**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"**

**TESIS:**

# Desarrollo de concepciones de muerte en niños de entre 6 y 12 años con ideas de muerte persistentes, ideación suicida e intentos suicidas y aquellos sin dicha sintomatología, y su asociación con la exposición directa o indirecta a violencia familiar, a violencia sexual y exposición a violencia en medios de comunicación.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA**

**EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Liliana Del Carmen Carrillo Ramírez.

**TUTORA:**

Dra. Alma Delia Genis Mendoza

**CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO 2020**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**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.

## HOJA DE DATOS

**Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:**

Liliana Del Carmen Carrillo Ramírez.

Correo electrónico: analili1611@gmail.com

**Nombre de los Tutores:**

***Dra. Alma Delia Genis Mendoza***

Correo electrónico: adgenis@inmegen.gob.mx

Institución donde labora: Instituto Nacional de Medicina Genómica

***Dr. Emmanuel Sarmiento Hernández***

Correo electrónico: emmanuelsarmientoh@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México.

## ÍNDICE

**RESUMEN** ..... 4
**INTRODUCCIÓN** ..... 2
**MARCO TÉORICO** ..... 3
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** ..... 8
**JUSTIFICACIÓN** ..... 8
**HIPÓTESIS** ..... 8
**OBJETIVOS** ..... 8
**MATERIAL Y MÉTODOS** ..... 9
**Criterios de inclusión:** ..... 9
**Criterios de exclusión.** ..... 9
**Variables:** ..... 9
**Procedimiento.** ..... 12
**INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN** ..... 13
**ANALISIS ESTÁDÍSTICO** ..... 14
**RESULTADOS** ..... 14
**DISCUSIÓN** ..... 26
**CONCLUSIONES** ..... 28
**LIMITACIONES Y FORTALEZAS** ..... 28
**CONSIDERACIONES ÉTICAS** ..... 29
**BIBLIOGRAFÍA** ..... 31
**ANEXOS** ..... 34

## RESUMEN

**“Desarrollo de concepciones de muerte en niños de entre 6 y 12 años con ideas de muerte persistentes, ideación suicida e intentos suicidas y aquellos sin dicha sintomatología, y su asociación con la exposición directa o indirecta a violencia familiar, a violencia sexual y exposición a violencia en medios de comunicación”.**

Genis Mendoza Alma Delia, Sarmiento Hernández Emmanuel, Carrillo Ramírez Liliana del Carmen.

**Introducción:** La investigación reciente en suicido en niños ha demostrado que el desarrollo de las concepciones de muerte es adquirido de manera más temprana en niños que presentan suicidabilidad en comparación de sus pares que no las presentan, a la fecha, se ha realizado poca investigación sobre este tema en México.

**Objetivos:** Comparar el entendimiento de muerte en niños con ideas de muerte y/o intento de suicidio y en niños sin dicha sintomatología.

**Material y métodos:** Se estudiaron a 20 pacientes escolares de 6 a 12 años con antecedente de ideas de muerte, ideación suicida o intentos suicidas y 6 niños controles sin dicha sintoamtología que acudieron al Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México desde marzo de 2020. Se aplicaron los instrumentos de Entrevista de Muerte, MINI-Kid versión español, Escala de Columbia para Evaluar la Seriedad de Ideación Suicida. Se evaluó uso de medios electrónicos, experiencias como violencia intrafamiliar y experiencias de muerte.

**Resultados**: Muestra final de 20 pacientes considerados casos, y 6 pacientes sin dicha sintomatología. Los niños dentro del grupo de casos, presentaron menor entendimiento global del concepto de muerte que los niños sin dicha sintomatología; presentaron mayor entendimiento en los subcomponentes de cesación e inevitabilidad.

**Conclusión:** Los niños con depresión y suicidabilidad presenta mayor entendimiento en algunos subcomponentes del concepto de muerte. Los niños dentro del grupo de casos presentaron mayor antecedente de violencia intrafamiliar, exposición a mayor cantidad de contenidos de violencia en medios y a mayor experiencia de muerte.



