



UNIVERSIDAD HUMANISTA HIDALGO

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en psicología

Prevalencia de la conducta suicida en la consulta externa del servicio de
paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo en 2017

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EN TÍTULO DE

Licenciado en psicología

PRESENTA

Kathya Muñoz Montejano

Asesor metodológico: Psic. Samuel Nava Alcántara

Asesor teórico: Dr. José de Jesús López Guerrero



Pachuca, Hidalgo.

Febrero 2020



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.

RECONOCIMIENTOS

A mis padres por todo lo que me han dado, su confianza, cariño, paciencia y conocimientos.

A mis hermanas porque son la fuerza que me sostiene cada vez que lo necesito, por estar siempre a mi lado en todo momento.

A mis amigos por el tiempo que hemos compartido, por los logros a los que hemos llegado juntos y por su incondicional apoyo.

A mis profesores, mi admiración y respeto por cada uno de ustedes, gracias por su apoyo y por los momentos gratos compartidos.

A G R A D E C I M I E N T O S

Agradezco el apoyo otorgado por el Hospital del Niño DIF Hidalgo para la realización de este trabajo.

Deseo agradecer al Psic. Samuel Nava Alcántara, por haberme dado la oportunidad de trabajar con él, por su tiempo y aportaciones valiosas brindadas a este proyecto.

Agradezco también al Dr. José de Jesús López Guerrero por haber confiado en mí, así como por su infinita paciencia y apoyo sincero.

A mis asesores y sinodales, por su apoyo, consideraciones y correcciones, sin los que este proyecto no se habría concretado

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	7
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2. HIPÓTESIS	12
1.2.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	13
1.3. OBJETIVOS	13
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	14
1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	16
1.6. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	16
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	18
2.1. NIÑEZ.....	18
2.1.1. DEFINICIONES DE NIÑEZ	18
2.1.2. DESARROLLO Y CRECIMIENTO EN LA NIÑEZ	19
2.2. ADOLESCENCIA.....	23
2.2.1. DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA	23
2.2.2. DESARROLLO Y CRECIMIENTO EN LA ADOLESCENCIA	25
2.2.3. DESARROLLO MORAL	28
2.3. CONDUCTA SUICIDA	31
2.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	31

2.3.2. CRITERIOS DE DETERMINACIÓN	34
2.3.2.1. CRITERIOS PARA DETERMINAR IDEACIÓN SUICIDA.....	34
2.3.2.2. CRITERIOS PARA DETERMINAR INTENTO DE SUICIDIO	35
2.3.2.3. CRITERIOS PARA DETERMINAR SUICIDIO	35
2.3.3. DEFINICIONES DE CONDUCTAS SUICIDAS	36
2.3.3.1 DEFINICIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA	37
2.3.3.2 DEFINICIÓN DE INTENTO DE SUICIDIO	38
2.3.3.3. DEFINICIÓN DE SUICIDIO CONSUMADO	39
2.4. APROXIMACIONES TEÓRICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	40
2.4.1. TEORÍAS PSIQUIÁTRICAS	40
2.4.2. TEORÍAS SOCIOLÓGICAS	41
2.4.3. TEORÍAS PSICOANALÍTICAS	43
2.4.4. TEORÍAS PSICOLÓGICAS	45
2.4.5. OTRAS TEORÍAS.....	46
2.5. EPIDEMIOLOGÍA.....	47
2.6. SUICIDIO Y COMORBILIDAD.....	49
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	53
3.1. TIPO DE ESTUDIO	53
3.2. SUJETOS	53
3.3. MATERIALES.....	54
3.4. PROCEDIMIENTO	54
3.5. TÉCNICA DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.	54
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
3.7 EQUIPOS	56
3.8. RECURSOS HUMANOS	57
3.9. PRESUPUESTO	57
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	58

4.1. GENERALES	58
4.1.1. CONDUCTA SUICIDA	58
4.1.2. CARACTERISTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	68
4.2. SOCIODEMOGRÁFICOS	84
4.2.1. APARICIÓN DE LA CONDUCTA	85
4.2.2. SEXO.....	89
4.2.3. EDAD.....	92
4.3. SUBCRUCES.....	96
4.3.1. COMORBILIDADES DIAGNÓSTICAS	96
4.3.2. FECHAS	97
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	105
5.1. CONCLUSIONES.....	105
5.2. SUGERENCIAS	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
ANEXOS	115
CRONOGRAMA	121

RESUMEN

La conducta suicida es un problema que en los últimos años ha aumentado en la población infantojuvenil, considerándose ya como un problema de salud pública. La presente investigación tuvo como objetivos conocer la incidencia, prevalencia y reincidencia de la conducta suicida en pacientes del Hospital del Niño DIF Hidalgo y la relación que guarda la conducta suicida con otros factores como edad, sexo, fechas y comorbilidades diagnósticas.

La muestra estuvo constituida por 1833 citas realizadas a lo largo del año 2017 en el servicio de paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo, de las cuales 1327 citas cumplían con los criterios de inclusión y exclusión pertinentes para la presente investigación; del total de citas que cumplieron con los criterios, se obtuvo que en 101 citas se registró la presencia de conducta suicida, arrojando como resultado que un 7.7% de la población estudiada presentó conductas suicidas.

La información fue obtenida a través de la revisión de expedientes clínicos mediante la plataforma de Histo Clin, se encontró que la prevalencia de la conducta suicida representa un 51.5%, mientras que la incidencia equivale a un 41.6% y finalmente la reincidencia de conductas suicidas fue de 6.9% (N=101). De la misma manera, se observa que el espectro suicida es más frecuente en el grupo etario varonil (n=53) que en el femenino (n=48); presentándose con mayor

frecuencia a los 11 años de edad, con comorbilidad principalmente con trastornos del estado de ánimo.

De acuerdo con los resultados, se pone en evidencia la importante necesidad de trabajar con un abordaje multidisciplinario, incluyendo psicológico, médico, psicoeducativo entre otros, fortaleciendo la prevención de la conducta suicida.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es una problemática psicosocial con progresión implícita en el nivel de riesgo, partiendo desde pensamientos, planificación, autolesiones menores, llegando a intentos con potenciales de letalidad y hasta la consumación del acto. El fenómeno suicida se puede entender como acciones de autoagresión que comienzan con ideas de muerte, esto sin intención de quitarse la vida, sin embargo, las lesiones pueden aumentar gradualmente hasta culminar en la privación de la vida.

Dentro del espectro de la conducta suicida se pueden reconocer pensamientos de muerte, planeación del suicidio, tentativas de suicidio o parasuicidio y suicidio consumado. Por esto es importante establecer las etapas progresivas de la conducta, sin que estas sean necesariamente secuenciales ni indispensables (Cuello, 2017). Para la conceptualización de la conducta suicida se retoman diversos puntos de vista, tomando como base el campo de la salud mental, relacionando aspectos cognoscitivos, conductuales, contextuales, sociológicos, biológicos y estados emocionales que llevan a la formación de procesos que cobran fuerza para la realización de actos dentro del comportamiento suicida.

El suicidio es la segunda causa de muerte en la población mundial de 10 a 24 años. Acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), cerca de 800, 000 personas se suicidan cada año, por cada suicidio hay mayor tentativa de suicidio anualmente, lo que convierte al parasuicidio como un factor de riesgo de gran importancia en grupos etarios infantiles y adolescentes.

Conforme a lo publicado por Lee (Our World In Data, 2016), las tasas de suicidio a nivel mundial en grupos etarios de los 5 a los 14 años en el año 2016 fue de 0.64 por cada 100, 000 habitantes, dando como resultado un registro de muertes por suicidio de 7,975.26 totales en ese año. En México, las estadísticas para el mismo grupo etario arrojadas fueron de 0.94 por cada 100, 000 habitantes en 2016 por lo que se dio como registro total en el mismo año un total de 219.25 muertes por consumación del acto suicida.

Tomando en cuenta las estadísticas nacionales arrojadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) hasta el año 2016 (2016) la tasa de suicidios infantiles registrados se elevó de un 3.5 % en el año 2000 a 5.2% en 2014; situando al estado de Hidalgo en el vigésimo primer lugar a nivel nacional en registro de suicidios ocurridos con un porcentaje de 4.4% por cada 100 mil habitantes.

De acuerdo con la OMS (Citado en Conducta Suicida, Cuello, 2017) la frecuencia a nivel mundial de intento suicida es 20 veces mayor a la de suicidio consumado en poblaciones generales en edades entre los 15 y 24 años. En el año 2006 se reconoció el suicidio como la quinta causa de muerte a nivel mundial en niños y adolescentes de entre 5 y 14 años de edad (Pfeffer, 2006), mientras que en el año 2016 se reconoció como la segunda causa de defunción en un grupo etario de entre 15 y 19 años de edad a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018). Por lo que se puede entender que en los últimos 10 años ha sido un fenómeno que ha ido en aumento.

El comportamiento suicida es un tema de especial interés para los profesionales de la salud mental. Citando a Tovar (2015), a pesar de la existencia de estudios previos donde podemos encontrar propuestas, hallazgos y diferentes perspectivas de tratamiento a nivel global, en México la investigación sobre este tema es escasa, por lo que resulta de importancia evaluar la prevalencia de dicha conducta con la finalidad de la detección temprana de los comportamientos para evitar la consumación del acto suicida.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta suicida ha sido estudiada desde hace siglos. Sin embargo, no se ha profundizado en una atención especializada con fines de prevención del fenómeno. En los últimos 20 años se ha observado un aumento en las cifras de mortalidad por suicidio infantil lo que representa un problema a nivel social y psicológico alrededor del mundo (Cuello, 2017). La OMS (2018) estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual, aproximadamente 1.53 millones de personas morirán por suicidio (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

Partiendo de las cifras que arroja INEGI (2016), entre los años 2000 y 2013, la tasa de suicidio se incrementó de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes, el 40.8% de los suicidios consumados ocurrieron en un grupo etario de entre 15 y 29 años. Por este motivo, se comienzan a generar programas de atención al suicidio en la república, al igual que la intensificación de psicoeducación sobre la conducta suicida a partir de foros, líneas telefónicas para intervención en crisis, conferencias, entre otros, donde se invita a profesionales de la salud a colaborar en la participación para la prevención y tratamiento oportuno de los comportamientos suicidas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016). En Hidalgo existen campañas para prevenir el suicidio abriendo grupos de apoyo en diferentes instituciones (Secretaría de Salud del estado de Hidalgo, 2017).

Históricamente se ha estudiado la conducta suicida como un acto psicosocial, visto desde puntos filosóficos, religiosos, intelectuales e incluso económicos. Existen creencias y costumbres sobre el espectro suicida desde culturas primitivas como la egipcia y maya (Vicente & Ochoa, 2017), sin embargo una de las primeras culturas en abordar al suicidio como un acto ofensivo contra el estado fue la sociedad griega (Amador, 2015), dichos conceptos fueron retomados en el imperio romano donde se reflexiona sobre la percepción del acto. Más adelante se reconceptualiza el suicidio y se relaciona con conceptos de ira y depresión (Vicente & Ochoa, 2017) al igual que el inicio de abordajes para la comprensión del espectro suicida desde diferentes campos como el psiquiátrico, sociológico, psicológico, ecológico, entre otros, para finalmente tener reconocimiento como un problema de salud mental en la juventud entre las décadas de los 70 y 80 (Pfeffer, 2006).

Es de importancia conocer la prevalencia de las conductas suicidas infantiles, ya que al tener claro esto, será posible identificar la necesidad de la población infantil y adolescente de una atención temprana y oportuna, evitando riesgos de consumación del acto y, a su vez, disminuyendo las incidencias y reincidencias de comportamientos suicidas. Debido a lo citado con anterioridad la pregunta de investigación plantea: ¿Cuál es la prevalencia y diagnóstico situacional de la conducta suicida en niños y adolescentes que asistieron al servicio de consulta externa de paidopsiquiatría en el Hospital del Niño DIF Hidalgo en el año 2017?

1.2 HIPÓTESIS

El porcentaje de conducta suicida en niños y adolescentes que acudieron al servicio de la consulta externa de paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo durante el año 2017 presentó un aumento en la prevalencia en el grupo etario varonil de entre 13 y 15 años de edad, en los meses de enero, febrero y diciembre; presentando comorbilidad en conductas autolesivas y/o trastornos del estado de ánimo.

1.2.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Prevalencia de conducta suicida: proporción de individuos o población que presentan como característica en común la realización de actos deliberadamente iniciados por el sujeto sabiendo o esperando un resultado letal y a través del cual se pretende obtener los cambios que desea.

Niñez y adolescencia: Periodo de la vida humana que se extiende de los 5 años hasta los 17 años 11 meses de edad.

Comorbilidad diagnóstica psiquiátrica: Presencia de uno o más trastornos mentales además de la presencia de conducta suicida.

Conducta autolesiva: toda conducta deliberadamente iniciada por el sujeto destinada a producirse daño físico en el cuerpo, sin la intención de provocar con esta la muerte.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la presencia de conducta suicida en la consulta externa del servicio de paidopsiquiatría en el Hospital del Niño DIF Hidalgo en el año 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Distinguir entre incidencia y prevalencia de conducta suicida.
2. Comparar la frecuencia de conductas suicidas entre hombres y mujeres.
3. Identificar edades donde se presenta mayor prevalencia de conducta suicida.
4. Identificar comorbilidad de conductas autolesivas y conducta suicida.
5. Distinguir comorbilidades diagnósticas con la presencia de conducta suicida.

6. Identificar fechas de manera mensual donde hubo mayor prevalencia de conducta suicida.

1.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Acorde a la OMS (Citado en Conducta Suicida, Cuello, 2017) la frecuencia a nivel mundial de intento suicida es 20 veces mayor a la de suicidio consumado en grupos etarios entre los 15 y 24 años, anualmente cerca de 800,000 personas se quitan la vida y otros más intentan hacerlo.

El suicidio es un espectro que puede producirse en cualquier edad, sin embargo, la OMS (2018) refiere que en 2016 se reconoce al suicidio consumado como la segunda causa de defunción a nivel mundial entre las edades de 15 y 29 años.

En México se ha presentado incremento en la tasa por consumación de suicidio a través de los años, la tasa registrada por suicidios infantiles aumentó de 3.4% en el año 2000 a 5.2% en 2014 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016). Actualmente el estado de Hidalgo se sitúa en el vigésimo primer lugar a nivel nacional en el registro de suicidios consumados, con un porcentaje de 4.4% por cada 100 mil habitantes (Ibídem, 2016).

Partiendo de lo citado en Our World In Data en el artículo *Suicide* (2016), la OMS publica en 2014 un reporte para la prevención del suicidio, con la finalidad de incrementar el reconocimiento del suicidio como una problemática de salud pública, invitando a los países miembros de la organización a implementar medidas de prevención. Tras estudios realizados de manera transversal en la aplicación de medidas preventivas en la conducta suicida, se destaca una disminución en la consumación del suicidio, representando en 1990 un registro anual de entre 850, 000 y 860, 000 muertes globales al año a un aproximado de 817, 000 en el año 2016 en grupos etarios de entre 15 y 29 años de edad (Ibídem, 2016).

El suicidio es un problema de salud pública, a pesar de la existencia de estudios previos a nivel mundial, en México la investigación sobre este tema es escasa (Tovar, 2015), no obstante los comportamientos suicidas son prevenibles mediante intervenciones oportunas, basado en datos fidedignos y a menudo de bajo coste (Organización Mundial de la Salud, 2018). Para obtener respuestas eficaces de prevención se requiere del planteamiento de estrategias multisectoriales e intervenciones integrales, fortaleciendo la vigilancia y seguimiento de los intentos de suicidio así como las incidencias de consumación suicida (Ibídem, 2018).

En la República Mexicana se han desarrollado clínicas de atención al suicidio, a pesar de esto se cuenta con poca información sobre atención especializada para niños y adolescentes en el espectro suicida, por lo que contar con datos crudos sobre la prevalencia de la conducta suicida infantil y de la adolescencia resulta de especial interés para la formación de modelos de atención con la intención de reducir las cifras de consumación del acto en niños y adolescentes.

Pfeffer (2006) menciona que en estudios realizados se ha señalado que el abordaje terapéutico especializado aplicado de manera multisectorial y de forma continua redujo el malestar de los padres, incrementó la cohesión social y mejoró los resultados conseguidos en pacientes con antecedentes de conducta suicida, reduciendo de esta manera la prevalencia y reincidencia de comportamientos suicidas. Por lo que el conocer los datos de prevalencia de conducta suicida se considera un elemento importante para eficientar la atención dirigida a pacientes con conductas suicidas a partir de estrategias de prevención del suicidio incorporando medidas psicoeducativas y calidad en los servicios de atención especializada con la finalidad de reducir reincidencias del comportamiento suicida.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Acceso a información por medio de expedientes clínicos, sin la presencia del usuario limitando la probabilidad de profundizar.

1.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adolescencia: Periodo que se extiende entre los 10 y 19 años de edad. Etapa en la que, por lo general comienzan a manifestarse cambios propios del desarrollo prepuberal (De la Peña, 2015).

Conducta suicida: De acuerdo con Carolina Cuello (Cuello, 2017), consta de una secuencia de eventos que se dan de manera progresiva. En muchos casos inicia con ideación suicida, seguido de planeación de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado (Ibídem, 2017). Por lo que podemos entender que el espectro del comportamiento suicida se conforma de diferentes gradientes.

Ideación suicida: Se define como ideación suicida a aquellos pensamientos persistentes de planeación o deseo de cometer suicidio (Tovar, 2015). Conformada por pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, entendiéndolo como las manifestaciones verbales, escritas o amenazas previas a llevar a cabo un acto.

La planeación de suicidio implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida (Cuello, 2017). Además, hay expectativas y deseos subjetivos de llevarlo a cabo, donde se identifican momentos, lugares, objetos y contextos en los que se dispone a morir.

Incidencia: Se refiere a la tasa con que surge una enfermedad psíquica en una población determinada en cierto lapso determinado (Galimberti, 2014).

Niñez: Se aplica el término niñez a los primeros años de desarrollo para las edades que van de los 5 a los 12 años de edad (Galimberti, 2014).

Pensamientos de muerte: Creencia consistente o transitoria pero recurrente sobre el hecho de que uno u otros estarían mejor si el sujeto muriese (American Psychiatric Association (APA), 2002).

Prevalencia: Se define como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido por el número de personas de una población en un periodo específico (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Suicidio: Partiendo de las raíces etimológicas, la palabra suicidio proviene del latín Sui (de sí mismo) y Cedere (matar), otorgando el significado “matarse a sí mismo”. Debido al impacto de la acción, ha sido definido por diversas instituciones a nivel global, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien especifica que el suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida (Román & Abud, 2017).

Tentativa suicida: Toda conducta autolesiva sin resultado fatal, para la que existe evidencia de intencionalidad de provocarse la muerte (Cuello, 2017), se denomina parasuicidio, intento o tentativa de suicidio. Todo acto en que, de forma deliberada, un individuo se hace daño a sí mismo sin que dé como resultado la muerte.

CAPÍTULO 2

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. NIÑEZ

La niñez es una etapa marcada por cambios radicales en habilidades físicas, motoras, cognitivas y lingüísticas; es a lo largo de este periodo en que los niños comienzan a adquirir destrezas que les serán útiles para la transición a la adolescencia.

2.1.1. DEFINICIONES DE NIÑEZ

Mansilla (2000) designa con la palabra niño a todo ser humano entre los cero hasta cumplir los 18 años, con subdivisiones en el proceso de transición que va entre los 11 y 12 años identificado como pubertad.

Ucha (2010) designa con el término de niñez a aquel periodo de la vida humana que se extiende desde el nacimiento del individuo hasta la llegada de la pubertad, alrededor de los 13 años, donde se da paso a la siguiente etapa de la vida, definida como adolescencia.

Cruz (2014) define como niñez a aquel periodo que comprende desde los 3 años y hasta los 13 años de edad, incluyendo el inicio de la pubertad, donde el periodo escolar es de los 6 a los 11 años, y la secundaria de los 12 a los 15 años de edad.

Marcidante y Kliegman (2015) designan con el término niñez a la edad que comprende del nacimiento a los 10 años de edad, a partir de donde se da inicio a la pubertad y adolescencia.

Para Martínez (2013) la infancia se divide en dos etapas, la preescolar que comprende de los 2 a los 5 años 11 meses; y la etapa escolar comprendida de los 6 años y hasta los 10 años en mujeres y 12 años en hombres.

Hughes y Khal (2018) definen como infancia a aquel periodo comprendido desde el primer año de vida y hasta los 10 años, donde en mujeres da inicio a la adolescencia y en hombres se extiende hasta los 12 años.

En el libro Diagnóstico y tratamiento pediátricos, los autores distinguen en la niñez tres etapas, la primera comprende de los 2 a los 4 años de edad; una segunda etapa que definen como escolar temprana que inicia a los 5 años y hasta los 7 años de edad, y finalmente la infancia media comprendida de los 7 a los 11 años de edad (Hay, Levin, Sondheimer, & Deterding, 2009).

En la actualidad, se presentan diferentes teorías para definir la infancia o niñez, para fines de la presente investigación, se define el concepto de niñez como: “La niñez es aquel periodo que comprende al grupo etario de entre 3 años y hasta los 10 años de edad, que se ve influido por factores de desarrollo social, psicológico, cognitivo y fisiológico propios de la edad del individuo.”

2.1.2. DESARROLLO Y CRECIMIENTO EN LA NIÑEZ

La niñez es la etapa del desarrollo en que se ve un aumento rápido y notorio en el peso y talla de los menores. Así mismo, hay cambios en los

patrones de sueño, mayor capacidad en habilidades neurológicas tales como el aumento progresivo de la complejidad y funcionamiento físico de los niños. Los primeros años de la infancia se encuentran marcados por cambios fundamentales en destrezas físicas, motoras y lingüísticas entre otras, que son de suma importancia para la adaptación del niño en diversos contextos.

Los niños crecen con rapidez en los primeros seis años de su vida, aunque menos que en los primeros meses, al rededor de los tres años comienzan a adquirir apariencia más delgada, aumento en el tamaño de los músculos y otras partes del cuerpo como la cabeza alcanzando con el tiempo las proporciones cada vez más adultas (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012). Acorde a Cruz (2014) en este periodo se culmina la praxis genética, los automatismos motores de la estética y dinámica corporal, la presión y lenguaje que forman el núcleo fundamental del desarrollo psicomotor.

