsivos no depresivos, depresivos no impulsivos y un grupo de sujetos no impulsivos y no depresivos. Se exploró la asociación entre las distintas medidas de suicidabilidad y estos cuatro grupos mediante un modelo de regresión logística; en éste se tomo la medida de suicidabilidad (si/no) como variable dependiente y los grupos como variable independiente categórica (quedando el grupo de no impulsivos y no depresivos como valor de referencia), obteniéndose razones de momios (RM y sus correspondientes intervalos de confianza de 95% (IC95%). Para todas las pruebas se estableció el nivel de significancia estadística en una de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Características demográficas

La muestra consistió en un total de 85 adolescentes de secundaria y bachillerato, de estos 33 (38.5%) pertenecieron al grupo clínico, 22 (25.9%) al grupo epidemiológico urbano y 30 (35.3%) al grupo epidemiológico rural. Las características demográficas de la muestra se resumen en la **tabla 1**.

Tabla 1. Características demográficas

Variable	N (rango)	% (Promedio)
Sexo femenino	44	51.8
Edad	(13-18)	(15.06)
Escolaridad		
Secundaria	58	68.2
Bachillerato	25	29.4
No estudia	2	2.4
Tipo de escuela		
Pública	50	58.8
Privada	28	32.9
Abierta	7	8.2
Estado civil		
Soltero	84	98.8
Casado/unión libre	1	1.2
Familia		
Ambos padres	55	64.7
Sólo madre	23	27.1
Sólo padre	5	5.9
Otro familiar	2	2.4
Hermanos	79	92.9
Actividad		
Solo trabaja	7	8.2
Solo estudia	64	75.3
Estudia y trabaja	10	11.8
Sin actividades	4	4.7
Tratamiento a lo largo de la vida	35	41.2
Tratamiento psicológico actual	15	17.6
Tratamiento psiquiátrico actual	27	31.8
Episodios convulsivos	4	4.7
Consumo de sustancias	26	30.6
Tabaco	20	23.5
Marihuana	10	11.8
Cocaína	4	4.7
Otras sustancias	0	0

Encontramos que se trató de una muestra homogénea en cuanto a sexo (51.8% de mujeres). La edad promedio se encontró en los 15.06 años, teniéndose un rango de entre 13 y 18 años con una distribución compacta (desviación estándar de 1.27 años). La mayoría de los sujetos se encontraban estudiando la secundaria (68.2%) y solo 2.4% no estudiaba. Solo un sujeto de la muestra total se encontraba casado o en unión libre (1.2%). La estructura familiar observada en la muestra total indicó que en su mayoría los sujetos vivían en hogar con ambos padres (64.7%), seguido de aquellos de hogares con solo la madre en ellos (27.1%) y pocos de ellos vivían sea con únicamente el padre o con otro familiar (5.9 y 2.4% respectivamente). La gran mayoría de los sujetos contaban con al menos un hermano (92.9%). El 75.3% de la muestra total solo estudiaba, mientras que 11.8% de la muestra total estudiaba y trabajaba. Por otra parte se encontró que 8.2% sólo trabajaba y 4.7% se encontraba sin actividad. Al analizar las diferencias entre estas variables demográficas y los grupos de estudio (clínico, rural y urbano) solo se encontraron diferencias en sexo, la presencia de hermanos y las actividades laborales reportadas (**tabla 2**). En el grupo urbano se encontró un fuerte predominio del sexo femenino (80% versus 33.3% y 50%), mientras que en el grupo rural el total de la muestra (100%) reportaba la presencia de al menos un hermano. En la muestra urbana se encontró que ninguno de ellos trabajaba y estudiaba. En cuanto a edad se encontró una diferencia significativa entre grupos ($F = 4.78$ $p = 0.10$) encontrándose esta diferencia entre el grupo clínico y el rural (Bonferroni $p = 0.007$).