**Palabras clave:** niños jóvenes, suicidabilidad, entendimiento de muerte, violencia, medios.

## INTRODUCCIÓN

Las ideas de muerte, la ideación suicida y el suicidio en niños y niñas han sido pobremente investigados, ya que existe la preconcepción de que los niños adquieren a edades mayores el concepto maduro de la muerte, además de que son ideas expresadas verbalmente o actos que se presentan de manera impulsiva, de manera generalizada. Sin embargo, la investigación reciente en cuanto a este tema ha demostrado que el desarrollo de las concepciones de muerte es adquirido de manera más temprana en niños que presentan ideación o conductas suicidas en comparación de sus pares que no las han presentado. Dentro de los factores de riesgo que se han asociado al desarrollo de conducta suicida en niños y niñas, se encuentran diversos factores psicosociales como exposición a medios con contenido violento, exposición a violencia directa e indirecta intrafamiliar, experiencias de muerte de un familiar cercano de manera temprana. Por lo anterior mencionado, es importante investigar a mayor profundidad las bases psicosociales de esta sintomatología, como experiencias adversas de vida, violencia física, exposición a medios y problemas en el apego que conllevan a su presentación.

## MARCO TÉORICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2006 definió al suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida; este hecho es considerado grave y perjudicial tanto para el individuo que lo comete, como para su contexto, debido a la intención destructiva que hay en él.[1] Sin embargo, dentro de esta definición, se han descrito algunas variantes del comportamiento suicida que se expresan durante etapas previas al acto, entre estas variantes, desde la perspectiva de Silverman, (2007) considera a la ideación suicida, un comportamiento que incluye la perseverancia de pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida y los modos de desear la muerte, incluyendo los objetos con los que se realizará, esta puede ser activa o pasiva pero sin llegar a provocarse ninguna lesión. También está el acto de comunicarlo, verbal o no verbalmente que puede representar una amenaza sin intencionalidad de hacerse daño aunque incluya el método con el que lo llevaría a cabo. [2]

Datos recientes indican que aunque la muerte por suicidio antes de los diez años es rara, los pensamientos suicidas e incluso los intentos suicidas ocurren. Por ejemplo, en el 2016, se reportó que la prevalencia de pensamientos y comportamientos suicidas, considerados juntos, fue del 4 al 13% en preescolares.[3] En otro estudio, se reportó una frecuencia para comportamiento suicida y/o intentos de suicidio de 1.6% y para planeación suicida o intentos suicidas de 2-3% en niños de 3 a 7 años de edad.[3] A pesar de que existe variabilidad en la prevalencia reportada debido a la definición especifica de ideación suicida y comportamiento suicida y fuente de información (reporte de los padres o del cuidador primario), las expresiones de ideación suicida y comportamiento suicida en la edad preescolar están fuertemente asociadas con estrés, así como con la presencia de psicopatología no diagnosticada.[4]

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en su base de datos de mortalidad, en el 2016, del grupo etáreo de 10 a 14 años, 1.9 niños y 2.1 niñas por cada 100 000 habitantes murieron por suicidio en México.[5]

### 1.1 Factores individuales de riesgo para suicidio

Los comportamientos suicidas corren en las familias (RM para familiares en primer o segundo grado es de 1.7-10.62), indicando que factores distales pueden incrementar el riesgo de suicidio. Los estudios familiares muestran que el riesgo de intentos es más alto en familiares de gente que murió por suicidio, y que el riesgo de morir por suicidio es más alto en familiares de gente con intentos de suicidio.[6] A pesar de la evidencia consistente para heredabilidad del comportamiento suicida, la identificación de genes específicos asociados con riesgo suicida se mantiene elusivo, a pesar de varios

genes candidatos y de estudios de asociación de genomas, que han proveído de resultados poco concluyentes.[7]

Además de factores heredables, otros factores psicosociales, demográficos, y biológicos incrementan la vulnerabilidad al suicidio.[8] La exposición a adversidad temprana en la vida, generalmente definida como negligencia parental o abuso físico, sexual o emocional en la infancia es un factor de riesgo bien reconocido. La asociación entre adversidad en la vida temprana y riesgo suicida a lo largo de la vida está respaldada por estudios prospectivos y retrospectivos longitudinales,[9] así como múltiples estudios de casos y controles,[10] y está moderada por varios factores, incluyendo el tipo de abuso (negligencia, abuso físico o abuso sexual), la frecuencia del abuso y la relación entre la víctima y el abusador.[11]