A lo largo del periodo entre los 3 y 6 años, los niños son más altos y pesados que las niñas ya que las mujeres presentan mayor tejido adiposo que muscular (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012). El crecimiento muscular y del esqueleto progresa, volviéndose mucho más fuerte. El cartílago se va transformando en huesos y estos se endurecen para proteger a los órganos internos (Marcdante & Kliegman, 2015). Para sostener el crecimiento de forma continua, los niños consumen un aproximado de 2400 calorías al día; la necesidad de sueño disminuye de aproximadamente 11 horas al día a 8 o 9 horas al iniciar la adolescencia (Meece, 2001).

Durante este periodo de crecimiento y a través de los años, los niños comienzan a lograr la realización de actividades motoras finas y gruesas. Dichas actividades se perfeccionan a partir de la práctica constante (Hay,

Levin, Sondheimer, & Deterding, 2009), del mismo modo, los niños comienzan a expresar sus deseos utilizando el lenguaje, comenzando por miradas, balbuceos y señalamientos hasta lograr pronunciar palabras aisladas, escalando en el desarrollo hasta lograr la formación de frases de más de 5 palabras, a este proceso se le conoce como desarrollo del pensamiento lingüístico, en donde se adquieren destrezas de pensamiento y lenguaje para convertirlo en conocimiento (Zambrana, Negrón, & Aponte, 2008).

Para Shulman & Capone (2010) el desarrollo cognoscitivo es un proceso continuo y paulatino, en el que se adquieren habilidades perceptuales, de memoria, imaginación, conceptualización, juicio y razonamiento; mismos que se entrelazan y complementan al desarrollo biológico y a la adaptación del niño a su ambiente y contexto. En este proceso aparecen periodos que corresponden a velocidades máximas de crecimiento o diferenciación, en los cuales la influencia de un área genera y condiciona la respuesta en otra (Martínez, 2013).

Tomando en cuenta lo citado por Hay et al. (2009), describen los primeros años de vida como periodos sensoriales, durante el cual los niños aprenden la complejidad de la relación de estímulos captados del ambiente con una respuesta motora, dando como resultado los primeros patrones de conducta. Las expectativas académicas, sociales y emocionales se van intensificando y requieren de mayor atención a medida en que el niño va creciendo, fomentando el desarrollo de las funciones ejecutivas como procesos de comprensión, secuenciación y organización (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

A medida en que los niños crecen, el pensamiento comienza a ser más lógico, logran la resolución de problemas, comprenden la dimensión espacial y comienzan a formar juicios de causalidad (Martínez, 2013).

Papalia et al. (2012) cita a Piaget, quien propone que el cambio de pensamiento en los niños depende tanto del desarrollo neurológico como de la experiencia de adaptación al ambiente, donde se ven involucrados elementos culturales y educativos.

La niñez es una etapa de transición del ser humano, no solo relacionado con cambios físicos y biológicos pero también psicosociales, es durante este periodo donde comienza el desarrollo del autoconcepto y autodefinición, logran identificar lo que quieren ser y se presentan con supuestos e imaginarios, pero presentándose ante el mundo como lo que ellos piensan de sí mismos (Zambrana, Negrón, & Aponte, 2008). Del mismo modo se empieza la elaboración y procesos de autoestima, así como la comprensión y regulación de las emociones.

Los niños comienzan a hablar de sus sentimientos, distinguen los sentimientos de otros y entienden que las emociones se relacionan con la experiencia y el deseo, dicha comprensión aumenta su nivel de complejidad con la edad. A partir del crecimiento, se va tomando mayor consciencia de los sentimientos propios, pueden regular más las emociones y responder ante el malestar de otros, a medida en que esto se internaliza y exterioriza, los niños comienzan a formar grupos de pares, dando paso a la separación de los padres e iniciando el proceso de independencia e individualidad (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Habiendo tomado consciencia de sus emociones, los niños y niñas comienzan a dar un significado al género, buscan explicar las diferencias en la conducta entre sexos, siendo la principal el juego rudo en los varones mientras que para las mujeres tienden a ser más empáticas (Pichardo, 2012). Este proceso es adquirido a partir de la socialización entre pares, medios de comunicación así como la influencia cultural, tomando en cuenta que algunas diferencias de género pueden tener bases biológicas. Existen

diferentes teorías que explican las diferencias de género, en las que se describe que la tipificación de la conducta es un proceso que prepara a los niños para las siguientes etapas de la vida y para su desarrollo en la adultez (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

El ser humano es estudiado como un ser en desarrollo, señalando diferentes niveles como el fisiológico, biológico, social y psicológico; este último es el que comprende la integración de la personalidad, la cual es versátil, se somete a fluctuaciones y que se dota de las conductas de la persona; este proceso de integración de la personalidad se ve influenciado por factores determinantes como herencia, familia, escuela, grupos sociales, medios de comunicación y otros factores socioculturales (Martínez, 2013), siendo en la niñez el inicio de la formación de la personalidad, extendiéndose hasta la adolescencia para su unificación.

Es así como en el siguiente apartado se abordarán diferentes aspectos que forman parte del desarrollo y crecimiento en la adolescencia, así como definiciones y la relación entre los procesos sociales, psicológicos y biológicos que se involucran en el desarrollo adolescente.

2.2. ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo de preparación para la adultez, durante la cual se producen experiencias de desarrollo de importancia que incluyen la transición a la independencia, adquisición de aptitudes para asumir funciones adultas, así como la capacidad de razonamiento (Organización Mundial de la Salud, 2018).

2.2.1. DEFINICIONES DE ADOLESCENCIA

García (2006) citando a Hurlock define la adolescencia desde su etimología, derivando de la voz latina “adolescere”, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez.

Francisco De La Peña (2015) define como adolescencia al periodo que se extiende entre los 10 y los 19 años. Dónde especifica que es en esta etapa en la que, por lo general, se comienzan a manifestar cambios físicos del desarrollo puberal.

Papalia, Feldman & Matorell (2012) definen la adolescencia como la transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que conlleva importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales.

La OMS (2018) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Mansilla (2000) define como adolescente a la población desde los 12 años hasta los 17 años, donde se vive un proceso de desarrollo acelerado que provocan cambios en el cuerpo.

Wohl & Erickson (1999) definen la adolescencia como la fase en la cual el individuo “sale de la niñez”, siendo esta una época en la que el individuo se está evolucionando para convertirse en adulto, que puede tener lugar entre los 12 y los 18 años.

Actualmente existen muchas teorías que definen la adolescencia, en este sentido se toma la siguiente definición de adolescencia, como la más apropiada para los fines del presente estudio: “La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, que comprende el periodo entre los 10 años y los 18 años, que está influido por factores biológicos, psicológicos y sociales propios de la edad del individuo.”

2.2.2. DESARROLLO Y CRECIMIENTO EN LA ADOLESCENCIA

Acorde con Hay et al. (2009) el paso en el desarrollo desde la infancia hasta la vida adulta implica completar la pubertad, el crecimiento somático, el desarrollo en aspectos sociales, emocionales y cognitivos en donde se avanza del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, es en esta etapa donde se establece una identidad independiente y aislada a la familia para finalmente prepararse para una profesión o vocación.

La adolescencia es la etapa en la que el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo, a su vez es una etapa de desarrollo físico y de crecimiento donde se producen cambios rápidos alcanzando la madurez física (Mansilla, 2000). Cabe mencionar que en esta etapa hay expansión y desarrollo intelectual que se acompaña del desarrollo de ideales y auto aceptación, por lo que esta fase es asociada con el crecimiento y actividad de funciones específicas que ejercen influencia en las actividades metabólicas, psicológicas y físicas de la persona (Meece, 2001).

Esta fase de crecimiento y desarrollo se ve condicionada por diversos procesos biológicos, el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (Organización Mundial de la Salud, 2018). Se ha dicho que este periodo inicia cuando las hormonas sexuales se activan y aparecen características sexuales secundarias. En la mayor parte de los varones esta edad varía entre los 10 y los 15 años, y en las mujeres entre los 9 y los 14 años (García, 2006).

Acorde con Harrocks (1994), la pubertad es la época en la cual los órganos reproductores obtienen madurez funcional, la edad promedio se da entre los 12 y los 15 años, sin embargo hay factores ambientales y fisiológicos que parecen tener influencia sobre la edad en la que se presenta esta etapa en cada individuo.

Para la gran mayoría de las mujeres, la adolescencia se marca por el principio de la menstruación, que ocurre entre los 11 y los 15 años; mientras que los varones llegan a la adolescencia cuando aparece esperma viva en su orina, aproximadamente entre los 14 y 15 años (Whol & Erickson, 1999).

El crecimiento puberal y el desarrollo físico son el resultado de la activación del eje hipotalámico al final de la infancia, al dar inicio a la pubertad se elimina la inhibición de la hormona liberadora de gonadotropina lo que hace posible la producción intermitente y liberación de gonadotropinas (Hay, Levin, Sondheimer, & Deterding, 2009). Durante la adolescencia, el peso corporal casi se duplica y la estatura incrementa entre 15 y 20%, al inicio de esta etapa los órganos duplican su tamaño, la musculatura incrementa en tamaño y fuerza (Martínez, 2013). El periodo de crecimiento en la pubertad comienza casi dos años antes en las mujeres que en los hombres; pero suele tomar casi cuatro años más en los varones que en las mujeres.

Características físicas del adolescente

1. El joven comienza a crecer con mayor rapidez que en edades anteriores, el crecimiento llega a ser tan acelerado que el varón puede crecer de 10 a 12 centímetros y aumentar de seis a siete kilos en los últimos años de adolescencia (Meece, 2001).
2. La mayor parte del crecimiento tiene lugar especialmente en las extremidades, los hombros se ensanchan, las caderas se vuelven angostas, los brazos y piernas se alargan notablemente y los pies aumentan tamaño; los músculos aumentan en masa notablemente. La voz del varón comienza a cambiar debido al rápido alargamiento de las cuerdas vocales (García, 2006).
3. Comienza la aparición del vello púbico y vello axilar, posteriormente comienza el crecimiento de vello facial. Durante la última fase de la

adolescencia crece el vello en pecho, la piel se torna más gruesa y grasosa debido a la actividad de las glándulas sebáceas (Meece, 2001).

4. Los órganos sexuales aumentan en tamaño; el pene crece en longitud y circunferencia, aumenta el tamaño de los testículos y escroto. El pene se yergue con facilidad ante diversos estímulos. El aumento en la actividad de la glándula pituitaria da por resultado la erección. Así mismo, se estimula el funcionamiento del sistema glandular endocrino que incluye la tiroides, las suprarrenales y las gónadas (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012).

Características físicas de la adolescente

1. El funcionamiento glandular de las mujeres sigue una secuencia similar a la de los varones en la adolescencia, sin embargo, hay diferentes resultados. Las jóvenes tienen un año de crecimiento máximo durante el cual crece de 5 a 10 centímetros y aumenta 4 a 5 kilos, comienza una formación de grasa subcutánea que da al cuerpo una forma redondeada y suave (García, 2006).
2. El desarrollo de los pechos y moldura de estos comienza y continúa durante varios años siguientes. Las caderas se ensanchan, surge el vello púbico y axilar, en algunos casos se desarrolla vello en pecho y alrededor de los pezones. Durante este periodo comienza la menstruación, por lo general tiene lugar alrededor de los 13 años de edad, un año después de la menarca, las jóvenes comienzan a regular los ciclos menstruales y comenzarán los periodos de fertilidad (Meece, 2001).

En cuanto a lo psicológico, se considera que la adolescencia es un periodo de individualismo progresivo y separación, los adolescentes se esfuerzan por descubrir quiénes son, qué es lo que quieren del futuro y en relación con ese objetivo, cuáles son sus fortalezas y sus debilidades (Hay,

Levin, Sondheimer, & Deterding, 2009). Así mismo, aparece una inquietud dirigida a explorarse a sí mismos y al entorno, ya que es en esta etapa donde las y los adolescentes definen su identidad social y de género (Mansilla, 2000).

En la adolescencia, todas aquellas habilidades adquiridas en la niñez deben comenzar a ponerse en práctica, tomando esto en cuenta, los jóvenes comienzan a formar compromisos con lo que quieren para su futuro (Papalia, Feldman, & Martorell, 2012). A su vez, se vuelven capaces de ver incoherencias, conflictos y similitudes en los roles que realizan en el contexto social y familiar (Pichardo, 2012)

De la misma manera, los adolescentes desarrollan mayor alcance y contenido de pensamiento, estas capacidades hacen que se vuelvan más introspectivos y autocríticos, desarrollan la capacidad de elaboración de razonamiento moral, que se vincula a las habilidades cognoscitivas. Esto se consolida al terminar de formar la identidad, donde el adolescente adopta un código ético personal, donde elige el conjunto de valores morales permitiendo la consideración de alternativas (Ibídem (2012).

2.2.3. DESARROLLO MORAL

Etimológicamente la palabra *moral* deriva del latín *mos-moris* que significan costumbre, manera, uso o práctica, que acorde con Delval (2007) regulan la conducta humana a partir de reglas o normas moldeadas por la cultura o la forma de la sociedad. La conducta moral deriva en parte de las reglas culturales básicas, que el niño asimila e interioriza. El miedo al castigo es notable en los primeros años, posteriormente comienza a desarrollarse el acto de confesar y aproximadamente a los 12 años se comienza a mostrar una reacción autocrítica al confrontarse con transgresiones (Lewis, 2006).

La moral está formada por el conjunto de normas más generales que regulan la conducta entre los individuos para la organización de la convivencia. A partir de esto se desarrollan reglas que establecen límites o fronteras hasta las que puede llegarse o lo que se puede o no hacer respecto a los demás. Esto sirve para preservar la existencia de los grupos y sus individuos (Delval, 2007).

Acorde a Ibídem (2007) la moral se construye en el desarrollo, las primeras normas morales se denominan virtudes tal como la honestidad, altruismo, generosidad y autocontrol. Partiendo de esto cita a Piaget, quien desarrolló la estructura de la moral y normas que regulan el razonamiento del niño, dichas normas pueden ser impuestas por otros hasta llegar a interiorizarse haciéndose propias.

A partir de sus estadios, Piaget (Citado en Lewis 2006), propone que en los años preoperacionales la moralidad está hecha de coacción, donde se ven las reglas como leyes administradas por los padres sin tomar motivos en cuenta. Posteriormente, en el estadio de operaciones concretas, la moralidad se transforma en aceptación de las reglas conductuales acordadas a partir de igualdad de tratamiento sin tomar en cuenta circunstancias especiales. Finalmente, en el estadio de operaciones formales las reglas se comienzan a constituir a medida de las necesidades del grupo siempre y cuando estas hayan sido acordadas, se toman en cuenta los motivos y circunstancias haciendo un sentido de justicia (Ibídem, 2006).

Para obtener resultados, Piaget realiza una serie de estudios con niños a quienes se les contaba historias que se evaluaban con diferentes grados de moralidad o bondad. Como resultado obtuvo que antes de los 7 años, los niños valoran las acciones por la intención y no por el resultado. A partir de esto se genera un sentido de responsabilidad objetiva donde se

le da mayor peso a la intención de un acto que a la realización del mismo; posteriormente se comienza a generar el sentido de justicia donde se comienza a tomar en cuenta la sensación expiatoria y la sensación de reciprocidad, en la primera se plantea un castigo en relación al acto mientras que en la segunda busca reparar las consecuencias del acto (Papalia, Feldman & Martorell, 2012).

Al obtener estos resultados desarrolla una gama de sentidos de justicia que se forman a partir del desarrollo del niño:

1. Justicia inminente: se forman castigos o sanciones por la naturaleza del acto.
2. Justicia basada en la sanción: Se debe castigar al culpable siempre.
3. Justicia retributiva: se premia a la persona en retribución de su esfuerzo y méritos.
4. Justicia distributiva: se distribuyen los bienes favoreciendo a todos por igual (Delval, 2007).

Papalia et al. (2012) cita a Kohlberg, quien partiendo de lo propuesto por Piaget propone que el desarrollo moral se acompaña de la maduración cognoscitiva; la gente avanza en el juicio moral a medida de que se liberan del egocentrismo adquiriendo la capacidad del pensamiento abstracto. De este modo, propone tres etapas en el desarrollo del juicio moral, indicando que no solo varían los estadios del desarrollo moral, pero fluctúan en el propio nivel de razonamiento hacer a de los problemas morales (Lewis, 2006).

En el primer nivel propone que hay obediencia por miedo al castigo y disposición a la obediencia a cambio de recompensas. En su segundo nivel sugiere que la moralidad se basa en mantener buenas relaciones mediante la aprobación social respetando la autoridad. Y finalmente, en el último nivel

argumenta que la moralidad es vista como un contrato social aceptada como ley democrática haciendo conciencia de la individualidad y cumplimiento de los principios éticos (Meece, 2001).

Por lo que podemos concluir que el desarrollo moral se centra en la concepción que se tiene sobre las reglas, la igualdad, equidad y sentido de justicia. Esto se desarrolla partiendo del contexto donde la persona se desenvuelve tomando en cuenta aspectos característicos como lo son la cultura y valores, así como ética.

2.3. CONDUCTA SUICIDA

El suicidio es un tema que ha generado gran impacto a nivel mundial en los últimos años, sin embargo no es un tema novedoso. Hablar de conducta suicida es hacer referencia a un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas, sin embargo la actitud que se ha tenido frente a ello se ha ido transformando, actualmente se considera un tema de vital importancia, especialmente en los grupos etarios más jóvenes.

2.3.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A través del tiempo se ha reconocido la conducta suicida como un acto psicosocial, se ha apreciado y estudiado desde puntos de vista filosóficos, religiosos, intelectuales e incluso económicos. Partiendo de estas especificaciones se evaluará el suicidio a través de la historia y posteriormente se ahondará en los conceptos y noción de la conducta suicida.

Históricamente el suicidio es reconocido desde las culturas primitivas como la egipcia, Galia, Nórdica, en la cultura Maya entre otras (Vicente & Ochoa, 2017). Dichas culturas, a partir de sus creencias y costumbres, toleraban la práctica del suicidio en ciertas situaciones, tales como salvar el honor de una persona evitando el ultraje o vergüenza pública.

La sociedad Griega es una de las primeras culturas en abordar el suicidio como un tema serio (Amador, 2015). Socialmente se tenía una percepción sobre el suicidio como acto ofensivo contra el Estado. De acuerdo con Fidel de la Garza (2008), dichos actos eran castigados mutilando el cuerpo del suicida y negándole el entierro en sitios convencionales.

Platón y Aristóteles consideraban que se trataba de actos sociológicos-filosóficos y de alguna manera políticos, sin embargo, difieren en la consideración del acto suicida. Platón suponía que el suicidio era un delito contra la sociedad, no obstante, podía permitirse dicho suceso como respuesta a eventos graves (De La Garza, 2008). Por el contrario, Aristóteles condenaba el suicidio como acto cobarde y atentado contra el Estado, aunque era condonado si el Estado lo aprobaba y este era aceptado por el Senado, tomando así el pensamiento de suicidio como una problemática social (Vicente & Ochoa, 2017).

Los conceptos anti-suicidas de la sociedad Griega fueron retomados en el imperio Romano, en donde se viven dos grandes etapas de reflexión sobre la percepción del acto. Por una parte, se condonaba el suicidio si era una forma de heroísmo, abnegación o defensa de honor; por otra, se penalizaba el suicidio como medida preventiva a atentados contra el Estado (De La Garza, 2008).

De acuerdo con Vicente y Ochoa (2017), se comienza a otorgar la interpretación de “sin control de la mente” *Non Compos Mentis*, para aquellos estados suicidas bajo enfermedades, dando así inicio a la conducta derivada de un estado mental alterado.

En la edad media, la iglesia tenía gran influencia sobre los pueblos, por lo que el suicidio se consideró tabú marcando el inicio de una mentalidad social y cultural apreciando al suicidio como castigo social y religioso. Se explicaba el suicidio desde perspectivas religiosas como incumplimiento al V mandamiento, empero la conducta era condonada para los sacerdotes debido a los conceptos impartidos por Platón, quien lo justificaba como acto divino (Amador, 2015). De la misma manera, se condonaba el fenómeno si se cometía como acto heroico (De La Garza, 2008). Por otro lado, el suicidio era castigado a nivel social considerándolo como acto demoniaco, ampliando los castigos a los suicidas y a la vez previniendo la propagación de la conducta suicida en los pueblos (Amador, 2015).

Para los siglos XVII y XVIII se modificaron los conceptos del suicidio castigado, donde se empieza a retomar el concepto de *Non Compos Mentis* y a relacionarlo con los términos de ira y depresión. Posteriormente se aborda el suicidio desde el campo clínico, asociándolo a estados depresivos como lo menciona Burton en su libro "*Anatomía de la Melancolía*", abriendo de este modo la comprensión del acto suicida en diversos campos, como lo hace Durkheim en abordajes desde la rama sociológica en su libro "*Le Suicide*" (Vicente & Ochoa, 2017).

La conducta suicida comienza a tener reconocimiento como problema de salud mental en la juventud a finales de la década de los 70 y principios de los 80 (Pfeffer, 2006). En la salud pública, la conducta suicida infantil empieza a tornarse relevante en México en las últimas décadas; aceptando el acto como semejante al de un adulto, aplicando las características evolutivas típicas de cualquier concepto patológico aplicado en la infancia (Tovar, 2015).

Por lo tanto, es claro que el fenómeno del suicidio ha existido desde hace siglos, dejando diferentes valoraciones que se han transformado a

través de la historia, lo cual ha dependido de diversos factores sociales, políticos, religiosos, familiares, posición socioeconómica, entre otros. No obstante, aún existen muchos cuestionamientos en torno a este comportamiento por lo que, es pertinente la presentación de criterios para definir la conducta suicida.

2.3.2. CRITERIOS DE DETERMINACIÓN

Tomando en cuenta que el fenómeno suicida ha existido por un largo periodo de tiempo, donde se ha considerado desde diversos factores contextuales, es oportuno mencionar los criterios de determinación de las diferentes fases de la conducta suicida.

2.3.2.1. CRITERIOS PARA DETERMINAR IDEACIÓN SUICIDA

Parte de la iniciación de la conducta de forma activa por parte del propio sujeto con la producción de daños evidentes como cortaduras, ingesta excesiva de sustancias o ingesta de sustancias tóxicas al conocer las afecciones que tiene su consumo, esto ocurre sin desenlace fatal, sin embargo, hay conocimiento de que la acción iniciada puede causar daños (Alcántar, 2002).