Tabla 2. Diferencias demográficas entre grupos

Variable	Clínico	Grupo Urbano	Rural	P
Sexo femenino ^a	33.3%	81.8%	50%	0.002
Hermanos ^b	93.9	81.8	100%	0.03
Actividad ^b				
Estudia	66.7	100%	66.7%	
Trabaja	12.1	0	0	
Estudia y trabaja	9.1	0	23.3%	0.008
Sin actividades	12.1	0	0	

^a *Chi cuadrada*

^b *Prueba exacta de Fisher*

Variables clínicas

En la muestra total se reportó que un 41.2% de los individuos contaban con el antecedente de algún tratamiento de salud mental, siendo que 31.8% de ellos se encontraba en tratamiento psiquiátrico actual y 17.6% en tratamiento psicológico actual (16.5% en ambos). Del total de la muestra únicamente 4.7% de los sujetos reportaron el antecedente de un episodio convulsivo.

Se reportó que el 30.6% de los sujetos de la muestra total consumían algún tipo de sustancia psicoactiva distinta al alcohol. Siendo la más prevalente el tabaco (23.5%), seguido de la marihuana (11.8%) y de la cocaína (4.7%). De los que reportaron consumo de sustancias se encontró que 8.3% de ellos consumían más de una sustancia.

En cuanto a las variables de suicidabilidad se encontró que el 27.1% de la muestra total había reportado en algún momento de su vida ideas suicidas, mientras que el 1.2% reportaba ideación suicida actual. En aquellos que reportaron ideación suicida a lo largo de la vida 52.2% de ellos refirieron tenerla hace más de 6 meses y 32.7% en el último mes. El 60.9% de los sujetos con ideación suicida a lo largo de la vida, mencionaron que sus ideas suicidas eran leves, 21.7% las describieron como moderadas y 17.4% como severas. Por otra parte, el 78.3% de los sujetos con antecedentes de ideas suicidas refirieron que estas ideas eran esporádicas y solo 8.7% de ellos las refirió como diarias. Los pacientes que reportaban ideación suicida, la mitad tenían tratamiento psiquiátrico actual (52.2%) y un cuarto de ellos tratamiento psicológico actual (26.1%).

Por otra parte, 9.4% de la muestra total tenía antecedente de al menos un intento suicida a lo largo de la vida y 22.4% de la muestra tenía antecedentes de autolesiones no suicidas a lo largo de la vida. En los pacientes con intento suicida se encontró que el 100% de ellos contaba con antecedente de ideación suicida a lo largo de la vida, de estos 62.5% de ellos habían tenido ideación suicida en los últimos 6 meses y el 75% de ellos se encontraba en tratamiento psiquiátrico actual y solo 37.5% en tratamiento psicológico. En lo que refiere a las autolesiones no suicidas se encontró que 63.2% de los sujetos con reporte de autolesiones habían

cursado con ideación suicida a lo largo de la vida y 21.4% tenían antecedentes de intentos suicidas.

En la muestra total no se encontraron diferencias significativas en ideación suicida, intentos suicida y autolesiones en cuanto a sexo ($p = 0.96$, $p = 0.91$ y $p = 0.54$ respectivamente) y consumo de sustancias ($p = 0.58$, $p = 0.24$ y $p = 0.91$). Asimismo no se encontraron diferencias de edad en cuanto a ideación suicida (14.52 años versus 14.83 años $p = 0.32$), intento suicida (14.57 años versus 14.88 años $p = 0.52$) y autolesiones a lo largo de la vida (14.65 años versus 14.42 años $p = 0.49$).

