





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRÍA

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E  
HIPERACTIVIDAD Y RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DEL  
CURSO DE PREPARACIÓN PARA EL EXAMEN NACIONAL PARA  
ASPIRANTES A RESIDENCIAS MÉDICAS IMPARTIDO POR LA  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ QUIENES  
SOLICITARON ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA.**

**DR. AGUILMAR FERNANDO POZOS GUILLÉN**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ MATA  
ASESOR METODOLÓGICO: DR. JESÚS FRANCISCO GALVÁN MOLINA

12 de Febrero de 2018, San Luis Potosí, SLP

**DIRECTOR DE TESIS:**

Dr. José María Hernández Mata  
Médico psiquiatra y psicoanalista. Jefe del Departamento de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UASLP.

**ASESOR METODOLÓGICO:**

Dr. Jesús Francisco Galván Molina  
Médico psiquiatra. Profesor e Investigador en la Facultad de Medicina de la UASLP.

**CO ASESORES:**

Dra. Juana Inés Grimaldo Avilés  
Médico endocrinóloga. Coordinadora de Educación Médica Continua. Facultad de Medicina de la UASLP.

Mtro. César Hernández Mier  
Especialista en Medicina Legal y Master en Medicina Forense. Profesor e Investigador. Facultad de Derecho de la UASLP

Dr. Amaury de Jesús Pozos Guillén  
Doctor en Ciencias Biomédicas. Profesor e Investigador. Facultad de Estomatología.

M.C. Vicente Esparza Villalpando  
Maestro en Ciencias en Investigación Clínica. Facultad de Estomatología de la UASLP

**FIRMAS DE SINODALES**


--

## RESUMEN

**Antecedentes:** Uno de los principales factores que favorecen la aparición de Psicopatología en estudiantes de Medicina y médicos generales, son las situaciones ambientales que los rodean, tales como la demanda excesiva dentro de las actividades relacionadas a su labor asistencial, y la imposición de actividades extra-clínicas como parte del entrenamiento médico. La ideación suicida es el mejor predictor de un intento de suicidio, y los intentos repetidos, a su vez, predicen la consumación. El Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) resulta ser un evento que facilita la aparición de estrés, favoreciendo la exacerbación de síntomas psiquiátricos previos o la aparición en quienes no los tenían.

El objetivo principal fue buscar una correlación entre la presencia de síntomas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el riesgo suicida en el grupo de médicos que se encontraban en el curso de preparación para el ENARM impartido por la UASLP y que solicitaron algún tipo de intervención por presentar síntomas psiquiátricos.

**Métodos:** Alumnos que solicitaron atención durante el curso de preparación al ENARM, se les pidió que llenaran las escalas autoaplicables en la página de SIPDEP, y quienes aceptaron fueron incluidos en el estudio. Se analizó la correlación entre riesgo suicida y cada una de las variables por separado.

**Resultados:** Se estudiaron 52 pacientes, de los cuales el 65.385% eran mujeres y el 34.615% hombres. 38.36% tuvo presencia de riesgo suicida, y 48.07% fueron positivos para TDAH. La frecuencia de TDAH y riesgo suicida en este grupo de estudio fue mayor a lo reportado en estudios previos de población universitaria.

Las Razones de Momios obtenidas fueron las siguientes: Sexo = 2.933 (IC 95% 0.783 - 11.59), Tener hijos = 0 (IC 95% 0 - 5.557), Estado civil = 6.477 (IC 95% 0.7579 - 309.8), Dependencia económica = 0.8597 (IC 95% 0.2342 - 3.058), TDAH = 1.558 (IC 95% 0.4435 - 5.619).

No se encontró correlación de riesgo suicida y TDAH, ya que en los grupos analizados no existieron diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Las aportaciones a las líneas de investigación en estudiantes universitarios serán más completas y mejor definidas con el uso del SIPDEP, el cual prácticamente permite recabar la información que nosotros requiramos para realizar dichos estudios.

## ÍNDICE

<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO.....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>MÉTODOS.....</b>	<b>5</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>8</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>9</b>
<b>CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ ESTATAL DE ÉTICA.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>17</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>20</b>

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS Y TABLAS

<b>DIAGRAMA 1. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA CREACIÓN DE LA BASE DE DATOS.....</b>	<b>8</b>
<b>TABLA 1. RIESGO SUICIDA EN RELACIÓN A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....</b>	<b>13</b>
<b>TABLA 2. RIESGO SUICIDA EN RELACIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>14</b>
<b>TABLA 3. RIESGO SUICIDA EN RELACIÓN A ANSIEDAD.....</b>	<b>14</b>
<b>TABLA 4. RIESGO SUICIDA EN RELACIÓN AL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.....</b>	<b>15</b>

## ANTECEDENTES

Uno de los principales factores que favorecen la aparición de Psicopatología en estudiantes de Medicina y médicos generales, son las situaciones ambientales que los rodean, tales como la demanda excesiva dentro de las actividades relacionadas a su labor asistencial, y la imposición de actividades extra-clínicas como parte del entrenamiento médico (actividades administrativas y de personal paramédico) (1). Esto ha traído como consecuencia el incremento en la insatisfacción laboral, además de la presencia de trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad y síndrome de fatiga crónica, que requerirían de seguimiento y tratamiento a fin de mejorar el malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad de los médicos (2). También se ha reportado que estos padecimientos producen errores en las prescripciones médicas (3) y deseos de abandonar el área de trabajo (4,5).