La adversidad en la vida temprana de los individuos, también podría ser transmitida a través de familias, en parte explicando la agregación familiar del comportamiento suicida. La adversidad temprana en la vida podría inducir efectos a largo plazo a través de cambios epigenéticos. La adversidad temprana en la vida también está asociada con modificaciones epigenéticas involucradas en plasticidad neuronal, crecimiento neuronal y neuroprotección.[12]

La gente joven que muere por suicidio frecuentemente tiene una alta carga de adversidad y de historia de matrato infantil o negligencia.[13] La adversidad temprana causa déficits cognitivos, particularmente en la resolución de problemas y en la especificidad de la memoria, los cuales son contribuyentes para suicidabilidad.[14] Esto podría tener un rol especial en el comportamiento suicida en adolescentes y en adultos jóvenes porque la adversidad está relacionada con un inicio más temprano de trastornos psiquiátricos y porque los efectos cognitivos de la adversidad interactúan con los sistemas corticales prefrontales incompletamente desarrollados, lo cual aumenta la probabilidad de comportamiento riesgoso e impulsivo.[15]

1.2 Concepción de muerte y suicidio

La muerte es un tema inherente a la vida; es alrededor de los 6 años de edad, que en el niño sano emergen pensamientos sobre la muerte.[16] Sin embargo, han sido documentados pensamientos suicidas que incluyen planificación para terminar con sus vidas y muertes por suicidio, en niños de hasta 5 años. [17] Aunque ha habido cierta especulación de que los niños con ideación suicida tienen un concepto de muerte “menos madura”, esta pregunta ha sido poco explorada sistemáticamente y tiene relevancia clínica. [18]

El desarrollo y comprensión del concepto de muerte se ha evaluado en el pasado con cuatro componentes: irreversibilidad, inevitabilidad, universalidad e imprevisibilidad. [18] Se considera que éste

va desarrollándose a partir de los cinco años, hasta lograr los cuatro elementos alrededor de los ocho años, para alcanzar así una comprensión madura de este concepto. Estos componentes han sido estudiados desde 1926 por Piaget que analizó las concepciones de los niños sobre lo vivo y lo no vivo y posteriormente por diversos autores como Schilder y Wechsler en 1934; en 1940 por Antthony. Además de tener la concepción de uno mismo como ser biológico que puede morir, existen 2 componentes particularmente relevantes para la ideación suicida, la permanencia y el conocimiento de que existe un rango plausible de eventos externos e internos que pueden causar la muerte. No es necesario que los niños entiendan que la muerte resulta del cese total de las funciones corporales para saber que el ahogarse hasta dejar de respirar resultará en la muerte.[18]

En el estudio de Hennefield, publicado en el 2019, se investigaron las concepciones de muerte en niños preescolares, se encontró que los niños con depresión e ideación suicida tenían una calificación más alta en el entendimiento general de la muerte que aquellos con depresión sin ideación suicida y niños sanos. También exhibieron tristeza y ansiedad al escuchar historias relacionadas a la muerte y eran más propensos a describir a la muerte como causada por violencia. Los niños más grandes también atribuían la muerte a causas más violentas. El uso más frecuente del televisor estuvo asociado con menor entendimiento de la muerte, incluyendo el concepto de irreversibilidad. [18] Los estudios que han detallado el entendimiento de los niños de eventos que se presentan como penúltimas causas de muerte han encontrado que los niños más jóvenes describen primariamente eventos externos (accidentes de coche, ser disparado), mientras que los niños más grandes incluyendo eventos internos (enfermedades, ataque al corazón). Temas violentos como ser disparado o apuñalado aparecen predominantemente en respuestas de niños de culturas occidentales. Discutiblemente, en la mayoría de las sociedades modernas, una proporción en incremento de niños está expuesta a los medios, con nuevas tecnologías que permiten a los niños estar en contacto con distintos medios con frecuencia en aumento y a edades más tempranas que antes.[18]

Un confusor en el entendimiento del desarrollo de los subconceptos de la muerte es debido no solamente al estadio cognitivo y perceptivo, pero también depende de causas externas, como el ambiente en que los niños y niñas crecen, las opiniones y actitudes de los maestros y padres, puntos de vista religiosos y la cultura de su país, en general.[19].