De acuerdo con Bodón y Ríos (2016), la ideación suicida incluye el deseo de morir, representaciones suicidas, ideas sin planeación de la acción o planes inespecíficos, métodos no específicos y con métodos planificados.

Partiendo de lo anteriormente mencionado, para la presente investigación se incluyen como criterios de determinación para ideación suicida la intencionalidad de iniciar el acto a partir de daños evidentes con el deseo de morir, sin una planeación específica que ocurre sin un desenlace fatal.

2.3.2.2. CRITERIOS PARA DETERMINAR INTENTO DE SUICIDIO

Marchori (Alcántar, 2002), hace una clasificación de los intentos de suicidio, basada en la intención del acto suicida a través del método elegido, donde establece que la gravedad del acto está determinado por las circunstancias del lugar y las personas contempladas en el contexto en que el sujeto se dispone a morir.

En el acto no ocurre un desenlace fatal, la iniciación de la conducta hubiese llegado a la muerte de no ser por algún factor propio o ajeno que lo detuvo, debe existir conciencia de que la conducta autoinfligida tiende a producir la muerte de manera objetiva, este tipo de acto puede ser llevado a cabo cuando hay sobredosis de alcohol (Ibídem, 2002).

Se determina como intento de suicidio para la presente investigación a todo acto con intencionalidad del acto suicida mediante métodos planificados realizado en consciencia de que la conducta tiende a producir la muerte, esto sin llegar a un desenlace fatal ya que factores externos detuvieron la consumación del acto.

2.3.2.3. CRITERIOS PARA DETERMINAR SUICIDIO

Parte de un desenlace fatal, con indicaciones de auto-iniciación del acto aunque el desenlace no lo realice el propio sujeto, donde el propio sujeto conoce que la acción que ha iniciado produce un desenlace de muerte, se considera la intencionalidad de morir, la fatalidad del desenlace obtenida como efecto directo y principal de la conducta realizada, excluyendo que el acto haya sido llevado a cabo durante un cuadro psicótico (Alcántar, 2002).

Tomando esto en cuenta se considera para la presente investigación que los criterios para determinar el suicidio parten de indicadores de

autoiniciación del acto suicida reconociendo que la acción iniciada tiene como desenlace la muerte, se realiza con la intención de morir llegando a un resultado fatal.

Una vez definidas las características de las conductas suicidas, ya se puede hablar de conceptos que les definen, haciendo mención que uno de los principales problemas en el estudio de dicho fenómeno es la propia definición.

2.3.3. DEFINICIONES DE CONDUCTAS SUICIDAS

Acorde a Alcántar (2002), se determina como conducta suicida una serie de términos relacionados, haciendo mención de tres grandes categorías en el espectro: suicidio consumado, intento de suicidio y las ideas de suicidio.

Pfeffer (Valdivia, 2015) define la conducta suicida como la preocupación o acto que busca intencionadamente causarse daño o la muerte a sí mismo. Hace referencia a un continuo que va desde la ideación suicida en sus distintos grados de intensidad hasta el suicidio consumado pasando por el intento de suicidio.

Es de importancia considerar que el comportamiento suicida está conformado por un espectro continuo de conductas como la ideación de autodestrucción, amenazas, gestos, intentos y la consumación del acto suicida.

Habiendo tomado esto en cuenta, se define conducta suicida para esta investigación como la serie de términos relacionados y continuos, conformado por un espectro de conductas que oscilan desde la ideación suicida, tentativa de suicidio y hasta la consumación del acto fatal.

2.3.3.1 DEFINICIÓN DE IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida es un concepto amplio que incluye tanto pensamientos inespecíficos sobre el valor de la vida y hasta pensamientos concretos de la consumación de la muerte o suicidio.

Se refiere a todo acto realizado por la persona, que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo, incluyendo en la intencionalidad del acto el deseo de la muerte (Alcántar, 2002).

Silverman, Breman, Sanddal, O'Carrol & Joiner (2007), consideran a la ideación suicida como un comportamiento que incluye la perseverancia de pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida y los modos de desear la muerte, incluyendo objetos con los que se realizará, puede ser pasiva o activa pero aún no llegar a alguna lesión.

La APA, acorde a Valdivia (2015), define como ideas o deseos suicidas a un amplio rango de pensamientos de falta de valor de la vida, pasando por deseos más o menos intensos de estar muerto, hasta pensamientos de terminar con la vida con la planificación de un acto letal.

De acuerdo con Francisco De La Peña (2015) la ideación suicida parte de aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

La ideación suicida incluye pensamientos intrusivos, persistentes e inespecíficos del valor de la vida y la consumación de la muerte, refiriéndose a todo acto realizado por la misma persona de forma deliberada sobre la muerte autoinfligida y la manera en que se desea consumir el acto.

2.3.3.2 DEFINICIÓN DE INTENTO DE SUICIDIO

De acuerdo con Kreitman, citado en Alcántar (2002), es definido el intento de suicidio como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere medicamentos a dosis superiores de las prescritas, además de considerar el deseo de morir.

Stengel (Ibídem, 2002), define el intento suicida como cualquier acto de autoprejuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vago o ambiguo. Por otro lado, Diesktra (García, 2006), lo define como un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o se las causaría si los demás no interfirieran.

Mardomingo (Alcántar, 2002), configura el concepto de intento de suicidio o parasuicidio como todo acto realizado por la persona, que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada sin tener como resultado la muerte, con la intencionalidad de dañarse a sí mismo con la presencia o ausencia de deseo de muerte en la consumación del acto suicida.

González (2002) define el intento suicida como un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida, que no siempre tiene como propósito subyacente la motivación del suicidio, esto a partir de autolesiones siendo el propósito voluntario y consciente quitarse o no la vida. A su vez, Valdivia (Valdivia, 2015), define el intento suicida como aquel acto suicida que no dio como resultado la muerte.

Acorde a O 'Carroll et al. (2007), el intento de suicidio como una conducta potencialmente autolesiva con resultados no fatales, para la cual existe evidencia de algún grado de intención de morir. Por otro lado, la APA (Ibídem, 2015), lo define como la conducta de auto daño, provocada conscientemente con la intención de suicidarse, pero sin resultado de muerte.

El Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio de la Asociación Americana de Suicidología propone la definición del intento suicida como un acto potencialmente autolesivo sin resultado fatal en el cual hay evidencia de que la persona intentaba matarse, pero fracasó (Silverman, *The Language of suicidology.*).

De La Peña (2015) define el intento de suicidio o parasuicidio como todo acto no accidental de envenenamiento, sobredosis y autolesión que no finalizaron con la muerte de la persona, independientemente de si este quería morir o no.

Para fines de la presente investigación se define como intento de suicidio a todo acto no mortal en que la persona, de forma deliberada se autolesiona, con intencionalidad autodestructiva teniendo como propósito subyacente la motivación del suicidio sin que el acto logre como resultado la muerte.

2.3.3.3. DEFINICIÓN DE SUICIDIO CONSUMADO

El suicidio consumado incluye todos los actos autoinflingidos por la persona que dan como resultado su propia muerte (Alcántar, 2002). Por su parte la OMS (2017) define el suicidio consumado como toda defunción por lesiones auto infligidas intencionalmente.

Se define suicidio a una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. El homicidio de sí mismo, el acto que termina en la muerte propia (Bodón & Ríos, 2016).

Valdivia (2015) define como acto suicida a todo acto por el que el individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil. A su vez, citando a la *American Psychology*

Association (APA), definiendo el suicidio como la muerte autoinfligida con evidencia de que la persona intencionó su muerte.

Tomando esto en cuenta para presente investigación se define como suicidio consumado a todo acto autoinfligido por la misma persona de forma intencional, utilizando métodos determinados y en pleno conocimiento de que el resultado del acto será la muerte.

2.4. APROXIMACIONES TEÓRICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Acorde a García (2006) se comienza la elaboración de teorías que explican la conducta suicida en el siglo XIX tomando en cuenta diferentes enfoques, las principales son las que surgieron de las teorías psiquiátricas y sociológicas uniéndose posteriormente teorías psicodinámicas y cognoscitivas.

2.4.1. TEORÍAS PSIQUIÁTRICAS

El suicidio desde la perspectiva psiquiátrica se ha considerado desde dos orientaciones: clásica y epidemiológica.

a) Orientación clásica en la perspectiva psiquiátrica.

Se basa en la idea del suicidio como consecuencia de enfermedad mental (Alcántar, 2002). Surge en la primera mitad del siglo XIX tras estudios en escuelas francesas. Pinel, citado por García (2006), introduce al suicidio como una conducta mórbida, su pupilo Esquirol, describe esta conducta como un síntoma psicótico causado por incidencias de la vida, considerándolo como una crisis de afección moral.

Por otro lado, Deshaies criticaba la orientación clásica ya que postulaba que se tenía un razonamiento lógico del suicidio, por lo que propone que, si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas por lo tanto son enfermos mentales (García, 2006).

b) Orientación epidemiológica en la perspectiva psiquiátrica.

Partiendo de esta perspectiva, el suicidio se define como un acto dirigido a terminar con la vida de manera autoinfligida y autodeterminada, derivándose la conducta suicida desde dos tendencias: una que impulsa a autodañarse y autodestruirse y otra que impulsa a los demás a mostrar preocupación por el sujeto que actúa (Alcántar, 2002).

El presente enfoque es común en la investigación, trata de unir aspectos individuales del sujeto, así como los sociales, identifica grupos de riesgo y clasifica las características en común, así como la determinación de posibilidades debido a factores de riesgo (García, 2006).

En la actualidad, el enfoque psiquiátrico plantea que el suicidio es raro en sujetos que no presentan trastornos psiquiátricos (Ross & Arranz, 2006). Además, propone que los trastornos afectivos son los de mayor frecuencia entre los sujetos suicidas, sugiriendo que en gran medida los trastornos psiquiátricos conllevan un incremento en el riesgo de comportamientos suicidas, sin que esto sea un factor determinante para cometer el acto (Barionuevo, Brito, & Wolfenson, 2011).

2.4.2. TEORÍAS SOCIOLÓGICAS

La concepción de las teorías sociológicas parten de las obras del sociólogo Durkheim "Le Suicide", libro publicado en 1897 (Ibídem, 2011), colocando como punto de referencia las investigaciones sociológicas sobre el suicidio, a su vez define el suicidio como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir este resultado (Alcántar, 2002).

Durkheim (García, 2006) dentro de sus investigaciones sociales, se apoya en cuestiones de necesidades emocionales y mentales donde plantea que el hombre es un ser emocionalmente social que tiene una necesidad de pertenencia por lo que asume ciertas reglas y normas para sentirse parte de un grupo integrado, sugiriendo que la imposibilidad de satisfacer la necesidad de pertenencia a un grupo social es una causa de conductas autodestructivas.

Sugiere que la frecuencia del suicidio varía de manera inversamente proporcional al grado de integración social, a menor integración social mayor la probabilidad de conductas autodestructivas y suicidas. Para el sociólogo, la moral y el clima social son factores modeladores en las tasas de suicidio, de la misma manera, separa el suicidio de la muerte por imprudencia, sin embargo, propone mirar los acontecimientos como aspectos de relación, como una totalidad (Rodríguez, González, García, & Montes de Oca, 1990).

Tomando en cuenta a Barionuevo, Brito & Wolfenson (2011), Durkheim identifica tres tipos de suicidio bajo el supuesto de que los diferentes tipos de integración social producen diferentes tipos de suicidio:

1. Suicidio egoísta: considerado la máxima causa del suicidio, donde el sujeto carece de vínculos sociales y tiende al aislamiento (García, 2006).
2. Suicidio altruista: la sociedad dicta la acción suicida por exceso de integración al grupo social.
3. Suicidio anómico: producido cuando hay trastornos o cambios que rompen el equilibrio entre el sujeto y la sociedad dejando a la persona sin un modelo funcional de normas o alternativas (Alcántar, 2002).

Dohrenwend reconoce un cuarto tipo de suicidio retomando a Durkheim:

4. Suicidio fatalista: presentado como una solución a un estado de control insoportable (García, 2006).

Tras la realización de estudios comparativos en diversos países donde se pretendía encontrar causas del suicidio, Durkheim encontró que el suicidio es el resultado de la influencia y activación de hechos sociales que interactúan en estados individuales. Asimismo, resalta que el comportamiento suicida está más presente en ciudades, mayor propensión en el sexo masculino y que la tendencia aumenta con la edad, defendiendo que la raza o la edad no tienen influencias llamativas en cuestiones de herencia en la conducta suicida (Rodríguez, González, García, & Montes de Oca, 1990).

Acorde a García (2006), otros autores dentro de este enfoque estudian la relación de la conducta suicida con diversos aspectos sociales. Martin y Gibbs proponen una teoría de desintegración del estatus social con el índice de suicidio, por su parte, Henry y Short se basan en el constructo psicológico de frustración- Agresión propuesto por Dollar, Doob, Millar y Sears como concepto básico, en esta relación explican que el suicidio es parecido al homicidio. Exponen que cuando el ambiente es frustrante, el individuo puede bloquearse o frustrarse al intentar alcanzar metas dando como resultado conductas agresivas.

2.4.3. TEORÍAS PSICOANALÍTICAS

Las teorías psicoanalíticas se basan en los conceptos de depresión planteados por Freud, quien postula la existencia de una pulsión de muerte. La sociedad psicoanalítica de Viena plantea en 1910 una visión del suicidio como un homicidio frustrado o agresividad interiorizada. Posteriormente

Shekel postula que nadie se mata a sí mismo a menos que desee la muerte de otros (Rodríguez, González, García, & Montes de Oca, 1990).

Freud, en sus obras “Duelo y Melancolía” y “Más allá del principio del placer” comienza a asociar el suicidio con la depresión y agresión introyectada. A su vez, plantea que el suicidio es un síntoma doloroso, producto de tendencias autodestructivas, a partir de ello concluye que hay dos instintos o pulsiones, el de vida y el de muerte (Alcántar, 2002). La fusión de los impulsos sexuales con los agresivos los libera de su cualidad destructiva permitiendo una sublimación que conduce a la persona a tener un proceso de vida positivo. La condición de dicha fusión es importante ya que la autodestrucción emerge cuando el funcionamiento del elemento neurotizante emerge del amor siendo complejo o ineficaz. Por lo tanto, en el suicida el impulso destructivo se desborda poniendo fin inmediato a la existencia personal, siendo esto la manifestación extrema de pulsiones de muerte dirigidas contra sí mismo (Kogan, 2017).

Por su parte, Menninger propone que las tendencias autodestructivas son series de actos que no se consideran suicidas, pues el componente agresivo puede conducir a destrucción crónica y gradual. En su obra “El Hombre Contra Sí Mismo” sugiere que el impulso hostil en la idea del suicidio se compone por 3 aspectos: 1. La idea de la muerte mediante la anulación de las tensiones o el deseo de pasividad. 2. Deseo de estar muerto, que resulta del deseo de ser castigado o del sufrimiento consiente como resultado de culpa. 3. Deseo de morir a partir de manifestaciones de pulsión de muerte poniendo fin a la persona misma (Alcántar, 2002). A su vez suscita 2 categorías para el suicidio: 1. Suicidio crónico, aquel inducido por alcoholismo, conductas antisociales, invalidez crónica, martirio y psicosis. 2. Suicidio localizado, aquel que se manifiesta mediante automutilación, enfermedades fingidas, accidentes intencionados y frigidez (García, 2006).

Adler formula que el individuo es un ser sociable, no aislado que forma parte de un contexto social, enfatiza la inferioridad como víctimas potencialmente suicidas, por lo que esboza que la tendencia suicida se desarrolla en personas cuyo método de vida ha dependido de cualidades y apoyo de otras personas. Por lo que puede tomarse el suicidio como un acto de venganza o como la única salida de la persona (Ibídem, 2006).

Por otra parte Horney considera que las formas distorsionadas del desarrollo nacen de trastornos provocados culturalmente en el desarrollo de la niñez, lo que lleva al desarrollo neurótico, de forma que aparecen conductas que inducen a un proceso de angustia. A medida que la persona se esfuerza por vencer dicha angustia se produce un tipo de fracaso del desarrollo del yo, dando paso a una desalineación de la persona viendo como escapatoria al acto suicida (Rodríguez, González, García, & Montes de Oca, 1990).

2.4.4. TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Las teorías psicológicas explican la conducta suicida desde un enfoque fenomenológico (Alcántar, 2002). Shneidman plantea conceptos que explican la ocurrencia de la conducta suicida, 1. Presión de eventos importantes que influyen en los pensamientos y la conducta, así como en los sentimientos. 2. Pena, basada en el castigo psicológico como resultado de la frustración. 3. Perturbación como el grado del trastorno en el que se encuentra la persona (García, 2006).

Por otro lado, Aarón Beck en su “Terapia Cognitiva de la depresión” propone que la sintomatología depresiva surge progresivamente de patrones cognitivos negativos distorsionados en la triada cognitiva, compuesta por visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar experiencias de forma negativa y la visión negativa acerca del mundo. Por

lo que plantea que la ideación suicida es una expresión de huida ante la problemática insoportable (Ibídem, 2006).

Propone que la persona suicida, tiene como característica una ambivalencia interna, fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, conflicto que sucede previo al acto suicida. Además, hay otras ideas suicidas y pensamientos que incrementan el deseo de muerte y por lo tanto la intensidad (Alcántar, 2002).

Por su parte, Jung (Barionuevo, Brito, & Wolfenson, 2011) definió ciertas circunstancias para que el acto suicida se produjese. Señala la necesidad de que la persona se vea envuelta y sobrepasada por alguna condición anímica intensa. De la misma manera, Lowen se refiere al suicidio como producto de una existencia inauténtica, dada por una falta de contacto, haciendo un análisis de las condiciones ambientales y culturales del modelo de vida centrado en el éxito y apariencias externas, de este modo relaciona la enfermedad mental con la conducta suicida (Ibídem, 2011).

2.4.5. OTRAS TEORÍAS

Existen diferentes teorías mediante las que puede explicarse el suicidio, cada teoría parte de diversas perspectivas para justificar el fenómeno, por lo que cabe mencionar otras teorías y perspectivas que se han propuesto a través del tiempo.

Teoría psicosocial del estrés: El modelo psicosocial del estrés comprende los mecanismos psicológicos del suicidio mediante modelos que proponen que la tensión sostenida resulta como efecto negativo sobre el comportamiento psicosocial, inmunológico y neurobioquímico (García, 2006).

Sugiere en proceso en la conducta suicida, que se explica desde esquemas psicológicos del estrés como resultado de la interacción entre el hombre y el medio en el que vive, cuyo deterioro o funcionamiento mal adaptativo provoca en la persona la pérdida del sentido de la vida, aspiración a la desesperanza y pérdida de la realidad (Ibídem, 2006).

Plantean que el suicidio es originado por la interacción del individuo y su medio social, como alternativa individual caracterizada por la expresión de personalidad y que define el sentido psicológico y social que la persona ha adquirido. Cuando las exigencias sociales están por encima de los intereses del individuo puede provocar reacciones emocionales negativas que conllevan a conductas suicidas, por lo que no hay situaciones que conduzcan objetivamente al suicidio, esto depende del reflejo subjetivo de la realidad y el contexto sociocultural (Ibídem, 2006).

Perspectiva ecológica: La perspectiva ecológica percibe el fenómeno del suicidio como multifactorial, Henry, Stephenson, Hanson y Haggott proponen 4 niveles que se asocian a la conducta suicida, los microsistemas como los sistemas económicos, creencias y valores culturales. Exosistema como las instituciones y espacios sociales. Microsistemas siendo aquellos ámbitos inmediatos de desarrollo como la familia y el sistema Individual que se basa en la historia personal y características psicológicas de la persona. Por lo que concluyen que la conducta suicida es un fenómeno multifactorial, resultado de un problema en un proceso dinámico que no debe ser visto como un hecho aislado (García, 2006).

2.5. EPIDEMIOLOGÍA

Al estudiar la conducta suicida se debe considerar que es un fenómeno complejo, ya que no existe una única razón por la que las personas deciden poner fin a su vida. En la actualidad, los perfiles epidemiológicos indican que

la población infantojuvenil son grupos etarios con mayor riesgo suicida (García, 2006).

Acorde a la OMS (2018), cerca de 800,000 personas se suicidan cada año, por cada suicidio hay mayor tentativa de suicidio anualmente, lo que convierte al parasuicidio como un factor de riesgo de gran importancia en grupos etarios infantiles y adolescentes. La frecuencia a nivel mundial de intento suicida registrada por la OMS es 20 veces mayor a la de suicidio consumado en edades entre los 15 y 24 años (Cuello, 2017). En los grupos etarios más jóvenes, los varones presentan una mayor tasa de suicidio de aproximadamente 5 veces más alta que las mujeres, sin embargo la incidencia de tentativa suicida es tres veces más alta en mujeres que en varones (Hay, Levin, Sondheimer, & Deterding, 2009).

En el año 2006 se reconoce el suicidio como la quinta causa de muerte a nivel mundial en niños y adolescentes de entre 5 y 14 años de edad (Pfeffer, 2006), mientras que en el año 2016 se reconoce como la segunda causa de defunción en un grupo etario de entre 15 y 19 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2018). Conforme a lo publicado por Lee, citado en Our World In Data (2016), las tasas de suicidio a nivel mundial en grupos etarios de los 5 a los 14 años en el año 2016 fue de 0.64 por cada 100,000 habitantes, dando como resultado un registro de muertes por suicidio de 7,975.26 totales en ese año, por lo que la OMS estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio (Servicio Andaluz de Salud, 2010).

En México se ha presentado incremento en la tasa por consumación de suicidio a través de los años, la tasa registrada por suicidios infantiles aumenta de 3.4% en el año 2000 a 5.2% en 2014, donde se observa que un 40.8% de suicidios consumados ocurrieron en edades entre los 15 y 29 años de edad. Las estadísticas para el mismo grupo etario arrojadas fueron de 0.94 por cada

100, 000 habitantes en 2016 por lo que se dio como registro en un total de 219.25 muertes por consumación del acto suicida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

Actualmente el estado de Hidalgo se sitúa en el vigésimo primer lugar a nivel nacional en el registro de suicidios consumados, con un porcentaje de 4.4% por cada 100 mil habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016). Acorde a cifras arrojadas por INEGI, en el 2010 se registraron un total de 12 muertes por suicidio consumado en edades de los 10 a los 19 años de edad, donde 5 fueron mujeres y 7 hombres. En el año 2016 se registró para el mismo grupo etario un total de 32 casos de muerte por suicidio, donde 13 fueron mujeres y 19 hombres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2018). Respecto a edad y sexo, sobresale una proporción de 5 casos por cada 10 personas suicidas, integrada por mujeres entre los 15 y 19 años de edad, mientras que los hombres el 16.1% de los casos eran mayores (García, 2006).