Las investigaciones sugieren que, dado que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) persiste a lo largo de la vida, tienen un impacto significativo sobre las relaciones personales, la trayectoria profesional, el desempeño cognitivo, y hasta la seguridad personal de los pacientes que sufren este trastorno. Debido a que muchas veces esta enfermedad no se comprende bien, muchas personas que lo padecen no reciben el tratamiento adecuado y, como resultado, nunca alcanzan su máximo potencial. Parte del problema es que puede ser difícil de diagnosticar, particularmente en los adultos. Por lo que resulta de gran importancia el cribado en adultos jóvenes (6). Se sabe que afecta entre 4 al 12% de la población escolar, y se calcula que en México existen cerca de 2 millones de estudiantes padeciéndolo. Es importante aclarar que hay poca información sobre el TDAH y riesgo suicida, especialmente en médicos que se encuentran bajo una situación de estrés.

Los adultos con TDAH tienen mayores tasas de problemas laborales, actividad criminal, problemas de abuso de sustancias, accidentes de tráfico, trastornos afectivos y suicidio en comparación con los adultos sin TDAH (7). Se cree que los impedimentos relacionados con el padecimiento desde la niñez, como las dificultades educativas, los problemas de autoestima, las relaciones familiares y las relaciones con los compañeros, contribuyen de

manera significativa a estos problemas de comportamiento de los adultos. Las tasas de mortalidad se encontraron más altas en las personas diagnosticadas con TDAH en comparación con las personas sin TDAH en un estudio de 2015 utilizando datos de registros nacionales daneses (8).

El abuso en el consumo de alcohol no sólo causa un detrimento de la salud sino consecuencias sociales para el bebedor, su familia y la sociedad. Las recomendaciones establecidas por la OMS son factibles si se consideran la voluntad política de los gobiernos, la infraestructura y la capacidad técnica existente, la participación coordinada de todos los sectores, a la sociedad civil organizada y a la colectividad en su conjunto. El consumo de alcohol entre los adultos se definió como el consumo diario u ocasional. Entre 2000 y 2012 se observa un aumento en el porcentaje total de adultos que consumen alcohol (39.7% en 2000, 34.1% en 2006 y 53.9% en 2012). Entre los hombres, el aumento fue de 56.1% en el año 2000 a 53.1% en 2006, y a 67.8% en 2012, y entre las mujeres de 24.3% en el año 2000 a 18.5% en 2006, y a 41.3% en 2012 (9).

Por otro lado, se estima que la prevalencia de la ansiedad a nivel internacional y nacional son de 16 % y 8.1 %, respectivamente (10,11). Los estudios que han medido estas variantes en la población médica en México, tienen rangos amplios probablemente porque estos trastornos usualmente son medidos con escalas que no son diagnósticas, de manera transversal y sin que se confirme, en la mayor parte de los casos, la presencia de patología por medio de entrevista psiquiátrica estructurada (12).

En este sentido, la bibliografía sobre Psicopatología en profesionales de la Medicina es abundante, pero es escasa la que se refiere al suicidio, aunque sea la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos. Se sabe que más del 50% de personas que consuman el suicidio cursaban con depresión; existe un grupo menor que padecían ansiedad, y otro que tenía abuso o dependencia de alcohol.

Si hay comorbilidad de estos padecimientos el riesgo de intentar o consumir el suicidio será mayor. Además, sabemos que en la población general, la ideación suicida es el mejor

predictor de un intento de suicidio, y los intentos repetidos, a su vez, predicen la consumación (13). Sin embargo, los estudios sobre ideación suicida en médicos graduados y/o en formación son escasos.

Las cifras en estudiantes de Medicina van de 1.4 a 32.3 %; en residentes la prevalencia es más estable (de alrededor de 12 %) (14,15).

Considerando que los cambios psicosociales en un periodo breve se han relacionado con el incremento de la frecuencia de trastornos mentales, especialmente por la incertidumbre que se genera alrededor de dicha adaptación; debemos tener en cuenta que en el ambiente médico, el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) resulta ser un evento que facilita la aparición de estrés, favoreciendo la exacerbación de síntomas psiquiátricos previos o la aparición en quienes no los tenían (16). Dicho examen es una prueba aplicada anualmente y regulada en México por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Tiene el objetivo de seleccionar a los médicos mejor preparados para realizar los cursos de especialización médica en las plazas disponibles dentro del territorio mexicano (17). En los últimos 5 años, la cantidad de aspirantes a plazas de especialidad ha aumentado de forma considerable, lo que de manera proporcional incrementa la competitividad y la presión por poder conseguir uno de estos lugares. Diversas instituciones educativas, entre ellas la UASLP, han creado espacios de preparación para el ENARM. En esta institución se instauró desde 1997, un curso intensivo con duración de un mes. En el programa se abordan los temas principales de las materias evaluadas durante el ENARM. Este proceso es altamente exigente ya que los alumnos tienen constantes evaluaciones sobre los temas revisados; además tienen acceso a los resultados individuales y grupales, lo que genera mayor presión por la alta competitividad dentro del curso.

Como objetivo principal se pretende medir la frecuencia de TDAH y de riesgo suicida en el grupo de médicos que se encontraban en el curso de preparación para el ENARM impartido por la UASLP y que solicitaron algún tipo de intervención por presentar síntomas psiquiátricos. La primera variable se evaluará con la Escala de Auto-reporte para TDAH en

adultos (The Adult ADHD Self-Report Scale [ASRS V1.1]) y la segunda será por medio de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Plutchik Suicide Risk Scale [SRS]). Nuestra hipótesis es que a mayor frecuencia de TDAH encontraremos mayor riesgo suicida en el grupo de médicos que solicitaron atención psiquiátrica durante el curso de preparación. Como objetivos secundarios se medirán las frecuencias de ansiedad y consumo de alcohol y su posible asociación al riesgo suicida.