En el estudio de Covarrubias de la Torre y cols en el 2017, en Jalisco, México, se estudiaron a 123 niños entrevistados de 6 a 12 años, de los cuales en el 8.9% de los entrevistados se encontraron ideas y pensamientos de muerte, un porcentaje casi similar al detectado en la población adolescente en México con un 9.9%. Se encontró que los pensamientos emergían en circunstancias de inquietud y

malestar emocional como “cada vez que me peleo”, “cuando me enojo”, “cuando me regañan”, “desde que mi abuelita se fue”, “me hacen enojar”, “cuando me dice mi hermano que mi papá nunca me quiso”, donde prevaleció la emoción de enojo durante la presencia de estas problemáticas relaciones, conflictivas y/o estresantes.[18] Se encontró que el grupo identificado con ideas de muerte y conducta suicida, ya tenían conocimiento real de la muerte por haber experimentado un fallecimiento cercano en su familia, en correspondencia a los hallazgos de Slaughter y Griffiths (2007) y Bonoti et al. (2013), lo cual probablemente precipitó el desarrollo maduro del concepto de muerte. [20-23]

Los estudios han investigado la progresión de la adquisición de los subcomponentes de la muerte y han generalmente demostrado que el entendimiento de irreversibilidad de la muerte es el que ocurre primero, para las edades de 5 o 6 años. Por lo tanto el primer concepto de muerte adecuado involucra el reconocimiento de que los muertos no pueden volver a la vida.[23]Después, se adquieren los subcomponentes de aplicabilidad, inevitabilidad y cesación.[23] En los años escolares más tempranos, los niños llegan a entender que la muerte debe suceder a todas las cosas vivientes, y que está caracterizada por procesos corporales para que funcione.[23] El subcomponente final que se ha estudiado que se adquiere es la causalidad. Varios investigadores han discutido que el entendimiento de los mecanismos causales que pueden resultar en el rompimiento del funcionamiento corporal que lleva a la muerte es el subcomponente más integral y complejo y por lo tanto es el último en ser dominado. A la edad de 7 o 10 todos los subcomponentes son comprendidos.[23]

Como clínicos, la forma en que respondemos a un reporte de un padre de ideación suicida de un niño de 4, 5 o 6 años de edad con ideación suicida debe ser específica hablando en términos de desarrollo.[24]Nuestra habilidad para predecir el suicidio en jóvenes más grandes y en adultos es limitada, e incluso existe menos información relacionada a los grupos preescolares y escolares, nuestras predicciones son probablemente menos confiables y más propensas a nuestras propias preconcepciones sobre los niños y niñas pequeños y el suicidio. La situación clínica llama a tomar abordajes sistemáticos, específicos en términos de desarrollo. [24] El aplicar intervenciones que pudieran ser utilizadas en niños más grandes con ideación suicida podría ser dañino para un niño más joven. Medicaciones como los ISRS tienen información limitada en cuanto a seguridad y no existen estudios de eficacia rigurosos en Trastorno depresivo mayor en preescolares. En general, las unidades psiquiátricas de hospitalización no están equipadas para las necesidades de desarrollo para niños y niñas jóvenes, en general se requiere separación de sus cuidadores, se ofrece terapia familiar limitada y vulnerabilidad a agresiones por niños y niñas o adolescentes mayores.[25]

En este estudio buscamos investigar las concepciones de muerte y suicidio en los niños y niñas participantes así como las asociaciones de éstas con distintos factores sociodemográficos y psicosociales. Buscamos conocer si la violencia intrafamiliar, violencia sexual, violencia en la escuela están asociados con el trastorno de ansiedad por separación. Esperando que los hallazgos obtenidos nos den una guía para llevar a cabo y reforzar acciones preventivas y para detectar de manera oportuna la conducta suicida, conducta que ha ido a la alza en los niños de nuestro país en la última década.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe pobre investigación en la población mexicana infantil sobre el desarrollo de conceptos de muerte y su asociación con los medios de comunicación que los niños utilizan como nuevo medio de recreación en las últimas décadas, así como la asociación con la violencia sufrida y presenciada dentro de la familia nuclear y fuera de ésta.