Partiendo de lo citado en el artículo *Suicide* (Our World In Data, 2016), la OMS publica en 2014 un reporte para la prevención del suicidio, con la finalidad de incrementar el reconocimiento del suicidio como una problemática de salud pública, invitando a los países miembros de la organización a implementar medidas de prevención. Tras estudios realizados de manera transversal en la aplicación de medidas preventivas en la conducta suicida, se destaca una disminución en la consumación del suicidio, representando en 1990 un registro anual de entre 850, 000 y 860, 000 muertes globales al año a un aproximado de 817, 000 en el año 2016 en grupos etarios de entre 15 y 29 años de edad (Our World In Data, 2016).

2.6. SUICIDIO Y COMORBILIDAD

El suicidio es el resultado de la afluencia de diversas situaciones que se combinan para generar un espectro de comportamientos, entre ellos el

suicidio. Las variables que pueden influir en la conducta suicida son múltiples, ya que el comportamiento suicida está determinado por la interrelación de diferentes factores, los cuales interactúan de un modo distintivo en cada sujeto, haciendo especial hincapié en factores sociodemográficos, de funcionamiento psicológico y asociados a psicopatología, factores genéticos y biológicos así como desesperanza y conductas suicidas previas (Valdivia, 2015).

Para Hay et al. (2009), la conducta suicida se podría presentar con síntomas somáticos como dolor abdominal, cefalea, mareo, síncope, fatiga, dificultad en la conciliación del sueño entre otras que podrían justificarse desde la causa biológica, sin embargo deben tomarse mayormente en cuenta que dichas conductas parten de una base emocional. Con respecto al espectro de comportamientos suicidas, Caveth y Gottlieb (Alcántar, 2002) plantean una jerarquía de factores que intervienen en la conducta, estos son:

1. Nivel de desesperanza
2. Ideación del suicidio
3. Intentos previos de suicidio
4. Estado emocional y afectivo
5. Baja densidad de redes de apoyo
6. Desintegración social
7. Pérdidas afectivas recientes
8. Estatus mental
9. Deseo de ayuda

Los factores precipitantes se originan y posibilitan de una conjunción entre las dificultades para tener una influencia en los demás.

Acorde con Bodón & Ríos (2016) la OMS, se deben tomar en cuenta factores psiquiátricos como depresión, trastornos del estado de ánimo,

ansiedad y trastornos de la conducta y personalidad, así como impulsividad, desesperanza y abuso en el consumo de sustancias. De la misma manera se deben considerar los antecedentes familiares de suicidio, maltrato o abuso a la persona; prestando atención a la disponibilidad de medios para cometer el acto, residencia, situación laboral, escolar y económica, así como creencias culturales y religiosas.

En 2011, la sección de Suicidología de la Sociedad cubana de Psiquiatría refirió que los sujetos que intentan el suicidio o se suicidan se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, como provenir de modelos familiares con desventaja socioeconómica, dificultad en aspectos educativos, presencia de psicopatologías como depresión, abuso de sustancias, conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva (Kogan, 2017).

La presencia de ciertos trastornos prevalentes se encuentra ligada a la conducta suicida, los que presentan una mayor vinculación son: depresión, trastorno bipolar, alcoholismo, esquizofrenia, consumo de sustancias y anorexia nerviosa entre otros (Bodón & Ríos, 2016).

Shaffer, describe dos grupos menores que cometen suicidio, el primero incluye menores socialmente aislados y con madre portadora de patologías psiquiátricas y el segundo grupo se caracterizaba por conductas agresivas, impulsivas y con problemáticas en el desempeño escolar (Sankey & Lawrence, 2005). Retomando este estudio se realizan nuevas investigaciones en las que se observan tres grupos en los que se llevaban a cabo conductas suicidas (Valdivia, 2015). El primero que se caracterizaba por dificultades crónicas en ámbitos familiares, de salud mental y de funcionamiento escolar. El segundo grupo se componía de características de experimentación de eventos vitales críticos en los que el suicidio surgía como respuesta impulsiva o en el contexto de estados depresivos. Finalmente, el tercer grupo consiste en su totalidad de

personas fallecidas en actividades de alto riesgo vital como el consumo excesivo de sustancias, conducción peligrosa en actos de riesgo (Valdivia, 2015; Sankey & Lawrence, 2005).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio se enmarca en la metodología cuantitativa con un diseño cuasiexperimental, de modo transversal retrospectivo. El carácter cuantitativo de la investigación se determinará mediante la recolección de datos de una población cautiva de tipo exploratorio.

3.2. SUJETOS

La población del presente trabajo corresponde al total de expedientes de consulta del servicio de paidopsiquiatría que asistieron de forma general a la consulta en las fechas partiendo del 01 de enero y hasta el 31 de diciembre del año 2017 con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a) Criterios de inclusión :

Grupo etario entre los 4 y los 17 años 11 meses, con características de conducta suicida, que recibieron atención del servicio de paidopsiquiatría en el Hospital del Niño DIF Hidalgo.

b) Criterios de exclusión:

Grupo etario por debajo de los 4 años o superior a los 18 años.

3.3. MATERIALES

Mediante el uso de la plataforma utilizada en el Hospital del Niño DIF Hidalgo para el manejo, control y llenado de expedientes “Histo Clin” se accederá a los expedientes para la recolección de datos como edad, sexo, fecha de asistencia a la consulta, presencia de conducta suicida, comorbilidad en conductas autolesivas al igual que diagnósticos psiquiátricos comorbidos a la conducta suicida.

3.4. PROCEDIMIENTO

Posterior a la aprobación ante comité de enseñanza y comité de bioética se accederá a la plataforma “Histo Clín” para tomar en cuenta la presencia de conductas suicidas en los pacientes que asistieron de forma general a la consulta en el servicio de paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo.

3.5. TÉCNICA DE ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se empleará el uso de *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) se realizará un estudio de estadística descriptiva donde se pretende encontrar correlaciones significativas en la prevalencia de la conducta suicida y características de diagnóstico situacional como lo son edad, sexo, comorbilidades diagnósticas en el campo de la salud mental y fechas de mayor prevalencia en los comportamientos suicidas.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la presente investigación se toman en cuenta consideraciones éticas con la finalidad de salvaguardar la integridad de los participantes, la institución anfitriona y del investigador. Por este motivo se parte del Código de Ética del Psicólogo que considera el respeto a la dignidad y derechos de las personas, mostrando preocupación por el bienestar de cualquier individuo mediante el manejo íntegro, honesto, preciso y objetivo para la minimización de los sesgos y la evitación de conflictos de intereses partiendo de

procedimientos éticos para el manejo de la información de forma confidencial aumentando el conocimiento sobre el tema y promocionando el bienestar de la humanidad (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Tomando esto en cuenta, se garantiza que la información se basó en conocimientos válidos y sustentados científicamente, planteando y conduciendo el proyecto apegado a las leyes federales, estatales y reguladoras de la participación de humanos, tales como la Declaración de Helsinki donde se plantea la formulación de un protocolo experimental que se presenta bajo comités previo a la intervención con seres humanos (Asociación Médica Mundial, 2017), cuestión que se retoma en el Código de Núremberg, que a su vez, plantea que toda investigación debe ser llevada a cabo y supervisada por personal cualificado, por este motivo se lleva una supervisión y asesoría teórica y metodológica, así como el planteamiento de consideraciones éticas ante un comité especializado en el tema (Tribunal Internacional de Núremberg, 1989).

A su vez, la Ley General de Salud en Materia de Investigación especifica que se llevó a cabo un proyecto con intervención siempre que se demuestre el desarrollo biológico o psicológico de los seres así como la prevención y control de problemas de la salud, siendo esto de importancia ya que se realizará un análisis situacional a través del uso de datos obtenidos por expedientes clínicos de conductas suicidas, con la finalidad de demostrar que éstas pueden ser prevenibles (Secretaría de Salud, 2004).

La Norma Oficial Mexicana del Expediente plantea que toda aquella información contenida en el expediente clínico debe ser manejada con discreción y confidencialidad, considerando que todo dato que identifique al paciente no deberá ser divulgado (Diario Oficial de la Federación, 2012). Del mismo modo, se plantea en el Código Ético del Psicólogo en los artículos 61 a

67 y 132 a 134, donde se plantea la confidencialidad de los participantes (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009).

Por otro lado, en el artículo 5º de la segunda sección de la Declaración de Helsinki, así como en el artículo 125 del Código Ético del Psicólogo, especifican que previo a la decisión de no utilizar el consentimiento informado se deben justificar las razones de dicha decisión, consignándose en el protocolo para el consentimiento de comités, por lo que se alega que en el presente proyecto no se hizo uso de consentimientos informados ya que la intervención se basa en datos obtenidos de expediente clínico sin afectar al paciente de forma directa o indirecta, garantizando la confidencialidad de los participantes y de los datos obtenidos, al igual que la abstención de conclusiones que no se deriven de la objetividad y claridad de los resultados obtenidos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009) (Asociación Médica Mundial, 2017).

Finalmente, retomando el Código de Núremberg, se realizó un experimento útil para el bien de la sociedad, proporcionando información precisa, conduciendo la intervención de acuerdo a los protocolos de investigación éticos de forma competente, asegurado que ante la publicación se presentarán los datos obtenidos con exactitud, de forma veraz y otorgando crédito a los participantes y a la institución anfitriona (Tribunal Internacional de Núremberg, 1989).

3.7. EQUIPOS

Para la realización de la presente investigación se requirió el uso de equipos de computo, así como acceso a internet y a la plataforma de "Histo Clin".

3.8. RECURSOS HUMANOS

Una persona con horario de 8 am a 2 pm de lunes a viernes presente en el Hospital del Niño DIF Hidalgo.

3.9 PRESUPUESTO

La presente investigación no generó una erogación económica al Hospital del Niño DIF Hidalgo ya que los datos generales son existentes en la plataforma "Histo Clin" y el trabajo de investigación consistió en su clasificación y caracterización.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Primero se presentan las características generales de la muestra, y la relación que tienen con la presencia de la conducta suicida; posteriormente se presentan los análisis estadísticos de las variables, de acuerdo con los objetivos planteados en el presente estudio.

4.1. GENERALES

Para conocer las características generales de la población que presentó conducta suicida, se utilizó SPSS, que permite comparar diferentes variables y su transformación a datos crudos que se expresan en número total de casos o en porcentajes, permitiendo comparar en un nivel de medición nominal.

4.1.1. CONDUCTA SUICIDA

Se obtiene una muestra inicial de 1851 citas agendadas durante el año 2017 en el Hospital del Niño DIF Hidalgo (HND), de las cuales se llevaron a cabo 1327 consultas (Tabla 1). Bajo los criterios de inclusión y exclusión para la muestra se obtiene un total de 1833 citas realizadas obteniendo una

muestra total de N=101 citas donde se presenta la conducta suicidas (Tabla 2).

En la tabla 1, se presentan los intervalos de forma mensual y el total de citas agendadas en contraste con las consultas que se esperaban de primera vez, las citas canceladas, las citas en las que hubo inasistencia y resaltando el total de citas que se realizaron a lo largo del año 2017 en la consulta externa de paidopsiquiatría del HND; esto sin discriminar en criterios de inclusión y exclusión o tipo de conducta suicida al presentarse a la cita agendada.

Tomando en cuenta los datos mostrados en la tabla 1, se puede observar que en los meses marzo, junio y septiembre hay un aumento significativo en el número de consultas realizadas, contrastando con una baja en las consultas en los meses julio y diciembre.

Tabla 1

Total de citas en el año 2017

	1	2	3	4	5	6
Enero	148	42	106	30	2	116
Febrero	154	37	117	35	1	118
Marzo	177	43	134	42	1	134
Abril	140	35	105	31	2	107
Mayo	158	46	112	36	1	121
Junio	181	56	125	45	6	130
Julio	125	35	90	41	1	83
Agosto	161	45	116	62	3	96
Septiembre	177	50	127	45	1	131
Octubre	188	56	132	64	1	123
Noviembre	159	50	109	46	1	112
Diciembre	83	24	59	26	1	56
Total	1851	519	1332	503	21	1327

Nota: Nombre del tipo de consulta: 1. Total de citas agendadas, 2. Total de consultas de primera vez, 3. Total de consultas subsecuentes, 4. Total de citas con inasistencia, 5. Total de citas canceladas, 6. Total de citas realizadas.

Partiendo de lo anterior, se obtiene la muestra bajo criterios de inclusión y exclusión en la asistencia a las citas durante el año 2017, de tal modo en la tabla 2, se muestra el total de citas realizadas tomando en cuenta criterios de edad de los participantes. Posteriormente, en la última columna a la derecha, se presenta el total mensual y anual de citas

realizadas bajo los criterios de inclusión tomando en cuenta la presencia de conducta suicida de los participantes.

Tabla 2

Total de citas con criterios de inclusión y exclusión

	1	2	3	4	5	6
Enero	148	116	1	1	146	22
Febrero	154	118	0	0	154	7
Marzo	177	134	3	1	173	5
Abril	140	107	1	0	139	7
Mayo	158	121	1	0	157	8
Junio	181	130	0	2	179	8
Julio	125	83	0	0	125	3
Agosto	161	96	0	1	160	4
Septiembre	177	131	0	2	175	16
Octubre	188	123	2	2	184	6
Noviembre	159	112	1	0	158	8
Diciembre	83	56	0	0	83	7
Total	1851	1327	9	9	1833	101

Nota: Nombre de las citas: 1. Total de citas agendadas, 2. Total de consultas realizadas, 3. Total de pacientes con 18 años de edad, 4. Total de pacientes menores a 4 años de edad, 5. Total de citas realizadas con criterios de inclusión y exclusión, 6. Total de citas en las que se presenta conducta suicida tomando criterios de inclusión y exclusión

La prevalencia de conducta suicida en el HND en el año 2017 fue de un 7.7% de la muestra total (N=101), la tabla 3 presenta el porcentaje de

manera mensual, observando un aumento significativo en los porcentajes de los meses enero, septiembre y diciembre.

Tabla 3

Porcentaje de presencia de conductas suicidas

	1	2	3	4
Enero	114	22	21.8%	19.2%
Febrero	118	7	6.9%	5.9%
Marzo	130	5	5%	3.8%
Abril	106	7	6.9%	6.6%
Mayo	120	8	7.9%	6.6%
Junio	128	8	7.9%	6.2%
Julio	83	3	3%	3.6%
Agosto	95	4	4%	4.2%
Septiembre	129	16	15.8%	12.4%
Octubre	119	6	5.9%	5%
Noviembre	111	8	7.9%	7.2%
Diciembre	56	7	6.9%	12.5%
Total	1309	101	100%	7.7%

Nota: Porcentajes totales nombrados: 1. Total de citas con criterios de inclusión y exclusión, 2. Total de consultas en las que se presenta conducta suicida, 3. Porcentaje en relación con el total de citas que presentan conducta suicida, 4. Porcentaje en relación con el total de citas con criterios de inclusión y exclusión.

En cuanto al tipo de consulta encontramos la mayor parte de las citas de tipo subsecuente (se entiende por cita subsecuente como todas aquellas citas donde se da seguimiento al padecimiento del paciente) con una población de 62 participantes, mientras que las citas de primera vez (entendiéndose cita de primera vez como todas aquellas citas donde se elabora la historia clínica y abordaje inicial al padecimiento del paciente) resultan en un total de 39 citas partiendo de la población muestra N=101, como se presenta en la figura 1.

Consultas realizadas

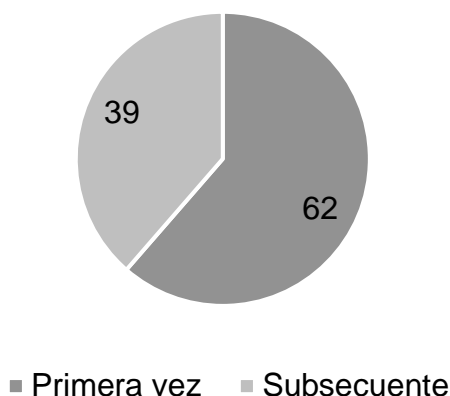


Figura 1: Consultas de primera vez y subsecuentes realizadas durante el año 2017 donde se presentó conducta suicida expresado en el total de número de casos (N=101).

Para fines de la presente investigación se define incidencia como el número de casos nuevos donde se presenta la conducta suicida, que se presentan durante el periodo estudiado. Se define como prevalencia al número de casos donde se presenta la conducta suicida durante un periodo determinado. Del total de la muestra (N=101), 41.6% (n=42) de los pacientes, presentaron conducta suicida como incidencia, como prevalencia 51.5% (n=52) de los pacientes y como reincidencia 6.9% (n=7). Como se puede observar en la figura 2, la aparición de la conducta suicida denota

que el espectro suicida prevalece en mayor número de pacientes que los que inciden o reinciden en dichas conductas.

Aparición de la conducta suicida

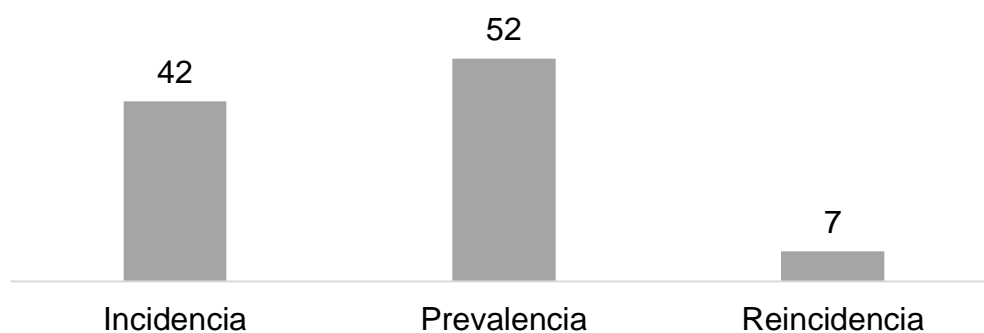


Figura 2: Consultas en medida de aparición y duración de la conducta suicida expresado en el total de número de casos (N=101).

Con respecto al sexo de los participantes, se encuentra que del total de participantes (N=101), 48 fueron mujeres y 53 hombres, la figura 3 representa la aparición de la conducta suicida en ambos sexos.

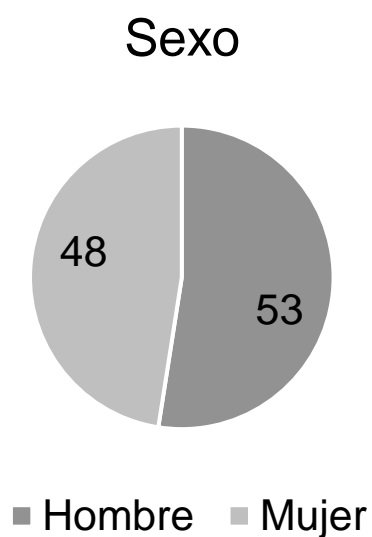


Figura 3: Consultas realizadas a hombres y mujeres bajo los criterios de inclusión y exclusión donde se presenta conducta suicida expresada en el numero total de casos (N=101).

En la edad de los participantes, se obtuvieron diferencias relevantes, notando un aumento significativo en la presencia de la conducta suicida en las edades de 11 años (n=15) y 14 años cumplidos (n=13), mientras que en edades menores se presentó con menor frecuencia al igual que en edades cercanas a los 17 años.

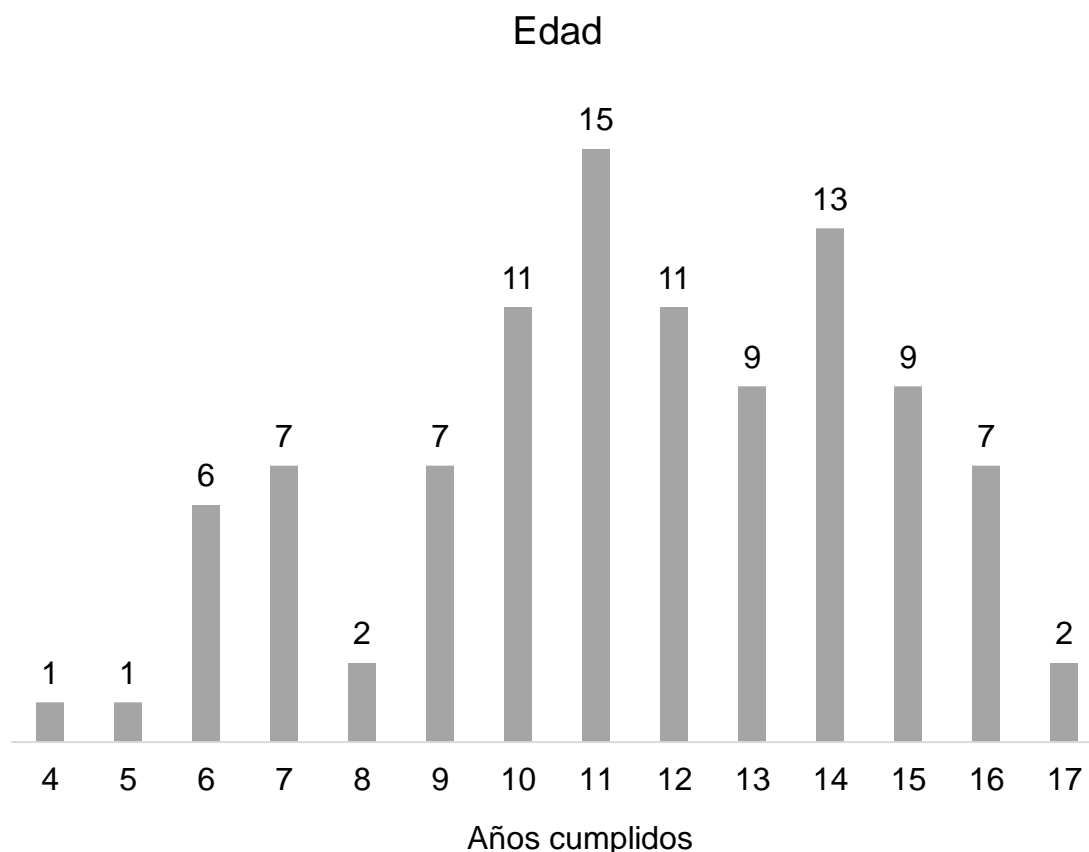


Figura 4: Consultas realizadas a pacientes con 4 años y hasta 17 años cumplidos bajo criterios de inclusión y exclusión donde se presenta conducta suicida expresado en el número total de casos (N=101).