Impulsividad y síntomas depresivos

Se encontró que el promedio de impulsividad en la escala de Plutchik para toda la muestra fue de 15.20 desviación estándar 5.92 y para depresión según DSRS 10.99 con desviación estándar de 3.99. Se detectó una diferencia significativa de impulsividad entre los grupos ($F = 10.89$ $p < 0.001$) siendo mayor para el grupo clínico en comparación del urbano y rural (Bonferroni $p < 0.001$ para ambos). No se encontró una diferencia significativa entre grupos para síntomas depresivos del DSRS ($F = 4.59$ $p = 0.284$). De la muestra total el 51.8% de los individuos puntuaron por arriba del corte en impulsividad y el 24.7% de síntomas depresivos. El 78.8% de la muestra clínica tuvo puntajes por arriba del corte para depresión versus el 27.3% para la muestra urbana y 40% para la muestra rural (Chi cuadrada = 16.6 $p < 0.001$). No se encontraron diferencias entre grupos para individuos por arriba del punto de corte para síntomas depresivos (Chi cuadrada = 0.55 $p = 0.76$). Se detectó que en el total de la muestra 42.4% de los individuos se encontraban por debajo del punto de corte tanto para depresión como para impulsividad, 5.9% se encontraban por arriba del punto de corte para impulsividad pero no para depresión (impulsivos-no deprimidos), 32.9% se encontraban por arriba del punto de corte para depresión pero no para impulsividad (no impulsivos- deprimidos) y 18.8% se encontraban por arriba del punto de corte para impulsividad y depresión (impulsivos-depresivos). Se encontró diferencias significativas para grupo en cuanto a clasificación impulsivo-deprimido (Prueba exacta de Fisher = 21.18 $p = 0.02$).

Grupos de estudio, impulsividad, síntomas depresivos y conductas suicidas

La **tabla 3** resume las diferencias entre aquellos que reportaban ideación suicida a lo largo de la vida entre grupos. Se encontró que el grupo clínico no hubo diferencias significativas para impulsividad siendo mayor la puntuación para el grupo con ideación suicida ($p = 0.34$) pero sí para síntomas depresivos ($p = 0.006$). Para el grupo urbano hubo diferencias tanto para impulsividad ($p = 0.009$) como para síntomas depresivos ($p = 0.002$), siendo mayores las puntuaciones para el grupo con ideación suicida. En el grupo rural no se observaron diferencias en impulsividad y síntomas depresivos ($p = 0.19$ y $p = 0.57$ respectivamente).

Tabla 3. Relación entre ideación suicida con puntuación de síntomas depresivos y de impulsividad

Escala	Clínico		Grupo Urbano				Rural		
	Ideación suicida ^a		Valor	Ideación suicida ^a		Valor	Ideación suicida ^a		Valor
	SI	NO	p ^b	SI	NO	p ^c	SI	NO	p
Plutchik	19.64	17.79	0.34	20.6	10.47	0.009	16	12.84	0.139
DSRS	13	10.16	0.006	15.20	9.18	0.002	13.5	10.5	0.576

^a Puntuación promedio

^b Prueba *t* de Student

^c *U* de Mann-Whitney

En la **tabla 4** se presentan las diferencias en puntuaciones de impulsividad y depresión entre aquellos con intentos suicidas y aquellos sin intentos suicidas. No se calcularon diferencias por grupos ya que el 100% de los individuos con antecedente de intento suicida se encontraron en el grupo clínico. Se observó que no existieron diferencias para impulsividad y depresión ($p = 0.726$ y $p = 0.08$).

Tabla 4. Relación entre intento suicida con puntuaciones de síntomas depresivos y de impulsividad en la muestra clínica

	Intento suicida ^a		Diferencia	Valor p ^a
	SI	NO		
Plutchik	13	10.84	2.16	0.726
DSRS	19.6	18.24	1.38	0.089

^a Puntuación promedio

^b U de Mann-Whitney

En cuanto a autolesiones a lo largo de la vida (**tabla 5**) se encontró que hubo diferencias en impulsividad y síntomas depresivos solo para el grupo urbano ($p = 0.027$ y $p = 0.005$ respectivamente).

Tabla 5. Relación entre autolesiones no suicidas con puntuación de síntomas depresivos y de impulsividad

	Clínico			Grupo Urbano			Rural		
	Ideación suicida ^a		Valor p ^b	Ideación suicida ^a		Valor p ^c	Ideación suicida ^a		Valor p
	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
Plutchik	19.00	18.36	0.475	17.83	10.88	0.027	15.00	13.14	0.460
DSRS	11.91	11.09	0.759	14.33	9.13	0.005	9.50	11.00	0.662