## JUSTIFICACIÓN

La mortalidad por suicidio en niños y niñas en México muestra una tendencia ascendente. El suicidio en menores de 10 años de edad se registra infrecuentemente, y se registraron 115 suicidios de 1979 a 2002. En el periodo 2003-2011 no hubo registros de suicidios en este grupo de edad, contrario a lo reportado en otros países. En relación a la ausencia de registros en menores de 12 años, los datos son congruentes con Tishler (2007) quien resalta la escasez de datos e inconsistencia de los mismos en niños y niñas y su incorrecta clasificación como "accidentes".[21] En México las lesiones de causa externa están subregistradas a nivel de hospitales públicos. [22]. El suicidio se considera poco frecuente en niños y niñas y poco se exploran sus factores etiológicos a nivel psicosocial.

## HIPÓTESIS

El desarrollo de entendimiento de concepción de muerte es mayor en aquellos niños y niñas con depresión, ideas de muerte, ideación suicida y/o intento de suicidio que en aquellos sin esta sintomatología. El desarrollo de entendimiento de concepción de muerte se asocia a exposición y recibimiento previo de violencia dentro del núcleo familiar así como exposición a violencia en medios.

## OBJETIVOS

- **General:** Comparar el entendimiento de muerte en niños y niñas con ideas de muerte y/o intento de suicidio y en niños sin dicha sintomatología.
- **Específicos:**

- Determinar si los niños y niñas con ideas de muerte y/o intento de suicidio con o sin depresión presentan mayor exposición a violencia intrafamiliar o muerte de un familiar, y /o haber sido abusado físicamente en el contexto intrafamiliar, haber sido abusado sexualmente o haber sido expuesto a violencia familiar.
- Determinar si el entendimiento de muerte en niños con intento de suicidio con depresión y sin depresión está relacionado con la exposición de contenidos de muerte y/o violencia en el uso de medios electrónicos como forma recreativa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de diseño:** Estudio de investigación descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo.

**Muestra:** Se estudiaron a 20 pacientes escolares de 6 a 12 años que acudieron al servicio de urgencias con antecedente de ideas persistentes de muerte, ideación suicida o intento suicida y 6 niños controles del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, se incluyeron de forma prospectiva a los pacientes. Se realizó el contacto con los pacientes y padres o tutores, para explicarles los objetivos y procedimientos del estudio, se les citó a ambos para una entrevista.

**Criterios de inclusión:**

1. Pacientes que presentaron ideas de muerte persistentes, ideación suicida y/o intento suicida con depresión o sin depresión valorados por médicos Paidopsiquiatrías, de acuerdo a criterios del DSM V.
2. Niños escolares (6 a 12 años de edad).
3. Ambos sexos.
4. Los pacientes debían aceptar voluntariamente su participación (firmar asentimiento y los padres el consentimiento informado).

**Criterios de exclusión.**

1. Discapacidad intelectual y/o deterioro cognitivo
2. Pacientes con psicosis aguda
3. Quienes voluntariamente decidieran retirar su consentimiento informado.
4. Quienes rechazaran en cualquier momento la continuación de aplicación de instrumentos MINI Kid, Escala Columbia y Escala de la muerte.

**Variables:**

**Variables independientes**

Depresión: Definición conceptual: Estado de ánimo caracterizado por tristeza, pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito y pensamientos de muerte o suicidio, con una duración de dos semanas; el cual altera la funcionalidad del individuo en las área social, laboral y familiar. Definición operacional: Se define cuando el paciente codifica SÍ en 5 o más respuestas de los ítems A1-A3 de la escala MINI-Kid. Siendo una variable cualitativa nominal dicotómica. Unidad de medida: episodio depresivo mayor actual, sin episodio depresivo mayor actual.

Riesgo suicida pasado: Definición conceptual: Probabilidad pasada de que un individuo haya podido llevar a cabo de manera voluntario un acto para acabar con su vida. Definición operacional: Se define cuando el paciente responde con sí a alguna de las preguntas de la sección B1 de la escala MINI-Kid. Siendo una variable cualitativa nominal dicotómica. Unidad de medida: con riesgo suicida pasado, sin riesgo suicida pasado.

Riesgo suicida actual: Definición conceptual: Probabilidad de que un individuo lleve a cabo de manera voluntaria un acto para acabar con su vida. Definición operacional: Se define cuando el paciente responde con sí a alguna de los ítems B2-B5 de la escala MINI-Kid. Siendo una variable cualitativa nominal dicotómica. Unidad de medida: riesgo suicida actual, sin riesgo suicida actual.