Para conocer las generalidades, se toma en cuenta la comorbilidad diagnóstica de la conducta suicida con diversos trastornos. Se agrupan las comorbilidades diagnósticas en diferentes categorías. Los trastornos del estado de ánimo, que se subcategorizan en trastorno por depresión mayor, episodio depresivo, trastorno por depresión mayor con síntomas psicóticos, episodio depresivo con síntomas psicóticos y trastorno bipolar. Los trastornos de ansiedad, entre los que se encuentran el trastorno por ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso depresivo y trastorno mixto ansioso depresivo con discapacidad intelectual. Por otro lado se agrupan en los trastornos relacionados

con el trauma el trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés postraumático con antecedentes de abuso sexual, así como abuso sexual.

Del mismo modo se agrupan, dentro de los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de comportamiento disruptivo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad con ideas homicidas, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno de comportamiento disruptivo, así como trastorno del espectro autista con ideación homicida.

Finalmente se agrupan los trastornos del estado de ánimo en comorbilidad con otros diagnósticos antes mencionados, dentro de esta categoría podemos encontrar diagnóstico de episodio depresivo y trastorno por ansiedad generalizada, episodio depresivo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, episodio depresivo, trastorno por estrés postraumático y abuso sexual, y finalmente, trastorno por depresión mayor y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En la tabla 4, se muestran las agrupaciones antes mencionadas, revelando el total de pacientes que presentan comorbilidades diagnósticas dentro de las categorías sumado a la presencia de conductas suicidas. Como resultado se puede observar que los trastornos del estado de ánimo en su propia categoría, así como en comorbilidad con otras, presentan una población mayor. Obteniendo como resultados 33 participantes que presentan trastornos del estado de ánimo, y 36 pacientes que presentaron comorbilidades diagnósticas de conducta suicida, trastornos del estado de ánimo y otros antes mencionados. En tercer lugar, se encuentran los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, seguido de los trastornos de ansiedad, y finalmente, con 3 participantes cada uno, los trastornos relacionados con el trauma y los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 4

Comorbilidades principales

	Total
Trastornos del estado de ánimo	33
Trastornos de ansiedad	11
Trastornos relacionados con el trauma	3
Trastornos de la ingesta alimentaria	3
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	15
Trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados	36
Total	101

4.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Para conocer los elementos que conforman al espectro de la conducta suicida, se especifica en las etapas en que se presenta, partiendo de los pensamientos de muerte, ideación suicida, tentativa suicida y la aparición de estos de manera mixta. Posteriormente se revelarán resultados de forma mensual y con especificaciones basadas en los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación.

Espectro de la conducta suicida

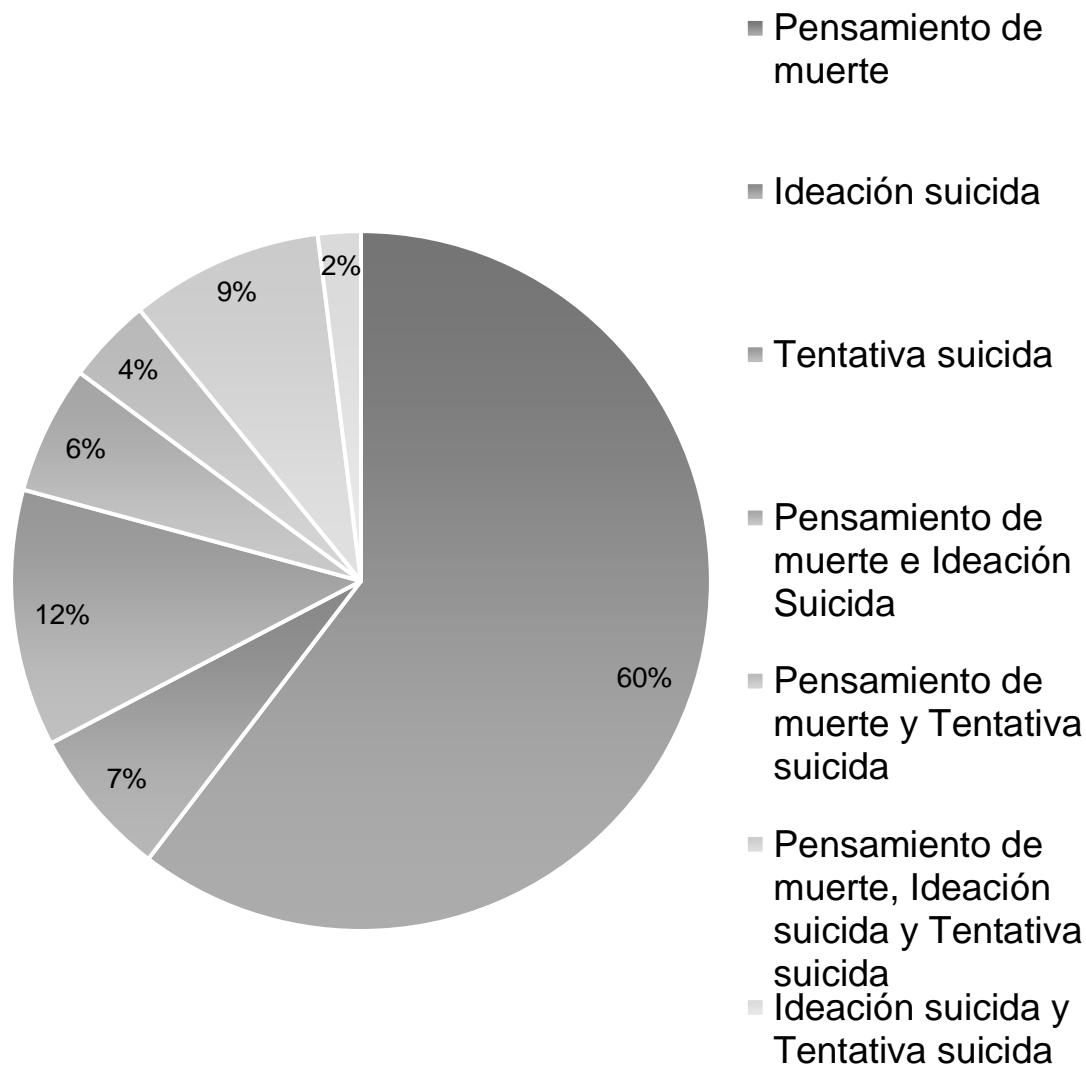


Figura 5: Presencia de conducta suicida explicada en desglose del espectro de la conducta suicida expresada en el total de casos (N=101).

Los resultados muestran que, en la población, los pensamientos de muerte se manifiestan con mayor frecuencia, presentándose en un 60% de los casos (n=61). En tanto que la tentativa suicida se presentó en un 12% de la población muestra (n=12), con un 9% de la población se encuentra en la presencia de múltiples etapas del espectro, con 9 participantes

presentando pensamientos de muerte, ideación suicida y tentativa suicida (Figura 5).

Tabla 5

Conducta suicida en desglose mensual

	1	2	3	4	5	6	7	Total
Enero	13	3	2	1	0	3	0	22
Febrero	5	0	0	0	1	1	0	7
Marzo	4	0	0	1	0	0	0	5
Abril	5	0	0	2	0	0	0	7
Mayo	4	1	0	0	1	2	0	8
Junio	5	1	1	1	0	0	0	8
Julio	2	0	0	1	0	0	0	3
Agosto	2	0	1	0	0	1	0	4
Septiembre	11	1	3	0	0	1	0	16
Octubre	2	0	2	0	1	0	1	6
Noviembre	6	0	1	0	0	1	0	8
Diciembre	2	1	2	0	1	0	1	7
Total	61	7	12	6	4	9	2	101

Nota: Nombre de la conducta suicida 1. Pensamiento de muerte, 2. Ideación suicida, 3. Tentativa suicida, 4. Pensamiento de muerte e Ideación suicida, 5. Pensamiento de muerte y Tentativa suicida, 6. Pensamiento de muerte, Ideación suicida y Tentativa suicida, 7. Ideación suicida y Tentativa suicida.

Como se muestra en la tabla 5, se desglosan los resultados de la presencia de conducta suicida de forma mensual, tomando en cuenta las etapas del espectro, se hace una división para las etapas de forma aislada

en las columnas al lado izquierdo, y en la derecha las etapas de forma mixta. Como resultados, se obtiene que en enero y septiembre (n= 13, n=11; respectivamente), se presenta con mayor frecuencia el pensamiento de muerte. La ideación suicida es más recurrente en enero (n=3), y la tentativa suicida es más frecuente en septiembre (n=3).

Tabla 6

Conducta suicida en relación con la aparición de la conducta

	1	2	3	4	5	6	7	Total
Incidencia	32	4	3	3	0	0	0	42
Prevalencia	25	3	7	3	4	8	2	52
Reincidencia	4	0	2	0	0	1	0	7

Nota: Nombre de la conducta suicida 1. Pensamiento de muerte, 2. Ideación suicida, 3. Tentativa suicida, 4. Pensamiento de muerte e Ideación suicida, 5. Pensamiento de muerte y Tentativa suicida, 6. Pensamiento de muerte, Ideación suicida y Tentativa suicida, 7. Ideación suicida y Tentativa suicida.

Posteriormente, la tabla 6 arroja resultados de la prevalencia de la conducta suicida relacionada con el tipo de aparición del espectro de conducta suicida; se obtiene que 25 participantes presentan prevalencia de pensamientos de muerte, 3 participantes ideación suicida y 7 tentativa suicida. Al hacer combinaciones en la aparición de la conducta, el resultado total es de 52 participantes que presentaron prevalencia en la conducta suicida en el año 2017 en la consulta externa de paidopsiquiatría del HND.

Tabla 7

Conducta suicida por sexo

	1	2	3	4	5	6	7	Total
Hombre	34	1	8	3	3	4	0	53
Mujer	27	6	4	3	1	5	2	48
Total	61	7	12	6	4	9	2	101

Nota: Nombre de la conducta suicida 1. Pensamiento de muerte, 2. Ideación suicida, 3. Tentativa suicida, 4. Pensamiento de muerte e Ideación suicida, 5. Pensamiento de muerte y Tentativa suicida, 6. Pensamiento de muerte, Ideación suicida y Tentativa suicida, 7. Ideación suicida y Tentativa suicida.

En cuanto al sexo de los participantes, la tabla 7 arroja un resultado de 34 masculinos que presentaron pensamientos de muerte, mientras que 21 mujeres se encontraron en la misma fase del espectro suicida. En relación a la ideación suicida, se presenta en 6 mujeres y 1 hombre; para la tentativa suicida, 8 hombres y 4 mujeres lo manifiestan. Posteriormente, en la columna izquierda se muestran los participantes que presentaron la conducta suicida en diferentes etapas comórbidas, resaltando en la aparición de pensamientos de muerte y tentativa suicida donde 3 participantes fueron hombres y una mujer; del mismo modo, no hubo resultados de hombres que presentaron ideación suicida y tentativa suicida mientras que 2 mujeres manifestaron dichas conductas de forma comórbida.

Tabla 8

Conducta suicida por edad cumplida (4 a 17 años).

Edad	1	2	3	4	5	6	7	Total
4	1	0	0	0	0	0	0	1
5	1	0	0	0	0	0	0	1
6	3	0	1	1	0	1	0	6
7	5	0	0	1	1	0	0	7
8	1	0	0	0	1	0	0	2
9	5	0	1	0	1	0	0	7
10	9	0	0	0	1	1	0	11
11	10	0	3	1	0	1	0	15
12	7	1	1	0	0	1	1	11
13	3	2	1	1	0	2	0	9
14	6	1	3	1	0	2	0	13
15	7	2	0	0	0	0	0	9
16	2	1	1	1	0	1	1	7
17	1	0	1	0	0	0	0	2
Total	61	7	12	6	4	9	2	101

Nota: Nombre de la conducta suicida 1. Pensamiento de muerte, 2. Ideación suicida, 3. Tentativa suicida, 4. Pensamiento de muerte e Ideación suicida, 5. Pensamiento de muerte y Tentativa suicida, 6. Pensamiento de muerte, Ideación suicida y Tentativa suicida, 7. Ideación suicida y Tentativa suicida.

A partir de la edad de los participantes, se puede ver que las edades en que se presenta con mayor frecuencia el pensamiento de muerte es entre los 10 y 12 años cumplidos (n=9, n=10, n=7; respectivamente). En la

última columna del lado derecho, se observa que la edad en que se presentó con mayor frecuencia la conducta suicida es 11 años cumplidos con un total de 15 participantes, seguido de 14 años con una muestra de 13 participantes.

Tabla 9

Conducta suicida por comorbilidades principales

	1	2	3	4	5	6	7	Total
Trastornos del estado de ánimo	18	1	5	3	0	4	2	33
Trastornos de ansiedad	9	1	1	0	0	0	0	11
Trastornos relacionados con el trauma	3	0	0	0	0	0	0	3
Trastornos de la ingesta alimentaria	2	0	0	0	0	1	0	3
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	8	3	1	0	3	0	0	15
Trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados	21	2	5	3	1	4	0	36
Total	61	7	12	6	4	9	2	101

Nota: Nombre de la conducta suicida 1. Pensamiento de muerte, 2. Ideación suicida, 3. Tentativa suicida, 4. Pensamiento de muerte e Ideación suicida, 5. Pensamiento de muerte y Tentativa suicida, 6. Pensamiento de muerte, Ideación suicida y Tentativa suicida, 7. Ideación suicida y Tentativa suicida.

Tomando en cuenta las agrupaciones de comorbilidad diagnóstica antes mencionada en relación a la aparición de la conducta suicida, se obtiene como resultado que las etapas de la conducta suicida se presentan con mayor frecuencia en participantes con un diagnóstico de trastornos del

estado de ánimo, ya sea presentando únicamente este diagnóstico o en presencia de otros trastornos en comorbilidad con el mismo (Tabla 9).

Con relación a las autolesiones en comorbilidad con la conducta suicida, se obtiene que 28.7% (n=25) de los participantes presentan conductas autolesivas (Tabla 10), de los cuales 2 participantes presentan Cutting y golpes, 4 participantes manifiestan rasguños, 6 participantes refieren golpes y 17 participantes presentaron cutting (Figura 6); mientras que un 71.3% de los participantes no manifestaron la presencia de conductas autolesivas (Tabla 10).



Figura 6: Clasificación de las autolesiones en comorbilidad con conducta suicida expresada en total de número de casos (N=101).

Partiendo de la presencia de conductas autolesivas en comorbilidad con la conducta suicida, se obtiene que 13 de los participantes que manifiestan autolesiones presentaron pensamientos de muerte, 1 participante ideación suicida y 3 participantes tentativa suicida. De igual modo, se obtiene un resultado de 4 participantes que manifiestan conductas

autolesivas presentaron pensamientos de muerte e ideación suicida en comorbilidad (Tabla 10)

Tabla 10

Comorbilidad de conductas autolesivas y conducta suicida

	1	2	3	4	5	6	7	Total
No	48	6	9	5	3	5	0	76
Si	13	1	3	1	1	4	2	25
Total	61	7	12	6	4	9	2	101

Nota: Nombre de la conducta suicida 1. Pensamiento de muerte, 2. Ideación suicida, 3. Tentativa suicida, 4. Pensamiento de muerte e Ideación suicida, 5. Pensamiento de muerte y Tentativa suicida, 6. Pensamiento de muerte, Ideación suicida y Tentativa suicida, 7. Ideación suicida y Tentativa suicida.

En relación de la clasificación de las alteraciones sensorceptivas, se obtiene que un 15.8% de los participantes manifiestan dichas alteraciones en comorbilidad con la presencia de conducta suicida, de los cuales 1 presenta alteraciones visuales, auditivas y táctiles, 2 participantes alteraciones visuales y auditivas., 8 participantes manifiestan alteraciones auditivas, 5 participantes refirieron alteraciones visuales; mientras que un 84.2% de la población estudiada no presentó alteraciones sensorceptivas en comorbilidad con la conducta suicida (Figura 7).

Clasificación de alteraciones sensorceptivas

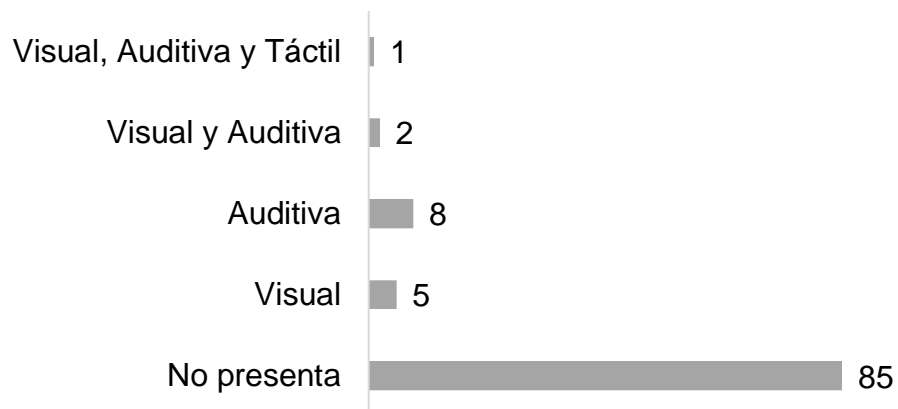


Figura 7: Clasificación de las alteraciones sensorceptivas en comorbilidad con conducta suicida expresada en total de número de casos (N=101).

La tabla 11 arroja resultados de la presencia de alteraciones sensorceptivas en relación a la aparición de la conducta suicida, donde se obtiene como resultado que 6 participantes presentan alteraciones sensorceptivas y pensamientos de muerte, 2 participantes presentan ideación suicida y alteraciones sensorceptivas y 3 participantes presentan alteraciones sensorceptivas y tentativa suicida.

Tabla 11

Comorbilidad de alteraciones sensorceptivas y conducta suicida

	1	2	3	4	5	6	7	Total
No	55	5	9	4	4	6	1	84
Si	6	2	3	2	0	3	1	17
Total	61	7	12	6	4	9	2	101

Nota: Nombre de la conducta suicida 1. Pensamiento de muerte, 2. Ideación suicida, 3. Tentativa suicida, 4. Pensamiento de muerte e Ideación suicida, 5. Pensamiento de muerte y Tentativa suicida, 6. Pensamiento de muerte, Ideación suicida y Tentativa suicida, 7. Ideación suicida y Tentativa suicida.

Es importante mencionar los métodos de ideación suicida, esto tomando en cuenta que 22.8% de la población muestra manifestó la presencia de ideación suicida. De la población, 9 participantes refirieron la ideación con uso de artefactos punzocortantes, 2 participantes mediante el uso de fármacos, 1 participante refirió como ideación el ahorcamiento, 2 participantes comentaron el atropellamiento, 2 participantes refirieron otros métodos como asfixia con bolsas de plástico y ahogamiento en tinas o cubetas con agua. Respecto al la ideación por múltiples elementos, 4 participantes refirieron el uso de fármacos y artefactos punzocortantes, 1 participante manifestó la ideación mediante fármacos y ahorcamiento y 2 participantes refirieron como método de ideación suicida todos los previamente mencionados (Figura 8).

Métodos de Ideación suicida

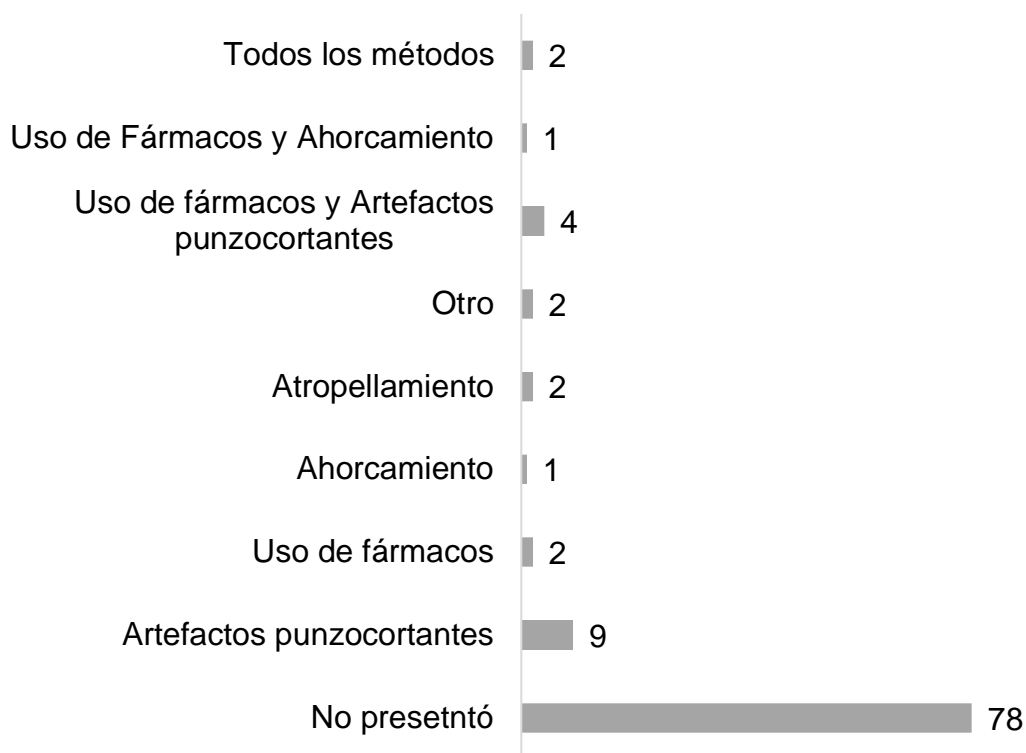


Figura 8: Métodos de ideación suicida expresado en el total de número de casos (N=101).

De igual forma, cabe mencionar los métodos referidos por los participantes para la tentativa suicida, 25.8% de la población muestra manifiestan presentar tentativas suicidas, de los cuales 4 participantes refieren el uso de artefactos punzocortantes, 8 participantes manifiestan el uso de fármacos, 6 participantes la tentativa suicida por ahorcamiento. En relación con ahogamiento, atropellamiento y el empleo de otros métodos como uso de aparatos eléctricos, un participante lo refirió en cada caso. Por otro lado, 5 participantes refieren el empleo de diferentes métodos ante la tentativa suicida; 2 participantes manifiestan el uso de fármacos y artefactos punzocortantes, 1 participante el uso de fármacos y ahorcamiento y 2 participantes manifestaron presentar todos los métodos de tentativa suicida antes mencionados (Figura 9).