^a Puntuación promedio

^b Prueba t de Student

^c U de Mann-Whitney

La **tabla 6** resume los hallazgos en cuanto a ideación suicida y actos de autolesiones no suicidas en cuanto a los grupos por arriba de los puntajes para depresión e impulsividad. Se encontró que en el total de la muestra el tener antecedente de ideación suicida a lo largo de la vida fue casi 20 veces mayor en el grupo de impulsivos y depresivos comparado con los no depresivos y no impulsivos. Asimismo, se encontró una asociación 5 veces mayor para ideación suicida a lo largo de la vida en el grupo impulsivo y depresivo comparado con el grupo deprimido no impulsivo. No se detectaron diferencias en la asociación de ideación suicida a lo largo de la vida entre los grupos impulsivo y depresivo y el impulsivo no deprimido. Por su parte el grupo impulsivo y deprimido tuvo un asociación casi 7 veces mayor para autolesiones no suicidas a lo largo de la vida que el grupo no deprimido y no

impulsivo. Por el tamaño de la muestra no se calcularon estos estimados para intentos suicidas.

Tabla 6. Asociación entre impulsividad/depresión y conducta suicidas.

	Ideación suicida a lo largo de la vida		Autolesiones no suicidas a lo largo de la vida	
	RM	IC 95%	RM	IC 95%
Impulsivos y depresivos versus no deprimidos y no impulsivos	18.18	3.9-83.3	6.6	1.4-31.28
Impulsivos y depresivos versus impulsivos no deprimidos	1.11	0.2-8.7	0.9	0.11-7.03
Impulsivos y depresivos versus deprimidos no impulsivos	4.97	1.3-18.8	1.5	0.4-5.5

RM: razón de momios

IC: intervalo de confianza

p<.05

DISCUSION

Este estudio toma como objeto de estudio sicopatología comúnmente encontrada en la población adolescente; de acuerdo con la literatura los principales motivos de consulta psiquiátrica en edad pediátrica son los trastornos depresivos, así como los problemas clínicos relacionados con la conducta. Al estudiarse tres grupos poblacionales con diferencias sociales así como en relación a oportunidades de atención o de información los datos obtenidos ofrecen una dimensión mas amplia de las características de la sicopatología así como de su probable papel dentro de la conducta suicida. Se encontraron poblaciones primordialmente homogéneas. Las diferencias demográficas encontradas como mayor participación del sexo femenino en la población escolar urbana podría reflejar el interés casi exclusivo por parte de este género en la detección temprana de la sicopatología; asimismo la mayor prevalencia de estudiantes que trabajan en la población rural ejemplifica la adversidad económica y social de este grupo. Un dato importante es que el 41.2% de los individuos había recibido alguna vez en la vida algún tipo de atención en salud mental y que 31.8% se encontraba en tratamiento psiquiátrico actual, esto nos habla de las necesidades percibidas de salud mental en la población adolescente y de las

estrategias de búsqueda implementadas. La prevalencia de adolescentes con uso de sustancias es importante, sin embargo en las poblaciones estudiadas esta variable no tuvo una relación importante con la conducta suicida. En algunos otros estudios se han encontrado prevalencias hasta del 11% de conducta suicida en poblaciones de adolescentes, en este estudio la prevalencia fue del 21.7% a lo largo de la vida, presentándose principalmente en el grupo clínico, pudiéndose considerar esta cifra como un indicador de la gravedad de la psicopatología del adolescente atendido en el área clínica, también se encontró una relación importante entre la ideación suicida a lo largo de la vida, los episodios autolesivos y los intentos suicidas en el grupo estudiado. Cuando se estableció la relación entre la impulsividad y la depresión con la conducta suicida observamos que en el grupo clínico donde existe mayor prevalencia de impulsividad también existió mayor prevalencia de conducta suicida. Independientemente del grupo estudiado los síntomas depresivos parecen tener una distribución e intensidad homogénea, aunque prevaleció en el grupo clínico y de manera secundaria en el grupo rural. En el grupo clínico la ideación suicida estuvo muy relacionada con los síntomas depresivos, en el grupo urbano ambos grupos sintomáticos estuvieron relacionados con la conducta suicida y en el grupo rural no se encontraron diferencias. Las autolesiones como expresión de la conducta suicida solo tuvieron una presencia importante en el grupo urbano y estuvieron relacionadas con los síntomas depresivos y los síntomas impulsivos. Los antecedentes de ideación suicida a lo largo de la vida en relación con los síntomas impulsivos y depresivos mostraron ser factores que aumentan el riesgo para la conducta suicida cuando se compararon con los adolescentes sin los síntomas afectivos y conductuales. Asimismo la relación entre los dos grupos sintomáticos parece ser un indicador importante para el riesgo de presentar autolesiones a lo largo de la vida. Los datos obtenidos están en relación a lo conocido en la literatura actual en relación a la conducta suicida, donde se han estudiado la conducta suicida a lo largo de la vida, su relación con estresores sociales, el grado y tipo de psicopatología. Sin embargo la impulsividad como grupo sintomático favorecedor de la conducta suicida no está bien estudiada. Estos resultados aportan al conocimiento clínico diferentes aspectos de importancia: la relación estrecha entre síntomas impulsivos y depresivos con la ideación suicida y las autolesiones no suicidas, la posible participación de los síntomas depresivos como factor de riesgo para la conducta suicida y el papel de los