## **JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos mentales representan una de las principales causas de discapacidad en hombres y mujeres a nivel mundial (18); se ha observado que la mayor parte de los trastornos psiquiátricos tienen un inicio entre la adolescencia y la adultez temprana. El discriminar qué individuos requieren de una evaluación que permita diagnosticar o descartar un padecimiento psiquiátrico puede favorecer el inicio de un tratamiento oportuno y prevenir las posibles consecuencias y la discapacidad.

Por otro lado, si bien es cierto que nuestro país no cuenta con las mayores tasas de suicidio en comparación con otras naciones, en la práctica diaria es notorio que éstas van en aumento. En ese sentido, la importancia que cobra la evaluación oportuna al personal médico, facilita la identificación de los factores que en este grupo aumenta el riesgo de suicidio, cooperado así con el establecimiento de acciones preventivas de este problema global de salud pública.

Particularmente al hablar de la población de adultos jóvenes podemos enfocarnos en la evaluación de médicos recién egresados, quienes han demostrado contar con mayor riesgo de padecer enfermedades mentales a lo largo del tiempo, debido a sus características particulares en cuanto a la exigencia académica; las preocupaciones económicas, familiares y sociales (19).

Se han realizado diversos estudios de prevalencia de psicopatología en médicos y estudiantes de distintos grados, demostrando que las tasas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad son mayores que en la población general (20). De la misma manera, se ha encontrado que la ansiedad en un determinado momento de la formación médica, produce un aumento de las tasas de riesgo suicida (21). Sin embargo aquellas

investigaciones que hacen una correlación entre el riesgo suicida y sus factores asociados son escasas. La investigación en ese sentido postula que algunos rasgos de la personalidad, como la impulsividad, contribuyen de manera directa al aumento del riesgo suicida; sin embargo consideramos que ésta puede estar asociada a diversos factores, por ejemplo derivada de una enfermedad biológica como el TDAH, y que en un periodo específico donde existe mayor ansiedad podría aumentar; por lo que es necesario estudiar y asociar este rasgo a una entidad específica para poder relacionarla después con una conducta suicida.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, y del riesgo suicida en estudiantes que solicitaron atención médica durante el curso de preparación para el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas impartido por la UASLP?

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

A mayor presencia de síntomas de TDAH encontraremos mayor riesgo suicida en el grupo de médicos que solicitaron atención psiquiátrica durante el curso de preparación.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general: Medir la frecuencia de TDAH y de riesgo suicida en el grupo de médicos que se encontraban en el curso de preparación para el ENARM impartido por la UASLP y que solicitaron algún tipo de intervención por presentar síntomas psiquiátricos.

Objetivos secundarios: Describir la asociación que existe entre el riesgo suicida y factores sociodemográficos, ansiedad y consumo de alcohol.

## **MÉTODOS**

El Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP, en conjunto con la Facultad de Ingeniería de la misma Universidad, desarrolló el Sistema Inteligente para la Detección de Enfermedades Psiquiátricas (SIPDEP); se utilizaron pruebas ya descritas y validadas en esta población, que pudieran ser autoaplicables y que estuvieran disponibles, en este caso fueron las siguientes escalas: Prueba AUDIT para uso de alcohol, Escala de

riesgo suicida de Plutchik (Plutchik Suicide Risk Scale [SRS]), Escala de auto-reporte para TDAH en adultos (The Adult ADHD Self-Report Scale [ASRS V1.1]), Inventario estado rasgo de ansiedad (Trait scale of the State-Trait Anxiety Inventory [STAI-T]).

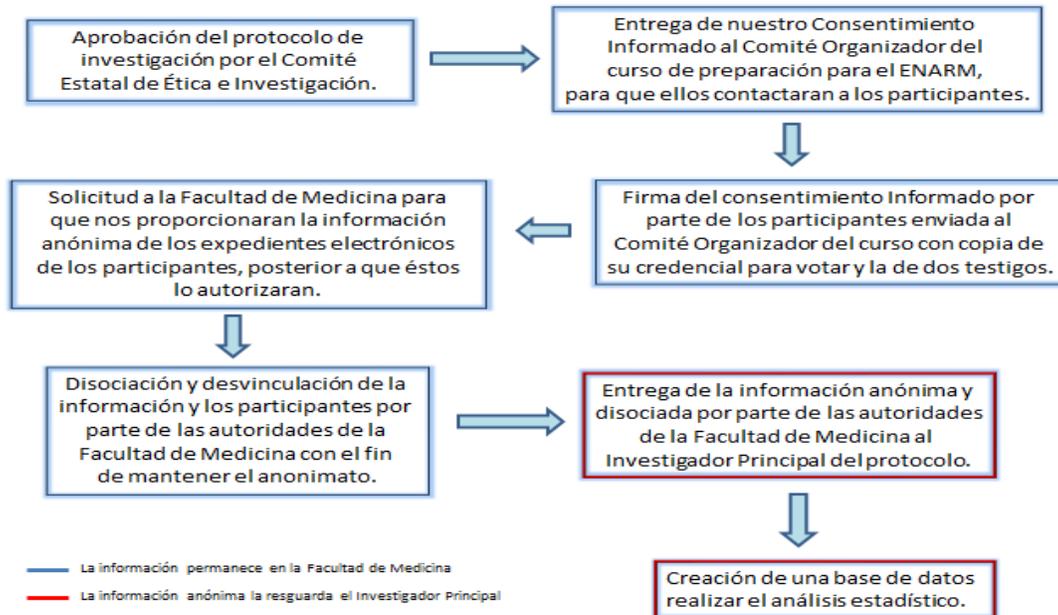
El desarrollo de este instrumento fue con el objetivo de optimizar la aplicación de pruebas de evaluación psiquiátrica a través del uso de tecnologías web, de tal manera que todos los estudiantes de la UASLP podrán contestar una serie de escalas que ayuden a la detección de trastornos mentales y así evaluar y diagnosticar a quienes los padezcan. Los requerimientos del sistema para el uso del SIPDEP son únicamente: Tener un dispositivo con acceso a internet y que cuente con un navegador web que soporte HTML5 y Javascript. Por ejemplo: Google Chrome, Mozilla Firefox, Microsoft Edge, Opera, Internet Explorer, etc.