Métodos de Tentativa Suicida

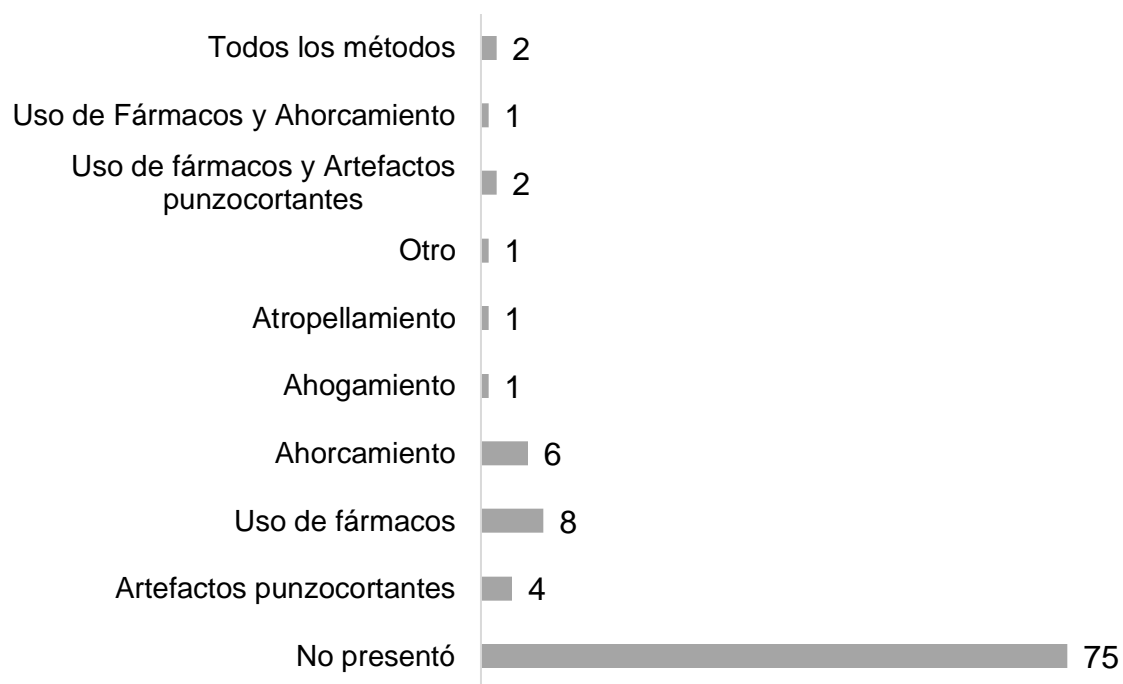


Figura 9: Métodos de tentativa suicida expresado en el total de número de casos (N=101).

Con relación a la aparición de la conducta suicida, la tabla 12 muestra como resultado que los participantes que manifestaron como método de ideación el uso de artefactos punzocortantes 2 presentaron conducta suicida de forma incidente y 7 participantes de reincidencia, siendo éste el método que se presenta con mayor frecuencia entre los participantes del presente estudio. Por otro lado, en la figura 10, se puede observar que los varones presentan menor frecuencia la ideación suicida; el método de ideación suicida más común entre los hombres es el atropellamiento u otros métodos ya mencionados con anterioridad. Por otro lado, las mujeres manifiestan una mayor frecuencia ante la ideación suicida, presentados como método más frecuente el uso de artefactos punzocortantes con una n=7 y posteriormente con 3 participantes femeninos el uso de fármacos y artefactos punzocortantes.

Tabla 12

Método de ideación suicida en relación con la aparición de la conducta

	Incidencia	Prevalencia	Reincidencia	Total
No presentó	35	37	6	78
Artefactos punzocortantes	2	7	0	9
Uso de fármacos	0	2	0	2
Ahorcamiento	0	1	0	1
Atropellamiento	0	2	0	2
Otro	1	0	1	2
Uso de fármacos y Artefactos punzocortantes	1	3	0	4
Uso de Fármacos y Ahorcamiento	1	0	0	1
Todos los métodos	2	0	0	2
Total	42	52	7	101

Método de ideación por sexo

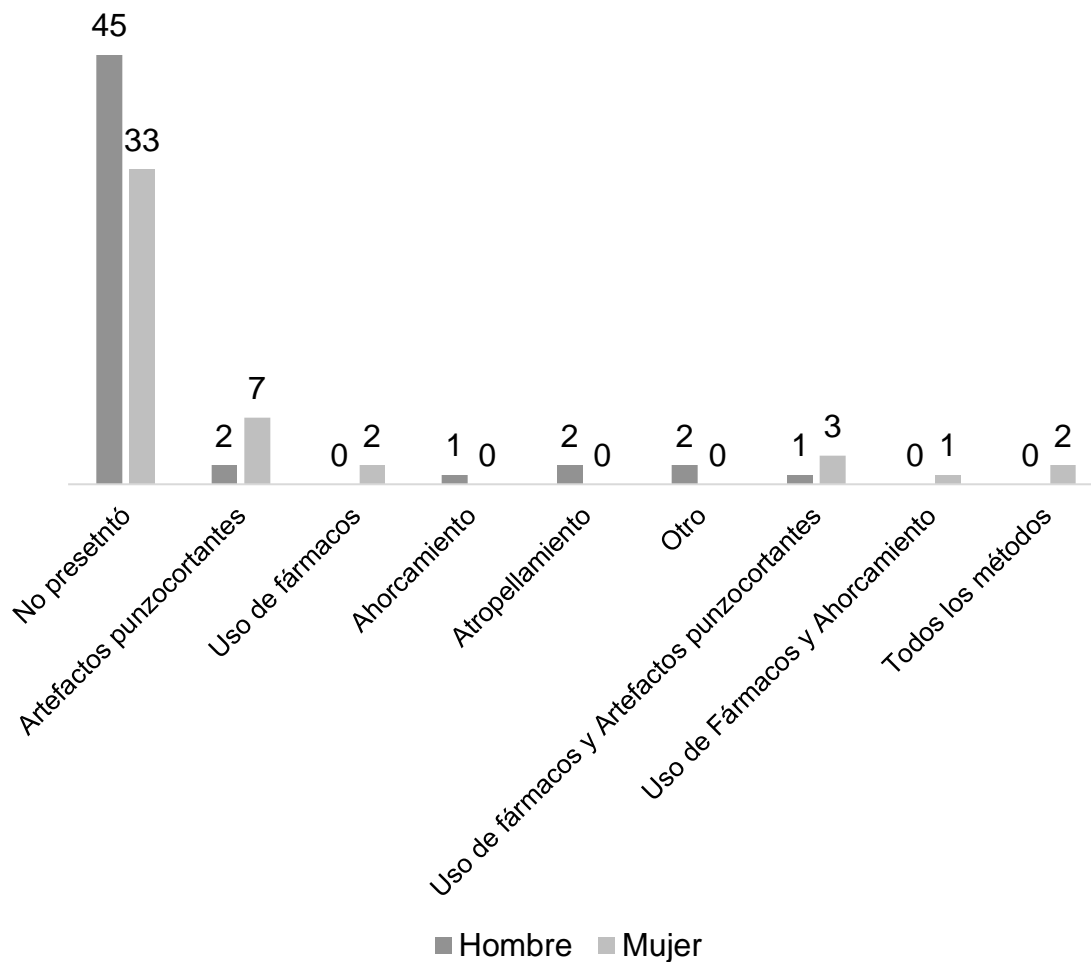


Figura 10: Métodos de ideación suicida representada por sexo de los participantes expresada en el número total de casos (N=101).

De igual manera, se obtienen resultados con relación a los métodos de tentativa suicida, donde se obtiene como resultado que el método más frecuentemente usado es el consumo de fármacos, donde 2 participantes presentan la conducta suicida como incidencia, 4 participantes en prevalencia de la conducta suicida y 2 participantes que reinciden en el espectro suicida (Tabla 13). En relación al sexo de los participantes y el método de ideación suicida, se obtiene como resultado una diferencia de un participante entre ambos sexos, donde predomina el masculino. El uso de

fármacos fue referido por 6 participantes mujeres, mientras que 6 participantes masculinos manifiestan como método de tentativa suicida el ahorcamiento; obteniendo de este modo los métodos más frecuentemente usados entre la población muestra femenil y varonil en relación al método de tentativa suicida (Figura 11).

Tabla 13

Método de tentativa suicida en relación con la aparición de la conducta

	Incidencia	Prevalencia	Reincidencia	Total
No presentó	39	32	4	75
Artefactos punzocortantes	0	3	1	4
Uso de fármacos	2	4	2	8
Ahorcamiento	1	5	0	6
Ahogamiento	0	1	0	1
Atropellamiento	0	1	0	1
Otro	0	1	0	1
Uso de fármacos y				
Artefactos punzocortantes	0	2	0	2
Uso de Fármacos y				
Ahorcamiento	0	1	0	1
Todos los métodos	0	2	0	2
Total	42	52	7	101

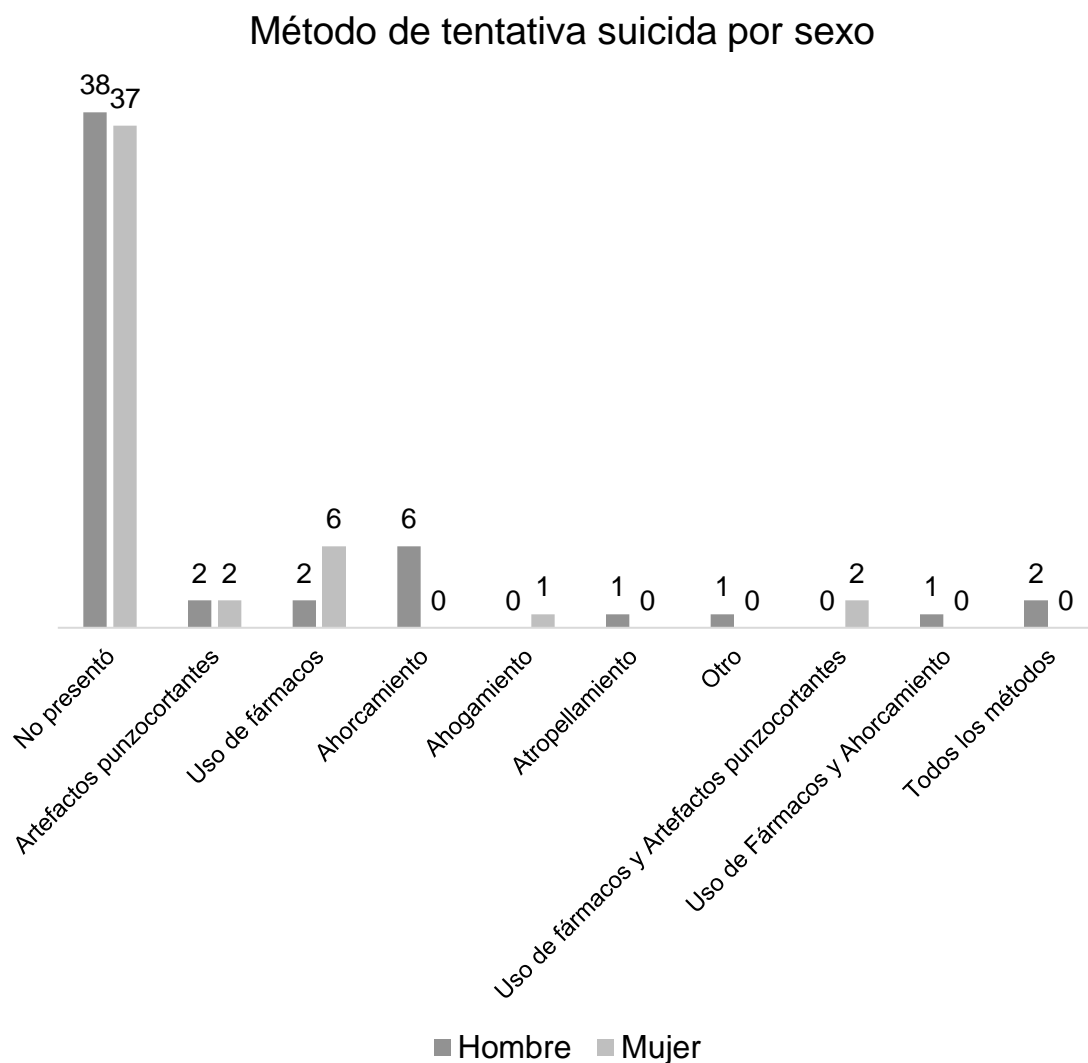


Figura 11: Métodos de tentativa suicida representada por sexo de los participantes expresada en el número total de casos (N=101).

4.2. SOCIODEMOGRÁFICOS

Para la obtención de datos sociodemográficos se hace un análisis de la repetición de la conducta suicida, así como el reconocimiento de las características de las diferentes fases del espectro suicida. Partiendo de eso se realiza el estudio de características de aparición de la conducta, sexo y edad de los participantes.

4.2.1. APARICIÓN DE LA CONDUCTA

Con relación a la aparición de la conducta suicida, se obtiene que 41.6% de los participantes presentan la conducta suicida de forma incidente, 51.5% de los participantes manifiestan prevalencia en la conducta suicida y 6.9% de los participantes reinciden en la conducta suicida. Tomando esto en cuenta, se hace una correlación del tipo de consulta al que asistieron los participantes muestra, obteniendo como resultado que la aparición incidente de la conducta suicida se presenta en mayor número de participantes que asistieron a la consulta de paidopsiquiatría por primera vez, mientras que 23 participantes acuden a cita por primera vez presentando prevalencia de la conducta suicida (Tabla 14).

En contraste, se obtiene que es más frecuente la prevalencia de la conducta suicida en los participantes que acuden a cita subsecuente (n=29), mientras que la incidencia es de 3 participantes y la reincidencia es de 7 participantes, contrastando que no hubo participantes reincidentes de la conducta suicida en citas de primera vez (Tabla 14).

Tabla 14

Aparición de la conducta suicida expresada en el tipo de consulta otorgada

	Incidencia	Prevalencia	Reincidencia	Total
Primera vez	39	23	0	62
Subsecuente	3	29	7	39
Total	42	52	7	101

Los participantes masculinos manifiestan la conducta suicida con mayor frecuencia de manera incidente (n=25), mientras que las mujeres participantes manifiestan la conducta suicida en prevalencia (n=28) como

se muestra en la tabla 15. Mientras que en la reincidencia de la conducta suicida no hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres obteniendo una diferencia de 1 hombre más que las mujeres que reinciden en el espectro suicida (n=4, n=3; hombres y mujeres respectivamente).

Tabla 15

Aparición de la conducta suicida expresada por sexo del participante

	Incidencia	Prevalencia	Reincidencia	Total
Hombre	25	24	4	53
Mujer	17	28	3	48
Total	42	52	7	101

A partir de la edad de los participantes y la aparición de la conducta suicida, se obtiene como resultado que hay mayor prevalencia de la conducta suicida a los 14 años de edad (n=8), mientras que la incidencia se muestra en mayor frecuencia entre los 11 y los 12 años de edad (n=7 para cada edad); finalmente la figura 12 arroja como resultado que la reincidencia es más común en los participantes de 13 y 14 años así como los 17 años de edad, resaltando que en edades más jóvenes no hay registros de reincidencia de la conducta suicida.

Aparición de la conducta suicida por edad del participante

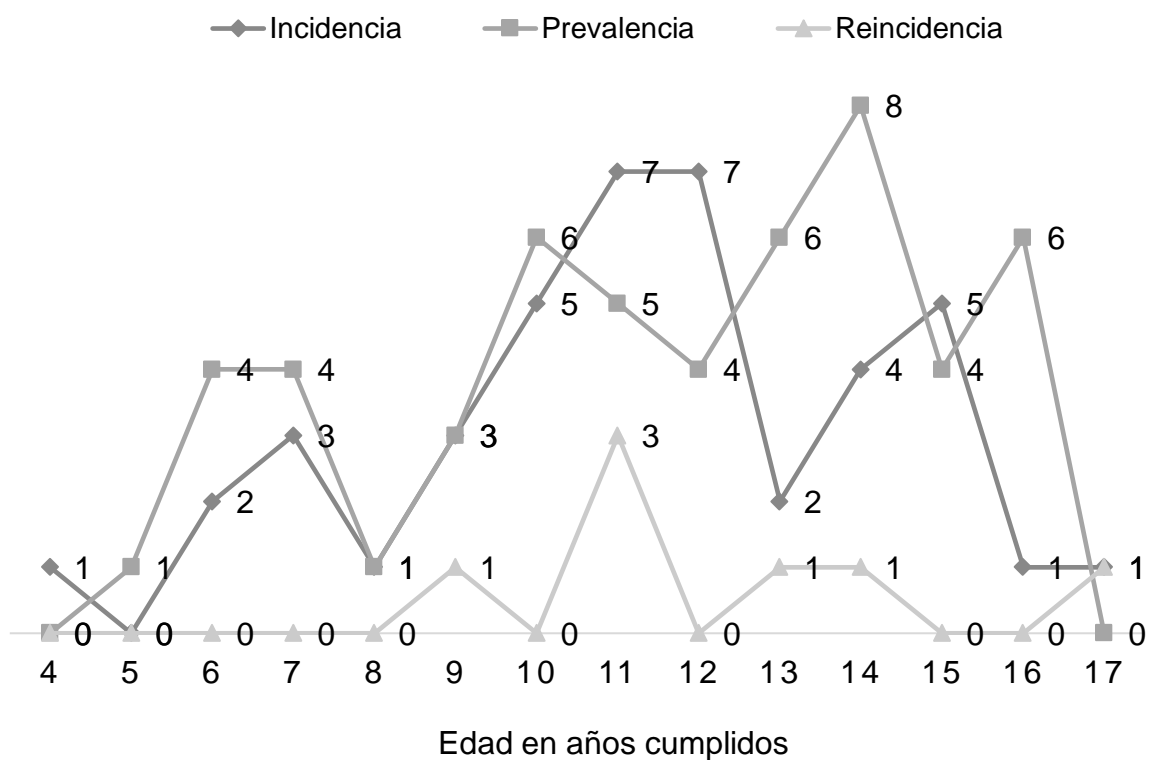


Figura 12: Aparición de la conducta suicida representada en edad de los participantes expresada en el número total de casos (N=101).

Relacionando la aparición de la conducta con las comorbilidades diagnósticas, se obtiene que la prevalencia de la conducta suicida está mayormente relacionada con los diagnósticos de trastornos del estado de ánimo (n=17), ya sea como diagnóstico único o comórbido con otros trastornos mencionados en la lista (n=10). Se puede observar un resultado similar en la aparición de la conducta de forma incidente y reincidente, donde el número de participantes con diagnósticos de trastornos del estado de ánimo son duplicados al de el resto de los trastornos encontrados (Tabla 16).

Tabla 16

Aparición de la conducta suicida en relación con las comorbilidades principales

	1	2	3	Total
Trastornos del estado de ánimo	14	17	2	33
Trastornos de ansiedad	7	3	1	11
Trastornos relacionados con el trauma	1	1	1	3
Trastornos de la ingesta alimentaria	0	2	1	3
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	6	9	0	15
Trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados	14	20	2	36
Total	42	52	7	101

Nota: Nombre de la aparición de la conducta: 1. Incidencia, 2. Prevalencia, 3. Reincidencia.

Con relación a la conducta autolesiva y la aparición de la conducta suicida se obtiene que 11 participantes que prevalecieron en la conducta suicida presentaron cutting como muestra de autolesión, 2 participantes manifestaron golpes, 2 participantes refirieron rasguños y 1 participante manifiesta cutting y rasguños como método autolesivo. Sin embargo, como se muestra en la tabla 17, 71.2% de los participantes muestra no presentan conductas autolesivas.

Tabla 17

Aparición de la conducta suicida expresada en tipo de conductas autolesivas

	Incidencia	Prevalencia	Reincidencia	Total
No presenta	31	36	5	72
Cutting	4	11	2	17
Golpes	4	2	0	6
Rasguños	2	2	0	4
Cutting y Golpes	1	1	0	2
Total	42	52	7	101

4.2.2.SEXO

A partir del análisis sociodemográfico de la conducta suicida para la presente investigación, se realizan las estadísticas para correlacionar la presencia de conducta suicida en hombres y mujeres; de este modo, se obtiene que 46.6% de la población que presenta conductas suicidas fueron mujeres, y 53.4% fueron hombres.

La conducta suicida se presenta en 47 mujeres y 54 hombres (N=101), el rango de edad fue de 10 a 14 años cumplidos al momento de la consulta, el promedio de edad es de 10.4. El mayor número de casos se presentó a los 14 años en las mujeres con una muestra de 7 participantes, mientras que para los hombres la edad con mayor número de casos es 11 años con 10 participantes que presentaron conducta suicida (Figura13).

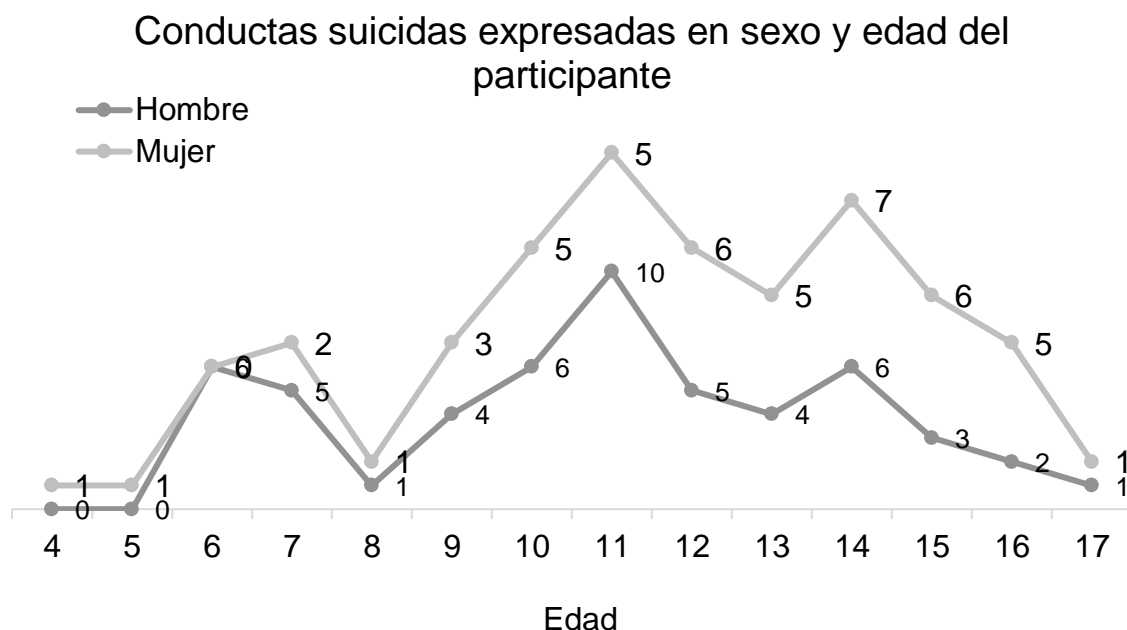


Figura 13: Presencia de conducta suicida representada en sexo y edad en años cumplidos del participante, expresada en el número total de casos (N=101).