sintomas impulsivos como facilitador de esta conducta, los convierte en factores clínicos obligatorios para evaluación y tratamiento. Asimismo nos presenta que a pesar de las diferentes prevalencias de síntomas depresivos la intensidad de los síntomas es similar en los grupos estudiados. Ya es conocido y estudiado que los adolescentes que acuden a consulta con algún profesional de salud mental tiende a presentar psicopatología mas grave y diferentes comorbilidades. Esta asociación de síntomas con la conducta suicida puede compartir sustratos neurobiológicos, sociales y de aspectos individuales según las expectativas del propio adolescente. Una limitante importante de este estudio fue la participación de los sujetos. Se sugiere para estudios posteriores aumentar el número de participantes. Otra limitante son los pocos instrumentos validados en español para la detección de la conducta suicida y de la impulsividad en adolescentes, los instrumentos empleados en este estudio mostraron una adecuada viabilidad para la detección en grupos epidemiológicos y clínicos. Estos hallazgos podría profundizarse si a la evaluación clínica se sumara la evaluación mas profunda de la familia, antecedentes familiares de psicopatología, tipos de crianza, relaciones con pares, además de marcadores genéticos conocidos, así como evaluación neuropsicologica longitudinal. La suma de todas estas variables podría ampliar el panorama clínico y de investigación acerca de las múltiples relaciones existentes para favorecer la conducta suicida en esta población tan vulnerable.

CONCLUSIONES

La información obtenida nos muestra una clara relación entre los síntomas depresivos, impulsivos y la conducta suicida. Los datos muestra que cuando se asocian estas variables clínicas el riesgo para la conducta suicida aumenta, y se podría considerar que son los síntomas depresivos los principales favorecedores de este tipo de conducta. Estos datos amplían la información acerca de las variables clínicas que debe ser consideradas al momento de la evaluación psiquiátrica del adolescente. También proporciona evidencia para favorecer la detección sistemática en poblaciones epidemiológicas de estas variables clínicas para que de esta manera se puedan implantar estrategias de prevención temprana y tratamiento oportuno y de esta manera impactar en la prevalencia de la conducta suicida en nuestro país.