El SIPDEP ofrece un manejo sencillo para los usuarios y aplicadores, además de contar con las ventajas de portabilidad y disponibilidad las 24 horas, ya que se accede desde cualquier buscador de internet. Para el aplicador representa una ventaja el contar con los instrumentos en formato electrónico, ya que en este caso el programa califica cada uno de los test, ahorrando este paso necesario en la aplicación en papel, para así disponer de los datos de cada uno de los usuarios evaluados de forma rápida y sencilla. Además, esta herramienta ha facilitado la obtención de datos para grandes grupos de estudio manteniendo la posibilidad de darles uso a éstos de manera individualizada para cada sujeto de estudio (22).

Durante el curso de preparación para el ENARM, hubo un grupo de médicos que solicitaron al comité organizador, el Departamento de Educación Médica Continua, atención psiquiátrica por diversos motivos. Hubo un psiquiatra capacitado para el uso del SIPDEP encargado de realizar las evaluaciones mediante la entrevista psiquiátrica estructurada, en la cual se abordaron temas sobre el rendimiento académico, las relaciones interpersonales, el ambiente laboral y su asociación con el estado emocional, haciendo énfasis en las patologías psiquiátricas que se exacerban con mayor frecuencia en eventos estresores tales como la preparación de un examen para residencia médica. Como parte de la evaluación este universo contestó las escalas autoaplicables de la página de SIPDEP; con esta información, el Departamento de Educación Médica Continua creó expedientes electrónicos durante el curso de preparación al ENARM. En nuestra investigación,

accedimos a dicha información para realizar el análisis de datos relacionado a las escalas autoaplicables. Para poder llevarlo a cabo, fue necesario que los alumnos participantes autorizaran el acceso a la información, esto se gestionó mediante el envío de un consentimiento informado vía correo electrónico a través del Departamento de Educación Médica Continua, quienes eran los encargados de resguardar la información. La autorización de los participantes fue mediante la firma del consentimiento informado, el cual imprimieron para firmarlo, regresándolo de forma digital al correo de envío, con copia de la credencial para votar de ellos y dos testigos. Una vez que se contó con estos documentos, se solicitó a la autoridad encargada de resguardar la información, en este caso la dirección de la Facultad de Medicina, nos permitiera acceder a los expedientes electrónicos para sustraer la información relacionada a nuestra investigación; específicamente: datos sociodemográficos, puntuaciones de las escalas autoaplicables Plutchick, ASRS, STAI y AUDIT, con las cuales se determinó la presencia o no de riesgo suicida, TDAH, ansiedad y consumo de alcohol, en el mismo orden. Esta información se solicitó expresamente que fuera desvinculada de los participantes que las contestaron, es decir, las autoridades de la Facultad de Medicina dissociaron la información de los participantes, y nosotros como grupo de investigación sólo obtuvimos valores anónimos y confidenciales que no pudimos vincular a los participantes, esto con el fin de darle un buen manejo a los datos personales y datos personales sensibles. Una vez obtenida esta información creamos una base de datos con el fin de realizar el análisis estadístico y la posible relación que guarden todos estos factores (Ver diagrama-1).

Diagrama 1. Obtención de la información para la creación de la base de datos.



Se incluyeron a los médicos que se encontraban en el curso de preparación para el ENARM impartido por la UASLP y que solicitaron algún tipo de intervención por presentar síntomas psiquiátricos. A ellos se les pidió que llenaran las escalas autoaplicables en la página de SIPDEP, y quienes aceptaron fueron incluidos en el estudio.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó con el programa R versión 3.2 (2014-07-10) y R Studio versión 0.98.945 – © 2009-2013 R Studio Inc para Macintosh.

Se utilizó como único criterio de inclusión al estudio aquellos pacientes que llenaron de manera adecuada las escalas autoaplicables en la página de SIPDEP durante el curso de preparación al ENARM impartido por la UASLP y que solicitaron atención psiquiátrica durante el mismo. No se consideraron criterios de exclusión.

Se calculó un modelo de regresión lineal para explicar la variable del puntaje de riesgo suicida con el siguiente modelo:

$$\text{Plutchik} \sim \text{ASRS} + \text{STAI} + \text{AUDIT}$$

Cada una de las variables contribuyó con un grado de libertad, con esto se calculó un tamaño de muestra entre 40 y 80 pacientes. (23)

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Al tratarse de un estudio retrospectivo se accedió a información resguardada por la Facultad de Medicina en expedientes electrónicos, la cual fue entregada a este grupo de investigación de manera anónima y desvinculada, de manera que nosotros no pudimos asociarla de manera individual a los participantes. Posteriormente creamos una base de datos y a partir de ella realizamos el análisis estadístico.