Por orden de frecuencia de los trastornos comórbidos a la conducta suicida, se obtiene que los trastornos del estado de ánimo fueron los más frecuentemente diagnosticados tanto en hombres como en mujeres. 15 casos de hombres y 18 casos de mujeres, presentaron conductas suicidas y trastornos del estado de ánimo. En contraste los trastornos de ansiedad fueron de mayor frecuencia en los hombres ($n=6$) que en las mujeres ($n=5$). De igual manera, los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia se presentan con una frecuencia de 10 casos de hombres a 14 casos de mujeres; cabe mencionar que los trastornos del estado de ánimo comórbido con otros trastornos mencionados en la lista, son más frecuentes en los hombres con 22 casos a 14 casos de mujeres (Tabla 18).

Tabla 18

Sexo del participante por comorbilidades principales

	Hombre	Mujer	Total
Trastornos del estado de ánimo	15	18	33
Trastornos de ansiedad	6	5	11
Trastornos relacionados con el trauma	1	2	3
Trastornos de la ingesta alimentaria	0	3	3
Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia	10	5	15
Trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados	22	14	36
Total	54	47	101

Se obtiene que 12 hombres y 13 mujeres presentan conductas autolesivas en comorbilidad con la conducta suicida, de la población 12 casos de mujeres y 5 hombres presentaron cutting, 6 hombres usan golpes como método autolesivo, 3 mujeres y un hombre refirieron rasguños, y con presencia de conductas autolesivas mixtas, un hombre y una mujer refieren cutting y golpes (Figura 14).

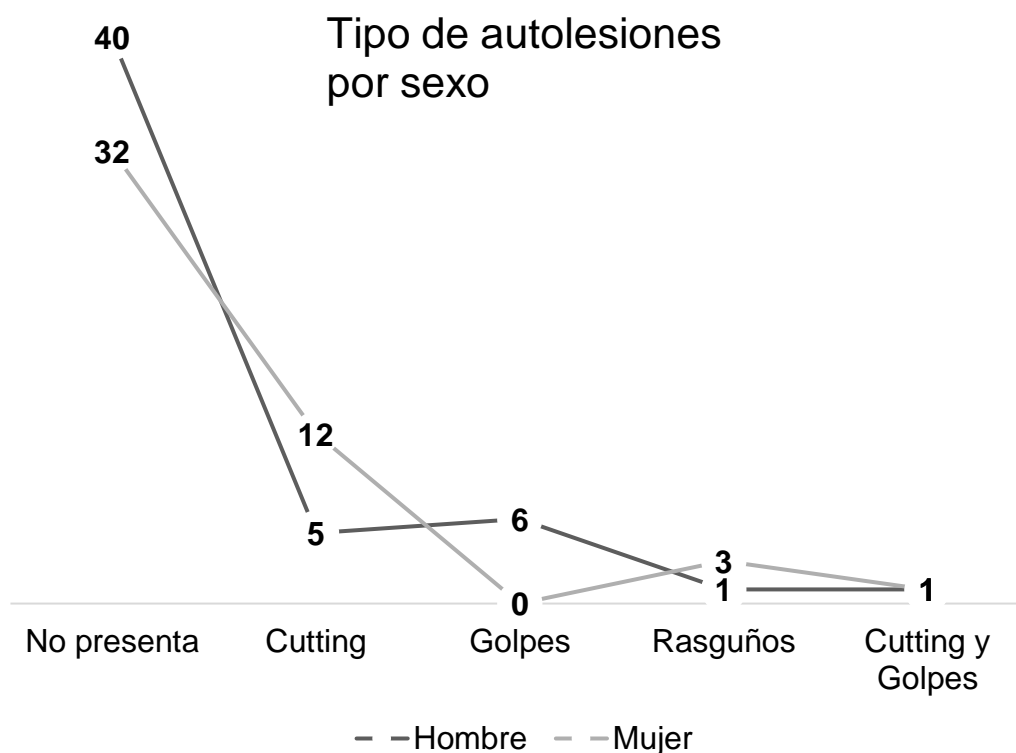


Figura 14: Tipo de conductas autolesivas en relación con el sexo del participante, expresada en el número total de casos (N=101).

4.2.3.EDAD

Para conocer las características sociodemográficas de la población muestra que presenta conductas suicidas, se hace un análisis de las edades de los participantes, donde los resultados muestran que la edad con mayor comorbilidad en conducta suicida son 11 años cumplidos, lo que representa un 10.9% de la población muestra total (N=101).

Tomando en cuenta las edades de los participantes, se hace una correlación entre edades, comorbilidades diagnósticas y presencia de conducta suicida, a partir de lo cual se obtiene que en las edades entre los 12 y 15 años cumplidos se presentan los trastornos del estado de ánimo con mayor frecuencia (n=21, muestra de la suma de casos entre las edades

mencionadas), mientras que los trastornos de ansiedad son más frecuentes a los 10 años de edad, los trastornos de la conducta alimentaria se presentan con mayor periodicidad a los 14 años de edad (n=2), mientras que la comorbilidad diagnóstica y presencia de conducta suicida en los participantes con diagnósticos de trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia son más frecuentes entre los 9 y 10 años de edad (n=6, muestra de la suma de ambas edades), finalmente los trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos y presencia de la conducta suicida se presenta con mayor periodicidad a los 12 años (n=7) y a los 16 años de edad (n=5) como se muestra en la tabla 19.

Tabla 19

Edad de los participantes en relación con presencia de conducta suicida y comorbilidades principales

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Total
1	1	0	2	2	0	1	0	4	6	2	7	6	1	1	33
2	0	0	0	0	0	0	4	1	2	2	1	0	1	0	11
3	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3
5	0	1	0	1	1	3	3	2	0	1	1	2	0	0	15
6	0	0	4	4	1	1	3	7	3	4	2	1	5	1	36
Total	1	1	6	7	2	7	11	15	11	9	13	9	7	2	101

Nota: Edad de los participantes expresada en años cumplidos.

Nota 1: Nombre de los trastornos de comorbilidad principal: 1. Trastornos del estado de ánimo, 2. Trastornos de ansiedad, 3. Trastornos relacionados con el trauma, 4. Trastornos de la ingesta alimentaria, 5. Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, 6. Trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados.

En orden de frecuencia de presencia de autolesiones y conducta suicida en relación a la edad del participante, se obtiene que 72 participantes no presentaron autolesiones, de los cuales 12 participantes acudieron a la consulta de paidopsiquiatría en 2017 con 11 años cumplidos.

A los 14 años de edad, se presenta con mayor frecuencia la presencia de conductas autolesivas de cutting, mientras que el empleo de golpes es repetido en edades de 10 años (n=2) y 12 años (n=2) (Tabla 20).

Tabla 20

Tipo de autolesiones en relación con la edad del participante

	1	2	3	4	5	Total
4	1	0	0	0	0	1
5	1	0	0	0	0	1
6	6	0	0	0	0	6
7	6	0	1	0	0	7
8	2	0	0	0	0	2
9	7	0	0	0	0	7
10	9	0	2	0	0	11
11	12	1	0	2	0	15
12	5	4	2	0	0	11
13	5	2	0	1	1	9
14	6	6	0	1	0	13
15	8	0	1	0	0	9
16	3	4	0	0	0	7
17	1	0	0	0	1	2
Total	72	17	6	4	2	101

Nota: Tipos de autolesiones: 1. No presenta, 2. Cutting, 3. Golpes, 4. Rasguños, 5. Cutting y golpes.

4.3.SUBCRUCES

4.3.1.COMORBILIDADES DIAGNÓSTICAS

Con relación a la comorbilidad diagnóstica principal, la presencia de autolesiones y conducta suicida se obtiene que un 23 participantes no presentan conductas autolesivas en comorbilidad con conducta suicida y trastornos del estado de ánimo, dos participantes presentan comorbilidades diagnósticas de ansiedad generalizada, conducta suicida y conductas autolesivas, mientras que los participantes con diagnóstico de trastornos relacionados con el trauma no presentan comorbilidad con conductas autolesivas. 2 participantes con diagnóstico de trastornos de la ingesta alimentaria, 14 participantes con diagnóstico de trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia no presentan la comorbilidad con conductas autolesivas. Retomando los trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados, así como conducta suicida y conductas autolesivas, se obtiene una muestra de 10 participantes quienes manifiestan dichas comorbilidades (Tabla 21).

Tabla 21

Comorbilidad principal y presencia de conductas autolesivas

	No	Si	Total
1	23	10	33
2	9	2	11
3	3	0	3
4	1	2	3
5	14	1	15
6	26	10	36
Total	76	25	101

Nota: Nombre de los trastornos de comorbilidad principal: 1. Trastornos del estado de animo, 2. Trastornos de ansiedad, 3. Trastornos relacionados con el trauma, 4. Trastornos de la ingesta alimentaria, 5. Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, 6. Trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados

4.3.2.FECHAS

En lo que respecta a las fechas en las que se presenta la conducta suicida, se obtiene que en los meses de enero y septiembre hay un aumento significativo en la prevalencia de la conducta suicida. Respecto al primer mes del año, se presentan 10 casos de incidencia, 10 participantes que prevalecen en la conducta suicida y 2 participantes que reinciden en la conducta suicida; en febrero 4 pacientes que manifiestan prevalencia, en el tercer mes del año un participante, en abril 2 participantes prevalecen en la conducta suicida. Para mayo 4 participantes prevalecieron y en los meses siguientes se muestra un declive en la prevalencia de la conducta suicida, en junio 3 participantes, julio 2 participantes y en agosto 1 participante. El mes de septiembre muestra un incremento significativo, donde se presentan

12 participantes con prevalencia de la conducta suicida, 3 participantes de incidencia y un participante que reincide en el espectro, al décimo mes del año disminuye la prevalencia a 5 participantes y para los últimos dos meses del año permanecen con 4 participantes que prevalecieron en la conducta suicida en cada mes (Figura 15).

Fecha de consulta y aparición de la conducta suicida

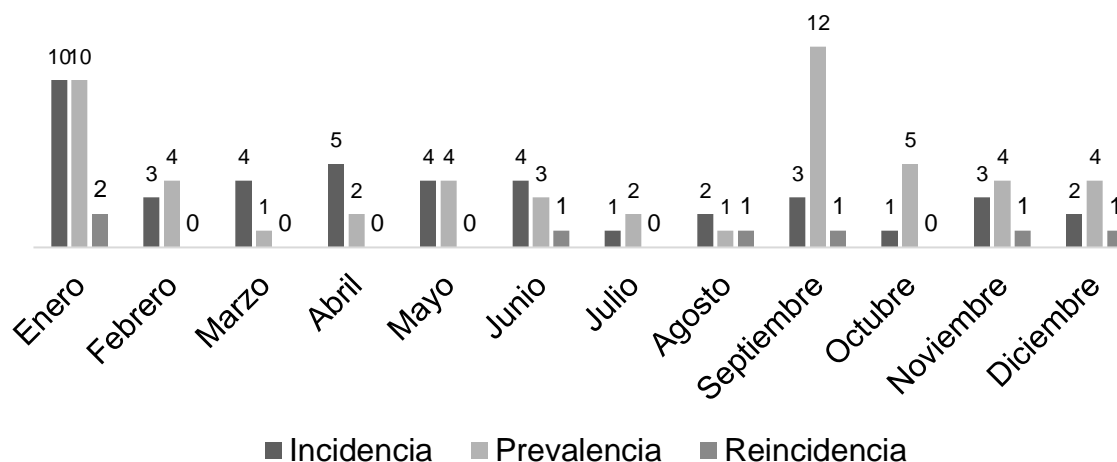


Figura 15: Fecha de la consulta en relación con la aparición de la conducta suicida expresada en el número total de casos (N=101).

En lo que respecta al sexo de los participantes, fechas y conducta suicida, se obtiene que en el primer mes del año 11 hombres y 11 mujeres acudieron a la consulta externa de paidopsiquiatría presentando características de la conducta suicida, en los meses de mayo y junio se presentan 4 hombres y 4 mujeres respectivamente. Se obtiene que en el mes de septiembre se presentan 8 casos de mujeres y 8 casos de hombres con conductas suicidas, presentándose en dichos meses la mayor frecuencia de participantes en la población muestra de la presente investigación (Figura 16).

Fecha de consulta y sexo del participante

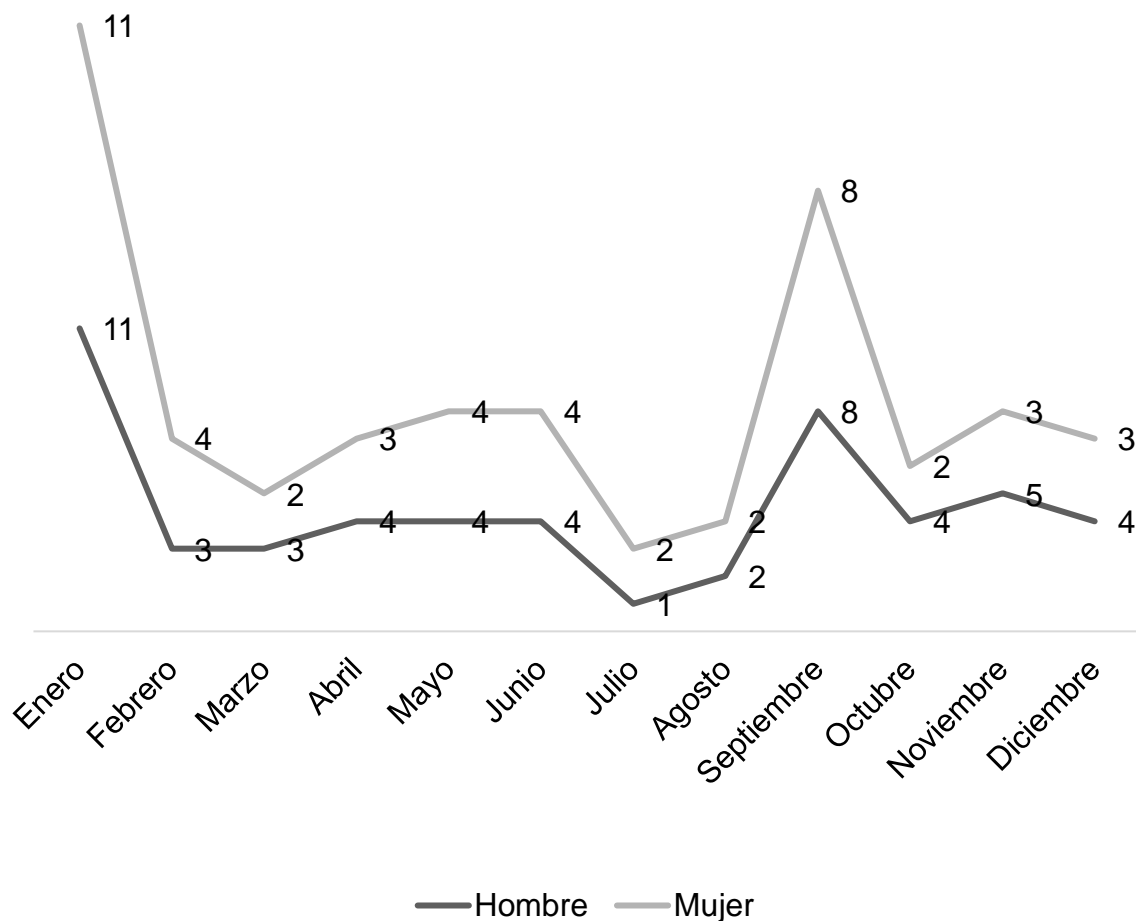


Figura 16: Fecha de la consulta en relación con el sexo de la participante expresada, en el número total de casos (N=101).

Por otra parte, se da a conocer la relación que guarda la conducta suicida, las fechas de realización de la consulta y la edad de los participantes, donde se obtiene como resultado que, la edad que se presenta con mayor frecuencia en el mes de enero son 13 años cumplidos (n=5), en el mes de mayo, participantes con 10 años cumplidos (n=3), en el mes de septiembre participantes con 7 años (n=3) y participantes con 16

años de edad ($n=3$) y para el mes de noviembre 3 participantes de 13 años de edad (Tabla 22).

Tomando en cuenta la tabla 19, que muestra que la edad en la que se presenta con mayor frecuencia la conducta suicida son los 11 años cumplidos ($n=15$) y partiendo de los resultados que se obtienen en la tabla 22, se observa que a lo largo del año 2017, durante el mes de abril ($n=2$), junio ($n=2$) y agosto ($n=2$), son los participantes de 11 años de edad quienes presentan conducta suicida en mayor frecuencia relacionado a las diferentes edades en los meses previamente mencionados.

Tabla 22

Fecha de consulta en relación con la edad de los participantes

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Total
Enero	0	0	1	0	0	2	4	3	2	5	4	1	0	0	22
Febrero	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	2	0	0	0	7
Marzo	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	5
Abril	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	0	0	7
Mayo	0	0	0	1	0	1	3	0	1	0	0	1	1	0	8
Junio	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2	1	1	8
Julio	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
Agosto	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	4
Septiembre	0	0	3	2	0	1	2	1	1	0	1	2	3	0	16
Octubre	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	6
Noviembre	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3	1	0	0	1	8
Diciembre	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	2	1	0	0	7
Total	1	1	6	7	2	7	11	15	11	9	13	9	7	2	101

Nota: Edad de los participantes expresada en años cumplidos.

Para conocer si las fechas de la consulta se relacionan con la comorbilidad diagnóstica en diversos trastornos y la conducta suicida, se hace una observación entre estos factores, donde se obtiene que a lo largo del año 33 participantes presentaron trastornos del estado de ánimo, con incremento en la población en el mes de enero (n=8), septiembre (n=4) y diciembre (n=4). Para los trastornos de ansiedad, se muestra un aumento en pacientes con dicho diagnóstico en el primer mes del año (n=7), los

trastornos relacionados con el trauma se dispersan durante el año a un participante en marzo, uno en abril y uno en septiembre. Para los trastornos de la ingesta alimentaria se obtiene un total de 3 participantes en el año, 2 de ellos se presentan en el mes de enero y uno en mayo. En relación a los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, se obtiene una mayor asistencia de participantes en enero (n=3), mayo (n=2), Septiembre (n=2) y octubre (n=2). Finalmente para la comorbilidad diagnóstica de trastornos del estado de ánimo con otros mencionados en la lista, se obtiene que los meses de mayor frecuencia fueron septiembre (n=8), noviembre (n=4), abril (n=4) y junio (n=4) (Tabla 23).

Tabla 23

Fecha de la consulta y comorbilidades principales

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1	8	3	3	1	1	3	1	1	4	1	3	4	33
2	7	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	11
3	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	3
4	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
5	3	1	1	1	2	1	1	1	2	2	0	0	15
6	2	3	0	4	3	4	0	2	8	3	4	3	36
Total	22	7	5	7	8	8	3	4	16	6	8	7	101

Nota: Fechas expresadas de forma numérica mensual.

Nota 1: Nombre de los trastornos de comorbilidad principal: 1. Trastornos del estado de ánimo, 2. Trastornos de ansiedad, 3. Trastornos relacionados con el trauma, 4. Trastornos de la ingesta alimentaria, 5. Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, 6. Trastornos del estado de ánimo comórbidos con otros trastornos antes mencionados

Del mismo modo, se correlacionan la fecha de asistencia con la presencia de conductas autolesivas en comorbilidad con conducta suicida, donde se obtiene como resultado que en los meses de abril, julio y agosto ningún participante presenta conductas autolesivas; mientras que en el mes de diciembre 5 participantes, mayo con 4 participantes tanto enero como marzo con 3 participantes en cada mes donde se refieren conductas autolesivas, siendo éstos los meses con mayor frecuencia de dichas conductas en comorbilidad con la conducta suicida (Figura 17).

Conductas autolesivas y fecha de la consulta

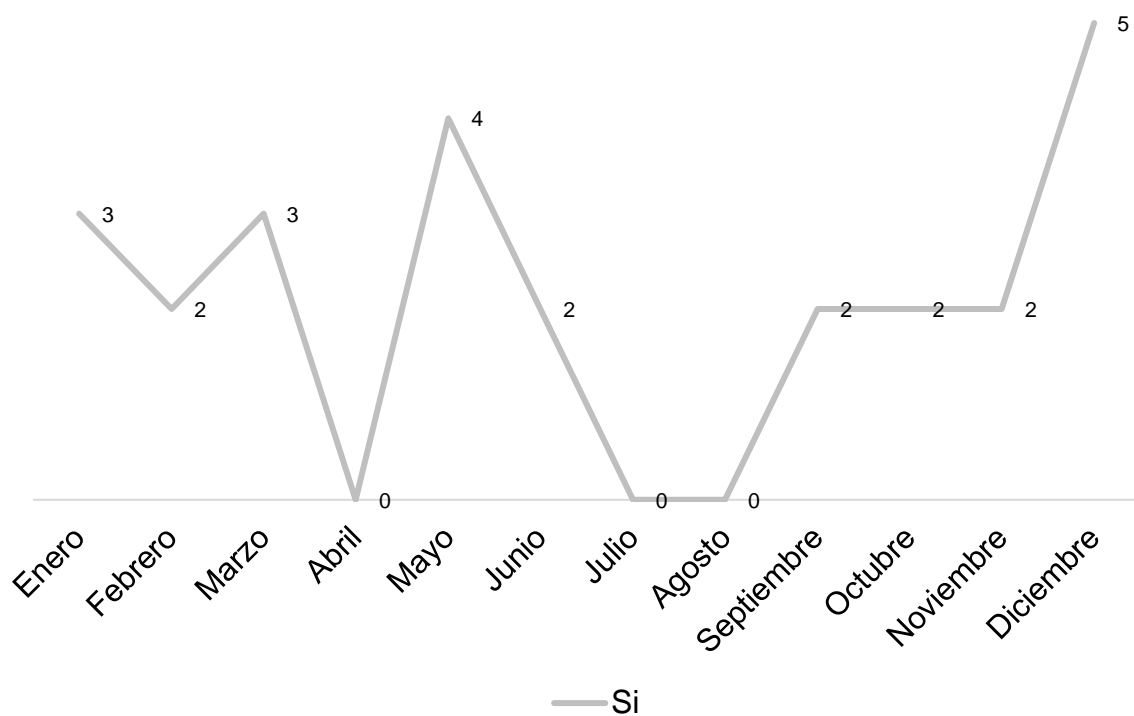


Figura 17: Fecha de realización de la conducta y aparición de conductas autolesivas expresada en el número total de casos (N=101).