Agradecimientos

A los adolescentes participantes en este estudio, la confianza depositada para contestar estos instrumentos clínicos así como las preguntas y opiniones vertidas nos ayudaran para impactar en la conducta suicida en adolescentes como ustedes. Asimismo agradecemos a Dr. Senties, Dr. De la Peña, Dr. Palacios, Dr. Patiño por el entusiasmo y las sugerencias para la realización de este estudio. También a la Dra. Caballero por el apoyo.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Bosque, J. **Suicidio en la adolescencia.** *Psiquis* 2002 , 11(5):107-110
2. González-Forteza, C et al. **Al borde de la muerte: problemática suicida en adolescentes.** *Salud Mental*, número especial. 1999
3. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. **Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios.** *Serie boletín de estadísticas continuas ,demográficas y sociales.* 2005
4. González-Forteza, C et al. **Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas.** *Salud Mental* 19. suplemento 1996.
5. González-Macip S. **Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México.** *Salud Mental* 2000; 23: 21-30
6. King, R et al. **Psychosocial and Risk Behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001, 40: 7,837-846
7. Hawton, K. *The international handbook of suicide and attempted suicide.* Wiley. 2000
8. González-Forteza, C et al. **Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos.** *Acta psiquiátrica y psicológica América Latina* 2002 48:4,74-84
9. González-Forteza, C et al. **Estresores cotidianos, malestar depresivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos.** *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina* 1994,40:2,156-163
10. González-Forteza, C. **Aspectos psicosociales del suicidio en adolescentes mexicanos.** *Psicopatología.* 1995;15:157-161

11. González-Forteza, C et al. **Prevalencia de intento suicida en adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000.** *Salud Mental* 2002; 25(6): 1-12
12. Marttunen, M. et al. **Mental disorders in adolescent suicide.** *Archives of General Psychiatry* 1991; 48 :834-839
13. Shaw, D. et al. **Suicide in children and adolescents. A 10-year retrospective review.** *American Journal of Forensic Medicine and Pathology.* 2005; 26: 309-315
14. Buéla-Casal G et al. **Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo.** *Salud Mental.* 2001;3: 17-23
15. Ross, S. Heath, N. **Two models of adolescent self-mutilation.** *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2003; 33(3): 277-287
16. Simon, T et al. **Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters.** *Suicide and Life Threatening Behavior.* 2001; 32 (suppl): 49-59
17. Wagner, K et al. **Cognitive factors related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescents.** *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 2017-2021
18. Dumais, A et al. **Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behavior in men.** *American Journal of Psychiatry* 2005, 102:2116-2124
19. Sanislow, C et al. **Correlates of suicide risk in juvenile detainees and adolescent inpatients.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2003; 42(2):234-240.
20. O'Carroll et al. **Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology.** *Suicide and life threatening behavior* 1996; 26: 237-252
21. Beautrais, A. **Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study.** *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 1093-1099.
22. Goldston, D. **Assessment of suicidal behavior and risk among children and adolescents.** 2000. *Technical report submitted to NIMH*
23. Páez F et al. **Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik.** *Salud Mental* 1996 *supl.* 19: 10-12
24. De la Peña et al. **Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia.** *Salud Mental* 1996 *supl* 17-23

25. Martínez, M P. **Detección de conductas suicidas y factores de riesgo asociados en adolescentes atendidos en el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.** *Tesis de Especialidad en Psiquiatría.* 2003

APENDICE

INSTRUMENTOS CLINIMETRICOS APLICADOS EN LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Sintomatología Depresiva e Impulsiva en Adolescentes con Conducta Suicida: Estudio Comparativo de Muestras Clínica y Epidemiológica.
Investigación de la Clínica de Adolescencia
Instituto Nacional de Psiquiatría RFM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES

El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de síntomas de depresión, de impulsividad y de ideas o intentos suicidas en adolescentes de 13 a 17 años. En los últimos años se ha observado un incremento significativo en la presentación de estos síntomas. Los síntomas de depresión son muy variables y pueden llegar a ser tan intensos que generan en los adolescentes ideas graves como autolesionarse o bien intentar algo en contra de la propia integridad y cuando se combinan con impulsividad puede ser muy peligroso puesto que esta idea puede llegar a ser difícil de controlar. Para poder evaluar esto en los adolescentes en general le pediremos a muchachos y muchachas como tú que contesten tres escalas para medir estos síntomas: depresión, impulsividad y suicidalidad. El llenado de estas escalas es breve y no tardarás más de 10 minutos. En caso de que sientas de que algo de lo que contestes te está pasando pláticalo con tus papás o maestros y acude al Instituto Nacional de Psiquiatría al área de preconsulta o urgencias donde se te podrá orientar y ayudar. Tu ayuda es muy importante. La información que recabemos servirá para entender más este problema y para poder ayudar a más jóvenes. Los datos que nos proporciones o bien la información que se obtenga de tus respuestas será mantenida en absoluta confidencialidad.