Asumimos que cuando contestaron las escalas, los participantes pudieron presentar tensión o incomodidad como la experimentada en la vida cotidiana y sin posibilidad de lesiones o muerte, y que los riesgos de esta investigación radican en el manejo de datos personales y datos personales sensibles.

Siguiendo los códigos de Helsinki, Nüremberg y del Colegio de la Profesión Médica del Estado de San Luis Potosí así como de la NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos se tuvieron las siguientes consideraciones:

1. La participación fue voluntaria sin presión o coerción.
2. Previo a la contestación de los instrumentos de medición se explicaron los objetivos de la investigación y de la participación de los encuestados.
3. Se guardó y mantendrá completa confidencialidad de la identidad de los participantes, así como de la información clínica obtenida mediante la aplicación de las encuestas.
4. La naturaleza del proyecto fue observacional, no se realizaron intervenciones terapéuticas.
5. Los beneficios superaron los probables riesgos, puesto que la investigación nos ayudará a conocer a la población, así como sus necesidades de una forma más específica que abrirá la posibilidad de abrir nuevas líneas de investigación para el diseño de métodos de prevención y tratamiento.
6. Las distintas fases del proyecto fueron realizadas por personal capacitado y calificado.

7. Los intereses de los participantes prevalecieron sobre los de la ciencia y la humanidad, respetando su integridad física, psicológica, emocional y social.
8. Los datos obtenidos permitieron conocer con mayor amplitud las características de los pacientes y permitieron reorientar el plan terapéutico que se estaba llevando a cabo.
9. Se le proporcionarán a la institución las estadísticas y resultados de la investigación en relación a la población en general sin énfasis en participantes en particular.

## CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ ESTATAL DE ÉTICA



SERVICIOS DE SALUD

DIRECCIÓN: DE ATENCIÓN MÉDICA  
 DEPARTAMENTO: DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
 DOMICILIO: PROLONG. CALZADA DE GUADALUPE No. 5850  
 COL. LOMAS DE LA VIRGEN, C.P. 78380

NÚMERO DE OFICIO: **02764**  
 EXPEDIENTE: 165.2

ASUNTO: Evaluación de protocolo registro estatal SLP/004-2018.

**07 FEB. 2018**

San Luis Potosí, S.L.P.,

DR. ALEJANDRO JAVIER ZERMEÑO GUERRA  
 DIRECTOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
 DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
 AV. VENUSTIANO CARRANZA No. 2405  
 COL. LOS FILTROS, C.P. 78210  
 CIUDAD.

Hago de su conocimiento, que el pasado 25 de enero del 2018, en sesión ordinaria el Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, se realizó la Evaluación del Protocolo de Investigación:

"Frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y riesgo suicida en estudiantes del curso de preparación para el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas impartido por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí quienes solicitaron atención psiquiátrica."	Dr. Aguilmer Fernando Pozos Guillén.
"Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí" <b>REGISTRO ESTATAL</b> SLP/004-2017	

Siendo el dictamen por consenso:

### OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE

Cabe hacer mención que este Comité no tiene responsabilidad e injerencia del uso de los sistemas informáticos que se vayan a otorgar en la Facultad de Medicina, por lo que estarán sujetos a consentimiento mismo de las áreas competentes, quienes a su vez deberán llevar a cabo acciones de vigilancia y seguimiento de los productos finales derivados de la investigación.

Lo anterior, con fundamento en el TÍTULO QUINTO de la Ley Estatal de Salud, que establece las bases condiciones y normatividad en materia de Investigación para la Salud, y la NCM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

En base a la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación y el Reglamento Interno del Comité Estatal de Ética en Investigación, Capítulo X, artículo 45, el Investigador titular se obliga como parte de los compromisos adquiridos, a entregar con periodicidad semestral los avances y en su momento el informe final de la Investigación al Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE,  
 SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN  
 LA DIRECTORA GENERAL

DR. MONICA LILIANA RANGEL MARTINEZ.

JML/GR/JGCV



2018 "Año de Manuel José Othón"

AL CONTESTAR ESTE OFICIO CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL ANGULO SUPERIOR DERECHO

## RESULTADOS

Se estudiaron 52 pacientes, de los cuales el 65.385% eran mujeres y el 34.615% hombres. 38.36% tuvo presencia de riesgo suicida, y 48.07% fueron positivos para TDAH. El 96.254% no tenían hijos y el 3.746% sí. 84.615% eran solteros y 15.385% casados. El 57.692% de ellos dependía económicamente de sus padres y el 42.308% cubrían sus gastos por sí mismos. Finalmente el 34.615% estaba haciendo su primer intento en el ENARM, 51.923% hacía el segundo intento, 9.615% en el tercer intento y 3.846% el cuarto.

Las RM obtenidas fueron las siguientes: Sexo = 2.933 (IC 95% 0.783 - 11.59), Tener hijos = 0 (IC 95% 0 - 5.557), Estado civil = 6.477 (IC 95% 0.7579 - 309.8), Dependencia económica = 0.8597 (IC 95% 0.2342 - 3.058), TDAH = 1.558 (IC 95% 0.4435 - 5.619)

En estudios previos se ha documentado que los jóvenes intentan suicidarse con más frecuencia que los adultos mayores; el riesgo suicida aumenta a mayor edad (24-26); las mujeres intentan suicidarse casi el doble que los hombres (27), pero los hombres completan el suicidio tres veces más a menudo (28). Por otra parte, el riesgo de suicidio varía con el estado civil. El mayor riesgo ocurre en solteros, seguidos por viudos, separados o divorciados; quedando con menor riesgo aquellos que se casaron y no tuvieron hijos y los casados que sí los tuvieron. Cualquiera que sea la estructura familiar, vivir solo aumenta el riesgo de suicidio (29). En base a estas diferencias históricas, decidimos incluir en el análisis estadístico estas variables. Sin embargo, dentro de nuestros resultados no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los grupos que presentaban o no riesgo suicida (Tabla 1). Para las variables de Sexo, Tener hijos, Estado civil, Dependencia económica, se utilizó  $\chi^2$  con corrección de Yates; para la variable de Intentos del ENARM se utilizó la Prueba exacta de Fisher.