Es importante mencionar, que todos los participantes fueron diagnosticados por el servicio de paidopsiquiatría del HND. El análisis para la presente investigación parte de los diagnósticos y criterios de clasificación de conducta suicida por los que se rigen los protocolos hospitalarios internos, así como el protocolo de seguimiento de casos del área de paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo en el año 2017.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

La presente investigación reporta los resultados de un gran número de pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo en el año 2017, lo cual da un panorama amplio acerca de la presencia de conductas suicidas en la población específica de este grupo etario mostrando la relación que guarda con factores como edad y sexo así como las fechas de mayor prevalencia de la conducta suicida, entre otros.

5.1 CONCLUSIONES

Con base en lo encontrado en el presente estudio de puede concluir que:

PRIMERA. Acorde a los resultados, el grupo etario varonil existe mayor prevalencia de conducta suicida (Véase Figuras 2 & 3), del mismo modo, se muestra un aumento en la prevalencia en las edades de entre 13 y 15 años, sin embargo, los participantes con 11 años de edad presentaron mayor prevalencia en las conductas suicidas (Véase Figura 4). En cuanto a la relación con fechas mensuales, durante el mes de enero se presenta con mayor frecuencia, a su vez, en los meses de febrero y diciembre disminuye la prevalencia, mostrandose un aumento en el mes de septiembre (Véase Figura 16); en cuanto a la comorbilidad diagnóstica más común concuerda con lo estipulado en la hipótesis planteada, presentandose con mayor frecuencia los trastornos del estado de ánimo (Véase Tabla 4), se demuestra que la

presencia de conductas autolesivas se presenta en menor frecuencia en comorbilidad con la conducta suicida (Véase Figura 6) por lo que la hipótesis planteada “El porcentaje de conducta suicida en niños y adolescentes que acudieron al servicio de la consulta externa de paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo durante el año 2017 presentó un aumento en la prevalencia en el grupo etario varonil de entre 13 y 15 años de edad, en los meses de enero, febrero y diciembre; presentado comorbilidad en conductas autolesivas y/o trastornos del estado de ánimo. “ es aceptada.

SEGUNDA. Se logra el análisis de la presencia de conducta suicida en la consulta externa de paidopsiquiatría del Hospital del Niño DIF Hidalgo durante el año 2017 (Véase Tabla 3), identificando el número de casos incidentes, prevalentes y reincidentes del espectro suicida, así como encontrando su relación con factores como fecha de aparición, edad y sexo de los participantes, comorbilidades diagnósticas, presencia de conductas autolesivas y alteraciones sensoperceptivas entre otras donde se implica el fraccionamiento de los elementos constitutivos y la expresión explícita en la relación entre las diferentes áreas.

TERCERA. La prevalencia y reincidencia de la conducta suicida es más frecuente en los participantes que acuden a cita subsecuente al servicio de paidopsiquiatría, mientras que quienes presentaron incidencia de la conducta suicida se presentaron mayormente a citas de primera vez (Véase Tabla 14). Cabe mencionar que, el grupo etario varonil presenta mayor incidencia, mientras que las mujeres presentan mayor prevalencia en el espectro de la conducta suicida (Véase Tabla 15). En relación a la edad, se presenta mayor incidencia a los 12 años, aumento en la prevalencia a los 14 años y a los 11 años mayor número de participantes reinciden en la conducta (Véase Figura 12). La aparición de la conducta suicida se presenta en las diferentes fases del espectro, presentandose los pensamientos de muerte tanto en incidencia,

prevalencia y reincidencia de la conducta, seguido de la tentativa suicida que se presenta principalmente en la prevalencia de la conducta.

Los hombres son quienes presentan aparición de conducta suicida en manifestaciones conductuales de pensamientos de muerte y tentativa suicida; presentando comorbilidades diagnósticas con trastornos del estado de ánimo y trastornos de inicio en la infancia o adolescencia, siendo esto más común alrededor de los 10 años de edad. Mientras que las mujeres presentan ideación suicida y pensamientos de muerte como manifestaciones conductuales, presentando comorbilidades diagnósticas en los trastornos del estado de ánimo y trastornos del estado de ánimo y otros, con mayor frecuencia entre las mujeres de 14 años de edad (Véase Tabla 7, Figura 13 & Tabla 18).

En lo que respecta a la edad, se encontró que a los 11 años de edad los pensamientos de muerte y la tentativa suicida se presentan con mayor índice, cabe mencionar que es en esta edad donde no se presenta comorbilidad del espectro suicida con conductas autolesivas (Véase Tabla 8 & Tabla 20). Por otro lado, se obtiene que entre los 12 y 16 años de edad se presenta una comorbilidad entre la conducta suicida y los trastornos del estado de ánimo, mientras que en grupos etarios menores es más frecuente la comorbilidad con trastornos por ansiedad o los trastornos de inicio en la infancia o adolescencia (Véase Tabla 19).

Los trastornos del estado de ánimo así como los trastornos de inicio en la infancia o adolescencia se presentan con mayor comorbilidad diagnóstica con la conducta suicida, se muestra un aumento en el índice de los participantes que presentan diagnósticos de trastornos del estado de ánimo comórbidos a otros trastornos y a la conducta suicida (Véase Tabla 9)

Las autolesiones no suicidas se presentaron más en participantes mujeres que en los varones; la conducta autolesiva más frecuente fue cutting, seguida de golpes, cabe mencionar el índice de mujeres que presenta cutting es mayor, mientras que más hombres presentan autolesiones por golpes (Véase Figura 6 & Figura 14).

En el primer mes del año se obtiene una muestra significativa de participantes que presentaron conductas suicidas, posteriormente disminuye la aparición de la conducta en los siguientes 8 meses, para el mes de septiembre se muestra un aumento significativo en la aparición de la conducta, principalmente en la prevalencia del espectro suicida (Véase Figura 15).

CUARTA. Partiendo de lo mencionado por García (2006) la población infanto-juvenil presenta actualmente mayor riesgo de presentar conducta suicida; especialmente los grupos etarios varoniles entre los 10 años y los 13 años de edad y mujeres entre los 13 años y los 17 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016), mismos datos que se encuentran en concordancia con lo demostrado en el presente estudio, donde el grupo etario varonil presenta un aumento significativo en la conducta suicida a los 11 años de edad y las mujeres a los 14 años de edad. Los trastornos del estado de ánimo así como los trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia son los que se presentan frecuentemente comórbidos con la conducta suicida, acorde a lo mencionado por Bodón y Ríos (2016), las comorbilidades diagnósticas que se presentan con mayor frecuencia con la conducta suicida son los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de la conducta.

QUINTA. Los pensamientos de muerte y la tentativa suicida son las etapas de la conducta suicida que se manifiestan con mayor frecuencia en la población estudiada (Véase Figura 5).

Los métodos de ideación suicida referidos de forma continua fueron el uso de artefactos punzocortantes seguido del uso de fármacos, presentándose principalmente en mujeres, mientras que los métodos de tentativa suicida referidos continuamente fueron el ahorcamiento seguido del uso de fármacos manifestándose mayormente en varones (Véase Figuras 8-11 y Tablas 12 & 13).

5.2 SUGERENCIAS

Tomando en cuenta que la obtención de información se realizó a partir de la revisión de expedientes clínicos, se vio limitada la posibilidad de profundizar más en las variables. Así mismo, enfatizar que, la obtención de los resultados en esta investigación deben ser tomados con cautela, ya que la población fue estudiada en un hospital general pediátrico del estado de Hidalgo.

Los resultados obtenidos permitirán el reconocimiento de la aparición de la conducta suicida como un factor de riesgo en la población infantojuvenil, del mismo modo que la fundamentación para la intervención oportuna de los usuarios, capacitando al personal involucrado para la intervención y/o derivación de cada caso al área correspondiente dada la condición de que éstas conductas son prevenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Amador, G. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La paz*.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. WMA.
- Barionuevo, C., Brito, R., & Wolfenson, A. (2011). El suicidio: Reflexiones Ético-Históricas. *GPU, Psiquiatría, Ética, Suicidio.*, 1(7), 111-120.
- Bodón, M., & Ríos, M. (2016). Suicidio: Lineamientos generales para la comprensión, detección y prevención. Argentina.
- Covarrubias, M., Soltero, R., Sánchez, L., Rivera, M., & Pavón, D. (2017, Enero). Pensamientos de muerte e ideación suicida en niños y niñas mexicanos de 6 a 11 años. *Revista de Psicología*, 14(32), 20-30.
- Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Pearson.
- Cruz-Hernández, M. (2014). *Nuevo Tratado de Pediatría*. Barcelona: Oceano.
- Cuello, C. (2017). Conducta Suicida . *Boletín de Salud Mental*, 2-19.
- De La Garza, F. (2008). *Suicidio, Medidas Preventivas*. México: Editorial Trillas.

- De la Peña, F. (2015). *Psicopatología básica de niños y adolescentes*. (1^o edición ed.). Ciudad de México: Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Delval, J. (2007). *El Desarrollo Humano*. España: Siglo XXI editores.
- Diario Oficial de la Federación. (2012). Retrieved Noviembre 01, 2018, from Secretaría de Gobernación: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- Galimberti, U. (2014). *Diccionario de psicología* (1^o edición ed.). México: Siglo Veintiuno Editores.
- García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Distrito Federal, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina, M., Fleiz, C., Bermúdez, P., & Amador, N. (2002, Diciembre). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25(6), 1-12.
- Harrocks, J. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. México: Trillas.
- Hay, W., Levin, M., Sondheimer, J., & Deterding, R. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos*. Denver: Mc Graw Hill.
- Hoffman, L., Paris, C., & Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo* (Vol. II). México: Mc Graw Hill.
- Hughes, H., & Khal, L. (2018). *A Manual for Pediatric House Officers, The Harriet Lane Handbook*. Philadelphia: Elsevier.
- Hurlock, E. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. España: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2018, Enero 12). Retrieved Noviembre 03, 2018, from Beta INEGI: http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=91a63b16-b544-4b50-8b37-90d5868e9620&db=Salud&px=Mental_06
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016, Septiembre 07). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de Septiembre). 1-12. Aguascalientes, Aguascalientes, México.

- Jiménez-Ornelas, R., & Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de Población*, 19(77).
- Kogan, B. (2017). *Factores de riesgo asociados a intento de suicidio en adolescentes*. (S. d. Facultad de Medicina Humana de la USMP, Ed.) Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Lewis, M. (2006). Desarrollo durante la infancia y la adolescencia. In J. Wiener, & M. Dulcan, *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 13-44). Barcelona: Masson.
- Mansilla, M. (2000, Diciembre). Etapas del Desarrollo Humano. *Revista de Investigación en Psicología*, III(2), 105-116.
- Marcdante, K., & Kliegman, R. (2015). *Nelson Essentials of Pediatrics*. Wisconsin: Elsevier Sanders.
- Martínez, R. (2013). *Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente*. México: Manual Moderno.
- Meece, J. (2001). *Desarrollo del niño y del adolescente. Compendio para educadores*. México: McGraw-Hill.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Galicia: Tórculo Artes Gráficas, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Organización Panamericana de la Salud*. Retrieved from OPS: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2018, Agosto 24). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved from Notas descriptivas, detalles sobre suicidio: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Sitio web mundial*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

- Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. México: McGrawHill.
- Pfeffer, C. (2006). Suicidio, conducta suicida e ideación suicida. In J. Wiener, & M. Dulcan, *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 901-913). Barcelona, España: Masson.
- Pichardo, A. (2012). Las Etapas del Desarrollo. Ciudad de México, México. Retrieved from Las Etapas del Desarrollo: https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/experimentales/psicologia2/pscll/MD1/MD1-L/etapas_desarrollo.pdf
- Rodríguez, F., González, L., García, R., & Montes de Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 374-380.
- Román, V., & Abud, C. (2017). *Comunicación, Infancia y Adolescencia. Guía para periodistas. Suicidio*. Argentina: Red Argentina De Periodismo Científico; UNICEF.
- Ross, S., & Arranz, F. (2006). Conducta Suicida. In J. Vallejos, *Introducción a la psicología y la psiquiatría*. (6ª ed., pp. 271-294). Barcelona: Maisson.
- Sankey, M., & Lawrence, R. (2005). Breif report: Classification of adolescent suicide and risk-taking deaths. *Journal of adolescence*, 6(28), 781-785.
- Secretaría de Salud del estado de Hidalgo. (2017, Noviembre 22). *HIDALGO, Crece contigo*. Retrieved from DIF Hidalgo: dif.hidalgo.gob.mx/?p=6075
- Secretaría de Salud. (2004). *Ley General de Salud*. Retrieved Noviembre 03, 2018, from Salud.gob.mx: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. (2010). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida*. (Á. d. Pública, Ed.) Andalucía, España: Servicio de Andaluz de Salud, Consejería de Salud.
- Shulman, B., & Capone, N. (2010). *Language Development*. New Jersey: Jones and Barlett Publishers.
- Silverman, M. (n.d.). The Language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 5(36), 519-532.

- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., & O'Carroll y Joiner, T. (2007). The American Association of Suicidology Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviour, Part 1. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 3(37), 264-277.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Suicide. (2016, Agosto). *Our World In Data*. Retrieved Octubre 2018, from OurWorldInData.org: <https://ourworldindata.org/suicide>
- Tovar, I. (2015). *Factores de riesgo de la conducta suicida infantil*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tribunal Internacional de Núremberg. (1989). *Código de Núremberg*. (J. Mainetti, Trans.)
- Ucha, F. (2010). *Generalidades de Niñez*. México: ABC editoriales.
- Valdivia, M. (2015). *Variables asociadas a intento de suicidio en estudiantes secundarios de una comuna urbano-rural de Chile*. (U. d. Doctorales, Ed.) Granada: Facultad de Medicina de la Universidad de Granada.
- Vázquez-Vega, D., Piña-Pozas, M., González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, A., & Mondragón-Barrios, L. (2015, Septiembre). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25(2), 62-69.
- Vicente, N., & Ochoa, E. (2017). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. . *Trastornos infantiles y de la Adolescencia*.
- Whol, J., & Erickson, S. (1999). *Fundamentos del Desarrollo Humano* (1ª edición ed.). México: Editorial Pax México.
- Zambrana, N., Negrón, I., & Aponte, V. (2008). *Desarrollo y Crecimiento de la niñez: un enfoque integrado*. Puerto Rico: Fundación Ángel Ramos.

ANEXOS

Version 3.0.3.1079



SISTEMA DE GESTIÓN MEDICO-ADMINISTRATIVO
EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

Inicio de Sesión


Acceso Firma Electrónica Simple Acceso Firma Electrónica Avanzada (FIEL)

Inicio de Sesión:

Usuario:

Contraseña:

Opciones de Acceso



SISTEMA DE GESTIÓN MEDICO-ADMINISTRATIVO
EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO

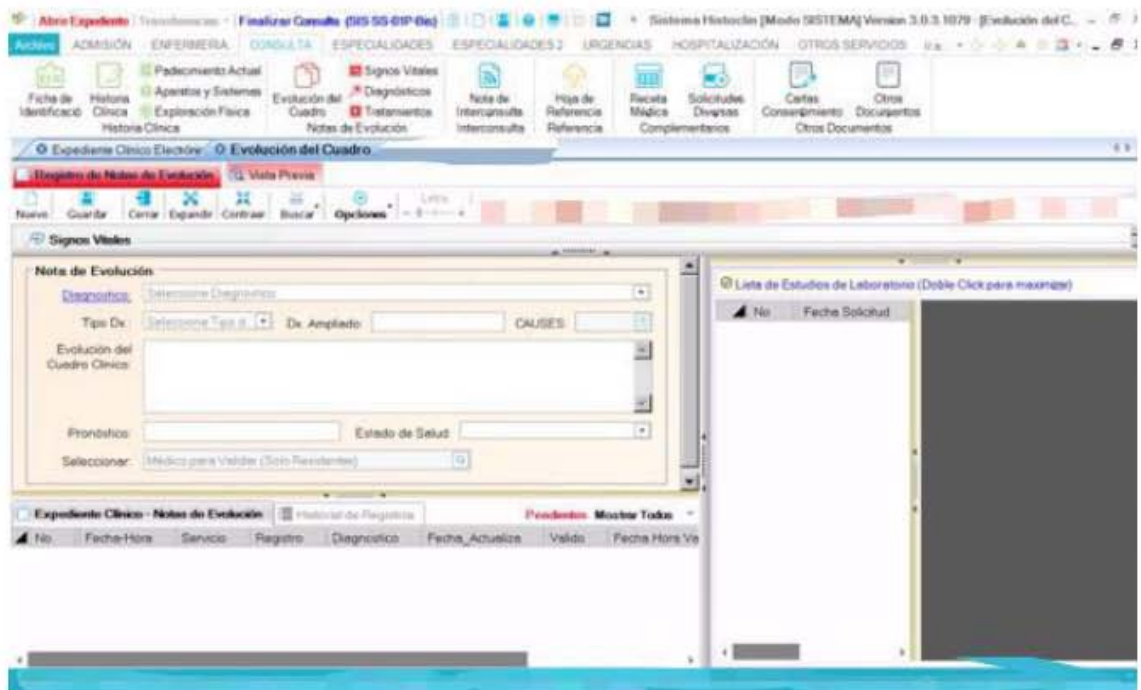
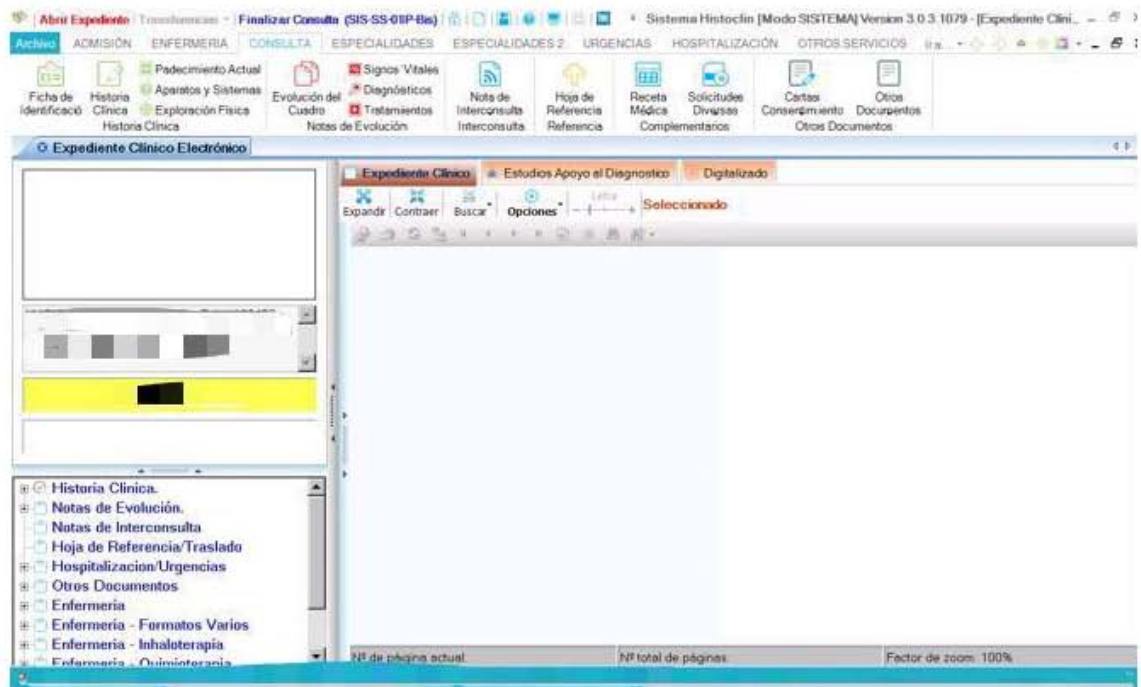
Opciones de Acceso

Seleccione

Unidad:

Servicio:

Consultorio:



Formato de historia clínica de paidopsiquiatría

Ficha de identificación.

Nombre

Fecha de nacimiento

Edad

Escolaridad

Actividad extraescolar

Religión

Originario

Residente

Fuente de información

Fecha de realización

Motivo de consulta

Padecimiento actual

Atenciones

Ambiente familiar

Padre

Madre

Hermanos

Crianza

Vivienda

Ambiente escolar

Guardería

Preescolar

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Antecedentes pre y neonatales

Desarrollo

Motor

Social

Comunicación

Sueño

Control de esfínteres

Juego

Antecedentes personales patológicos y no patológicos

Cartilla de vacunación completa

Enfermedades propias de la infancia

Alergias

Antecedentes de epilepsia o crisis convulsivas

Traumatismos

Traumatismos craneoencefálicos con pérdida del estado de alerta

Antecedentes heredofamiliares

Diabetes Mellitus

Antecedentes de hipertensión o hipotensión

Cáncer

Antecedentes de problemas tiroideos

Otras enfermedades médicas de importancia

Antecedentes de consumo de sustancias tóxicas (solo para adolescentes)

Examen mental

Escalas psicométricas

Impresión diagnóstica

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

Plan terapéutico

Formato de nota de evolución de paidopsiquiatría

Presentación del paciente.

Descripción subjetiva de la sintomatología del paciente.

Descripción objetiva de la sintomatología del paciente.

Análisis del paciente en la consulta.

Plan terapéutico.