En caso de que surja alguna duda, puedes comunicarte o bien escribir un correo electrónico a: Dr. Luis Manjarrez Gutiérrez Tel. 56552811 Ext. 534. clínica de la Adolescencia. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. email: drluismg@gmail.com o luismguca@yahoo.com.mx

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

Nombre:

Firma:

Nombre del padre o tutor:

Firma:

Testigo/ Nombre:

Firma

Sintomatología Depresiva e Impulsiva en Adolescentes con Conducta Suicida: Estudio Comparativo de Muestras Clínica y Epidemiológica.
Investigación de la Clínica de Adolescencia
Instituto Nacional de Psiquiatría RFM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O TUTORES

El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de síntomas de depresión, de impulsividad y de ideas o intentos suicidas en adolescentes de 13 a 17 años. En los últimos años se ha observado un incremento significativo en la presentación de estos síntomas. Los síntomas de depresión son muy variables y pueden llegar a ser tan intensos que generan en los adolescentes ideas graves como autolesionarse o bien intentar algo en contra de la propia integridad y cuando se combinan con impulsividad puede ser muy peligroso puesto que esta idea puede llegar a ser difícil de controlar. Para poder evaluar esto en los adolescentes en general se les solicitará que contesten tres escalas para medir estos síntomas: depresión, impulsividad y suicidalidad. El llenado de estas escalas es breve y no tardará más de 10 minutos. Se presentarán los resultados globales a los participantes y a los padres o tutores con el fin de promover estrategias de prevención o tratamiento si este fuera el caso. Los datos que se proporcionen o bien la información que se obtenga de las respuestas será mantenida en absoluta confidencialidad, sin embargo se podrá acceder a la información individual en una sesión con el adolescente participante y sus padres o tutores previa solicitud de ambas partes.

La información que se recabe servirá para entender más este problema y para poder ayudar a más jóvenes. No existirá ninguna repercusión académica en caso de no participar en este estudio. En caso de que surja alguna duda, se puede comunicar o bien escribir un correo electrónico a: Dr. Luis Manjarrez Gutiérrez Tel. 56552811 Ext. 534. clínica de la Adolescencia. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. email: drluismg@gmail.com o luismguca@yahoo.com.mx.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

Nombre del padre o tutor:

Firma:

TESTIGO:

Nombre:

Firma:

Nombre

Firma:

Por favor llena los espacios con la información que se te solicita o bien señala lo que corresponda a tus características.

Nombre: _____ **Edad:** _____ años
Numero de expediente (si es el caso): _____ **Fecha** _____

Sexo: masculino () femenino ()

Estudios: secundaria () preparatoria(bachillerato) ()

Año escolar: _____

Tu escuela es: pública () privada ()

¿ Haz repetido años? Si () No () ¿ cuáles? _____

Estado civil: soltero () casado () divorciado () unión libre ()

Vives con: ambos padres () solo con madre () solo con padre () con otro familiar(especifica)_____

Tienes hermanos: si () no () cuantos _____

Actividad principal: solo trabajas () solo estudias () estudia y trabajas () no tienes actividades ()

Consumes: Alcohol si () no ()
Tabaco si () no ()
Marihuana si () no ()
Cocaína si () no ()
Otra droga si () no () especifica _____

¿ Has tenido tratamiento psicológico o psiquiátrico alguna vez en tu vida? Si () No ()

¿ Alguna vez haz convulsionado? Si () No () .

¿ Recibes actualmente algún medicamento psiquiátrico? Si () No ()

Tu madre trabaja? Si () No () Tu padre trabaja? Si () No ()

Especifica a que se dedican _____

Estas preguntas describen algunas conductas que tienen los adolescentes. Lee cada pregunta con cuidado y decide que tanto los has presentado: nunca, a veces , a menudo, casi siempre. Marca con una cruz (X) el que mejor te describa. Por favor responde lo mas honestamente posible estas preguntas. No hay respuestas buenas o malas. Por favor responde todos. Gracias.

	nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1.¿Te resulta difícil esperar en una cola?				
2.¿ Haces cosas impulsivamente?				
3.¿ Gastas dinero impulsivamente?				
4.¿ Planeas cosas con anticipación?				
5.¿ Pierdes la paciencia a menudo?				
6.¿ Te resulta fácil concentrarte?				