Tabla 1. Riesgo suicida en relación a características sociodemográficas.

	Riesgo Suicida	No	Sí	Total
<b>Sexo</b>				
Femenino		24 (70.59%)	10 (29.41%)	34 (65.39%)
Masculino		8 (44.44%)	10 (55.56%)	18 (34.61%)
				p = 0.1226
<b>Tener hijos</b>				
No		30 (60%)	20 (40%)	50 (96.25%)
Sí		2 (100%)	0 (0%)	2 (3.75%)
				p = 0.6898
<b>Intentos para el ENARM</b>				
1		11 (61.11%)	7 (38.89%)	18 (34.61%)
2		17 (62.96%)	10 (37.04%)	27 (51.90%)
3		3 (60%)	2 (40%)	5 (9.62%)
4		1 (50%)	1 (50%)	2 (3.87%)
				p = 0.9864
<b>Estado civil</b>				
Casado		8 (100%)	0 (0%)	8 (15.39%)
Soltero		24 (54.55%)	20 (45.45%)	44 (84.61%)
				p = 0.1223
<b>Dependencia económica</b>				
Padres		18 (60%)	12 (40%)	30 (57.69%)
Sí-mismo		14 (63.64%)	8 (36.36%)	22 (42.31%)
				p = 1

Como se ha descrito, los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con el suicidio incluyen depresión, trastorno bipolar, alcoholismo o abuso de otro tipo de sustancias, esquizofrenia (30), trastornos de la personalidad y trastornos de ansiedad (31).

De manera global, las enfermedades psiquiátricas aumentan el riesgo suicida (32, 33); 90% de los pacientes con riesgo suicida tienen algún trastorno mental (34,35), y en el 95% de los casos donde hubo suicidio consumado había comorbilidad con algún diagnóstico psiquiátrico (36).

Las estadísticas actuales informan que la tasa de suicidio entre alcohólicos oscila entre el 2 y el 18% (37,38). Casi el 90% de los suicidios alcohólicos son cometidos por hombres. De

las personas que se suicidan, aproximadamente del 20 al 25% están intoxicadas (39). En esta investigación se realizó una correlación entre el riesgo suicida y el consumo de alcohol mediante la Prueba exacta de Fisher, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2).

Tabla 2. Riesgo suicida en relación al Consumo de alcohol.

	Riesgo Suicida	No	Sí	Total
<b>Audit</b>				
<b>1</b>		26 (63.42%)	15 (36.58%)	41 (78.85%)
<b>2</b>		5 (55.56%)	4 (44.44%)	9 (17.31%)
<b>3</b>		1 (100%)	0 (0%)	1 (1.92%)
<b>4</b>		0 (0%)	1 (100%)	1 (1.92%)
<b>Total</b>		32	20	52

p = 0.4895

Los resultados de diferentes estudios sobre los trastornos de ansiedad, muestran un aumento de más del doble del riesgo suicida en comparación con quien no los padecen (RM 2.2) (40). En este sentido se realizó la Prueba exacta de Fisher para buscar asociación entre la ansiedad y el riesgo suicida, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los diversos grupos. (Tabla 3).

Tabla 3. Riesgo suicida en relación a Ansiedad.

	Riesgo Suicida	No	Sí	Total
<b>STAI</b>				
<b>No</b>		3 (75%)	1 (25%)	4 (7.69%)
<b>Leve</b>		16 (64%)	9 (36%)	25 (48.07%)
<b>Moderada</b>		10 (55.556%)	8 (44.444%)	18 (34.62%)
<b>Grave</b>		3 (60%)	2 (40%)	5 (9.62%)
<b>Total</b>		32	20	52

p = 0.8855

La impulsividad, particularmente entre adolescentes y adultos jóvenes, se asocia con los pensamientos y el riesgo suicida; con aumento importante de éstos si se combina con desesperanza y/o consumo de sustancias (41). En este sentido, la prevalencia de la impulsividad en adultos jóvenes está relacionada con la presencia de TDAH; debido a estos antecedentes fue que se buscó una correlación entre el TDAH y el riesgo suicida. El análisis se hizo mediante  $\chi^2$  con corrección de Yates, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio. Tabla 4.

Tabla 4. Riesgo Suicida en relación al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

	Riesgo Suicida	No	Sí	Total
<b>ASRS</b>				
<b>No</b>		18 (66.667%)	9 (33.333%)	27 (51.92%)
<b>Sí</b>		14 (56%)	11 (44%)	25 (48.08%)
<b>Total</b>		32	20	52

p = 0.6138

## CONCLUSIONES

La frecuencia de TDAH y riesgo suicida en este grupo de estudio fue mayor a lo reportado en estudios previos de población universitaria (20), sin embargo no hay estudios que se hayan realizado en médicos recién egresados y que estén sometidos a un estrés continuo como el que se da en el curso de preparación para el ENARM.

En lo referente a los objetivos secundarios, se rechaza la hipótesis inicial sobre la posible correlación entre riesgo suicida con TDAH, ni con los otros factores estudiados (variables sociodemográficas, ansiedad y consumo de alcohol) ya que en los grupos analizados no existieron diferencias estadísticamente significativas. Esta información no coincide con los reportes previamente realizados en la población general; sin embargo es importante tener en cuenta una serie de consideraciones al momento de evaluar la posible utilidad de la presente investigación.

Una debilidad del estudio es la utilización de escalas autoaplicables que no aseguran la ausencia del trastorno. Además, es posible que algunos estudiantes del curso de preparación

para el ENARM, hayan cursado con síntomas relacionados al riesgo suicida, sin embargo decidieron no solicitar atención psiquiátrica debido a la estigmatización que aún existe en cuanto a ser diagnosticado con algún padecimiento mental. En este sentido, algunos reportes señalan que los médicos y estudiantes de Medicina evitan buscar ayuda por la sensación de percibirse menos inteligentes o con menor capacidad para realizar sus actividades médicas (42). Con estos antecedentes podemos inferir que el tamaño de la muestra haya sido pequeño, y que esto trajera como consecuencia la discrepancia entre los resultados obtenidos y los mostrados en otros trabajos de investigación similares.

Por otra parte, una de las fortalezas de este estudio es corroborar que el SIPDEP es un instrumento óptimo para utilizar las escalas autoaplicables, ya que nos permite ahorrar tanto recursos humanos como materiales, ya sea al momento de aplicar y/o evaluar todas las escalas. Además, con las mejoras de diseño de la página, se facilitará el acceso a grupos estudiantiles más grandes, no sólo de la Facultad de Medicina, sino de toda la UASLP. Esto permitiría crear modelos de atención oportuna para interrumpir la evolución natural del suicidio, el cuál inicia con el pensamiento, posteriormente los intentos, y finalmente la consumación, (43).

Por último, las aportaciones a las líneas de investigación en estudiantes universitarios serán más completas y mejor definidas con el uso del SIPDEP, el cual prácticamente permite recabar la información que nosotros requiramos para realizar dichos estudios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reames HR, Dunstone DC. Professional satisfaction of physicians. Arch Intern Med 1989; 149: 1951-1956.
2. Medina Mora M, Caraveo J, et al. Epidemiología en el ámbito internacional. En análisis de la problemática de la salud mental en México (Capítulo III). Obtenido desde [http://www.sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm\\_cap3.pdf](http://www.sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf). 1988-1997
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Consumo de alcohol en México, 2000-2012: estrategias mundiales para reducir su uso nocivo. Instituto Nacional de Salud Pública.
4. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 2008; 336(7642): 488-491.
5. Richardson V. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? Bol Med Hosp Infant Mex 2006; 63: 155-157.
6. TDAH Adler Lenard, Kessler Ronald y Spencer Thomas. Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS. World Health Organization 2004.
7. TDAH National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. [www.nice.org.uk/CG72](http://www.nice.org.uk/CG72).
8. Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. J Safety Res 2007; 38:113.
9. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Consumo de alcohol en México, 2000-2012: estrategias mundiales para reducir su uso nocivo. Instituto Nacional de Salud Pública. México
10. Belló M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México 2005; 47: 4-11.

11. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 616-27.
12. Sepúlveda AC, Romero AL, Jaramillo L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012; 69(5):347-354.
13. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA* 2010; 304 (11): 1181-1190.
14. Van Niekerk L, Scribante L, Raubenheimer PJ. Suicidal ideation and attempt among South African medical students. *S Afr Med J* 2012; 102: 372-3. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22668910>.
15. Fagnanin R, Sueko C, Mosca PC, Albuquerque V, Nogueira LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidad Federal de São Paulo. *Sao Paulo Med J* 2004; 122 (4): 152-7. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v122n4/a04v1224.pdf>.
16. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Ángeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Ints Mex Seguro Soc* [internet]. 2015;53(1):20-8. Disponible en: [http:// www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf)
17. Convocatoria para el XLI Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. 2017
18. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5, Fifth Edition*. Washington, EUA; American Psychiatric Publishing.
19. Borges, G., Wilcox, H. C., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud mental*, 28 (2), 40-47.
20. Galván J. (2012) *Psicopatología en estudiantes de medicina; tesis para obtener el grado de especialidad*. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

21. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: Autor.
22. Castillo, Z. Instrumento electrónico de cribado para enfermedades mentales SIPDEP (Sistema Inteligente Para Detección de Enfermedades Psiquiátricas). Tesis para obtener el diploma de Especialidad en Psiquiatría. 2017.
23. Concato, J; Peduzzi P; Holford, T & Feinstein A. Importance of Events Per Independent Variable in Proportional Hazards Analysis I. Background, Goals, and General Strategy, *Journal of Clinical Epidemiology*, 1995, vol. 48, no. 12, pp. 1495-1501.
24. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 203:409.
25. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347:f5239.
26. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295.
27. Dorward, RA, Chartock, L. Suicide: A public health perspective. In: *Suicide: Understanding and Responding*. Jacobs, D, Brown, HN (Eds), International Universities Press, Madison 1989. p.31.
28. Kontaxakis VP, Christodoulou GN, Mavreas VG, Havaki-Kontaxaki BJ. Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness. *Psychother Psychosom* 1988; 50:201.
29. Mukamal KJ, Kawachi I, Miller M, Rimm EB. Body mass index and risk of suicide among men. *Arch Intern Med* 2007; 167:468.
30. Bay-Richter C, Linderholm KR, Lim CK, et al. A role for inflammatory metabolites as modulators of the glutamate N-methyl-D-aspartate receptor in depression and suicidality. *Brain Behav Immun* 2015; 43:110.
31. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23:139.
32. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998; 173:462.

33. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, et al. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety* 2008; 25:477.
34. Lonnqvist, JK. Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Hawton, K, Heeringen, KV (Eds), Wiley, New York 2000.
35. Bolton JM, Belik SL, Enns MW, et al. Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1139.
36. Roy, A, Linnoila, M. Alcoholism and suicide. In: *Biology of Suicide*, Maris, RW, Guilford, New York 1986.
37. Welte JW, Abel EL, Wiczorek W. The role of alcohol in suicides in Erie County, NY, 1972-84. *Public Health Rep* 1988; 103:648.
38. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:249.
39. Kessler RC, Berglund P, Borges G, et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005; 293:2487.
40. Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:153.
41. Joe S, Baser RE, Breeden G, et al. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA* 2006; 296:2112.
42. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA* 2010; 304 (11): 1181-1190.
43. Van Heeringen K: The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5): 292-300.

## ANEXOS.

### ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Esta deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

## ESCALA DE AUTO REPORTE DE SÍNTOMAS DE TDAH EN ADULTOS

Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?					
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
<b>SECCION A</b>					
7. Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?					
10. Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					
<b>SECCION B</b>					

### INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAIC)

	Nada	Algo	Bastante
1.- Me siento calmado			
2.- Me siento seguro			
3.- Estoy tenso			
4.- Estoy contrariado			
5.- Me siento cómodo (estoy a gusto)			
6.- Me siento alterado			
7.- Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras			
8.- Me siento descansado			
9.- Me siento angustiado			
10.- Me siento confortable			
11.- Tengo confianza en mí mismo			
12.- Me siento nervioso			
13.- Estoy desasosegado			
14.- Me siento muy «atado» (como oprimido)			
15.- Estoy relajado			
16.- Me siento satisfecho			
17.- Estoy preocupado			
18.- Me siento aturdido y sobreexcitado			
19.- Me siento alegre			
20.- En este momento me siento bien			

## TEST AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?  
(0) Nunca  
(1) 1 o menos veces al mes  
(2) 2 o 4 veces al mes  
(3) 2 o 3 veces a la semana  
(4) 4 o más veces a la semana
  2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?  
(0) 1 o 2  
(1) 3 o 4  
(2) 5 o 6  
(3) 7 a 9  
(4) 10 o más
  3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?  
(0) Nunca  
(1) Menos de 1 vez al mes  
(2) Mensualmente  
(3) Semanalmente  
(4) A diario o casi a diario
  4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?  
(0) Nunca  
(1) Menos de 1 vez al mes  
(2) Mensualmente  
(3) Semanalmente  
(4) A diario o casi a diario
  5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?  
(0) Nunca  
(1) Menos de 1 vez al mes  
(2) Mensualmente  
(3) Semanalmente  
(4) A diario o casi a diario
  6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?  
(0) Nunca  
(1) Menos de 1 vez al mes  
(2) Mensualmente  
(3) Semanalmente  
(4) A diario o casi a diario
  7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?  
(0) Nunca  
(1) Menos de 1 vez al mes  
(2) Mensualmente  
(3) Semanalmente  
(4) A diario o casi a diario
  8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?  
(0) Nunca  
(1) Menos de 1 vez al mes  
(2) Mensualmente  
(3) Semanalmente  
(4) A diario o casi a diario
  9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?  
(0) No  
(2) Sí, pero no en el curso del último año  
(4) Sí, en el último año.
  10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?  
(0) No  
(2) Sí, pero no en el curso del último año  
(4) Sí, en el último año.
- Puntuación: Se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.
- Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE  
MEDICINA  
UASLP

### CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INVESTIGACIÓN

San Luis Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y del riesgo suicida en estudiantes del curso de preparación para el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas impartido por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Nombre del investigador y datos de contacto: Dr. Aguilmar Fernando Pozos Guillén. Médico residente del cuarto año de la especialidad en Psiquiatría. Sede Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña". Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina UASLP Teléfono: (444) 8262300, ext. 6639. e-mail: aguilmar87@hotmail.com

Yo, \_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento libre y sin coerción para la participación en esta investigación. Entiendo que este proyecto tiene como objetivo medir las frecuencias del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y del riesgo suicida, evaluar si existe asociación entre estos diagnósticos además de analizar factores relacionados a éstos como ansiedad y consumo de alcohol.

Se me ha explicado que mi participación consiste en autorizar el uso de la información recabada y resguardada por el Departamento de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la UASLP durante el curso de preparación para el ENARM. Acepto que proporcionaré mis datos personales y que contesté una serie de escalas autoaplicables con el fin de complementar mi evaluación psiquiátrica. Entiendo que esta información será utilizada con el propósito de mejorar la detección y por lo tanto la atención de enfermedades psiquiátricas en la población médica y universitaria. Estoy de acuerdo en que dentro de esta investigación tengo una participación libre, voluntaria, confidencial, no remunerada, y sin algún tipo de presión o coerción.

Se me ha informado que el análisis de datos es con fines de investigación y que en ningún momento se vincularán directamente a mí los resultados obtenidos. Acepto que los riesgos secundarios a mi participación están en relación al manejo de datos personales y datos personales sensibles, y que la protección de la información cumplirá con los lineamientos marcados en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Sé que en cualquier fase, previo al análisis de datos, puedo ejercer uno o más de los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición). Se han aclarado mis dudas y se han respondido satisfactoriamente todas mis preguntas, y tengo la garantía de que en caso de que se presentaran nuevas dudas relacionadas a la investigación, serán resueltas.

Otorgo mi consentimiento, nombre completo y firma:

\_\_\_\_\_

Testigo 1: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_