7.¿ Te resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
8.¿ Dices lo primero que te viene a la cabeza?				
9.¿ Acostumbras a comer aunque no tengas hambre?				
10.¿ Eres impulsivo/a?				
11.¿ Terminas las cosas que empiezas?				
12.¿ Te resulta difícil controlar tus emociones?				
13.¿ Te distraes fácilmente?				
14.¿ Te resulta difícil quedarte quieto?				
15.¿ Eres cuidadoso o cauteloso?				

Por favor responde honestamente estas preguntas. No dejes ningún espacio en blanco. No hay respuestas buenas o malas. Gracias

1. ¿Has pensado alguna vez en quitarte la vida?

Si _____

No _____

2. ¿ Has pensado como ? (Puedes señalar mas de una opción)

- | | | |
|----------------------|--------|--------|
| a) tomando pastillas | Si () | No () |
| b) cortándome | Si () | No () |
| c) ahorcándome | Si () | No () |
| d) Arma de fuego | Si () | No () |
| e) Aventándome | Si () | No () |
| f) Otras formas | Si() | No () |

3. ¿Cuándo fue la última vez que lo pensaste?

- | | |
|------------------------|-----|
| a) hace mas de 6 meses | () |
| b) de dos a 6 meses | () |
| c) hace 1 mes | () |
| d) en la última semana | () |

4. ¿Que tan seguido lo has pensado?

- | | |
|--------------------|-----|
| a) esporádicamente | () |
| b) cada mes | () |
| c) cada semana | () |
| d) diario | () |

5. en el último mes ¿Cuántas veces lo has pensado?

- a) muchas veces ()
- b) de 3 a 5 veces ()
- c) de 1 a 3 veces ()
- d) una vez ()
- e) ninguna vez ()

6. ¿Que tan intensos han sido estos pensamientos?

- a) leves ()
- b) moderados ()
- c) severos ()

7. ¿ Has intentado quitarte la vida (matarte) alguna vez?

- a) Si ()
- b) No ()

8. ¿Cómo? (puedes señalar más de una opción)

- a) tomando pastillas Si () No ()
- b) cortándome Si () No ()
- c) ahorcándome Si () No ()
- d) Arma de fuego Si () No ()
- e) Aventándome Si () No ()
- f) Otras formas Si () No ()

9. ¿Cuándo fue la última vez que lo intentaste?

- a) hace mas de 6 meses ()
- b) de dos a 6 meses ()
- c) hace 1 mes ()
- d) en la última semana ()

10. En total ¿Cuántas veces lo has intentado?

- a) muchas veces ()
- b) de 3 a 5 veces ()
- c) de 1 a 3 veces ()
- d) una vez ()
- e) ninguna vez ()

11. En el momento actual ¿Tienes la idea de quitarte la vida?

- Si ()
- No ()

12. ¿Alguna vez te haz hecho daño intencionadamente sin querer matarte?

- Si ()
- No ()

13. ¿Que motivos te han llevado a tomar la decisión de quitarte la vida?
Enuméralos del más al menos importante.

1. _____

2. _____

3. _____

Instrucciones: Por favor responde honestamente como te has sentido las dos últimas semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	algunas veces	nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes			
2. Duermo muy bien			
3. Me dan ganas de llorar			
4. Me gusta salir con mis amigos			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo			
6. Me duele la panza			
7. Tengo mucha energía			
8. Disfruto la comida			
9. Puedo defenderme por mi mismo			
10. Creo que no vale la pena vivir			
11. Soy bueno para las cosas que hago			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes			
13. Me gusta hablar con mi familia			
14. Tengo sueños horribles			
15. Me siento muy solo			
16. Me animo fácilmente			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18. Me siento muy aburrido			