Severidad de riesgo suicida: Definición conceptual: Intensidad del riesgo suicida. Definición operacional: Se define de acuerdo a la puntuación obtenida en la escala de Columbia (leve, moderado, severo).

Ideas de muerte: Definición conceptual: Abarca un campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: El deseo de morir, fantasías pasivas de suicidio. Definición operacional: Se define cuando el paciente responde que sí ha tenido ideas de muerte. Siendo una variable cualitativa nominal dicotómica. Unidad de medida: con ideas de muerte, sin ideas de muerte.

Ideación suicida: Definición conceptual: Presencia en una persona del pensamiento de acabar con la propia vida, puede tener como presentación: idea suicida sin un método determinado, idea suicida con un método determinado con o sin planificación. Definición operacional: Se define cuando el paciente responde que sí ha tenido ideas de acabar con su vida. Siendo una variable cualitativa nominal dicotómica. Unidad de medida: con ideación suicida, sin ideación suicida.

Intento suicida: Definición conceptual: Es el acto que realiza un individuo para acabar con su vida. Definición operacional: Se define cuando el paciente ha realizado un acto voluntario para acabar con su vida. Siendo una variable cualitativa nominal dicotómica. Unidad de medida: con intento suicida, sin intento suicida.

**Variables dependientes:**

Utilización de medios: Definición conceptual: Clase de instrumento/s que se utilizan como medios de comunicación o de diversión, que use el niño evaluado. Definición operacional: Se define con el nombre del dispositivo utilizado. Siendo una variable cualitativa nominal policotómica. Unidad de medida: Televisión, videojuegos, libros.

Violencia intrafamiliar: Definición conceptual: Abarca todo aquel comportamiento de violencia física, sexual o psicológica que llega a poner en situación de peligro la seguridad o el bienestar físico o emocional de una persona del grupo familiar. Definición operacional: Se define cuando el paciente, madre o padre aceptan la presencia o no en el presente o en el pasado de violencia física, sexual o psicológica en la familia al momento del estudio. Siendo una variable cualitativa nominal policotómica. Unidad de medida: con violencia intrafamiliar, sin violencia intrafamiliar.

Abuso sexual: Definición conceptual: Es la conducta en la que una niña o niño es utilizado como objeto sexual por una persona con la que mantiene una relación asimétrica, en lo que respecta a la edad, a la edad maduracional y al poder. Definición operacional: Se define cuando el paciente, madre o padre aceptan la presencia o no en el presente o en el pasado de abuso sexual. Siendo una variable cualitativa nominal policotómica. Unidad de medida: con abuso sexual/ sin abuso sexual.

Concepción de muerte: Definición conceptual: Conocimiento que tiene una persona sobre lo que significa la muerte, y si conoce las implicaciones de ésta en sus distintas dimensiones, las cuales son: irreversibilidad, inevitabilidad, universalidad e imprevisibilidad. Definición operacional: Se define cuando el paciente conoce o no sobre la irreversibilidad, inevitabilidad, universalidad e imprevisibilidad de la muerte. Siendo una variable cualitativa nominal policotómica. Unidad de medida: conoce irreversibilidad, desconoce irreversibilidad; conoce inevitabilidad, desconoce inevitabilidad; conoce universalidad, desconoce universalidad; conoce imprevisibilidad, desconoce imprevisibilidad.

**Variables control:**

Edad: Definición conceptual: Años de vida del individuo a partir del nacimiento. Definición operacional: Se define como los años cumplidos por el sujeto. Siendo una variable cuantitativa discreta. Unidad de medida: Años cumplidos.

Sexo: Definición conceptual: Identidad biológica masculina o femenina. Definición operacional: Se define como fenotipo biológico. Siendo una variable cualitativa nominal dicotómica. Unidad de medida: Hombre o mujer.

Nivel educativo del paciente: Definición conceptual: Periodo medido en años escolares en que un niño ha permanecido en el sistema educativo formal. Definición operacional: La escolaridad que tiene el individuo al momento de participar en el estudio. Siendo una variable cualitativa nominal policotómica. Unidad de medida: Ninguna, primaria, secundaria, preparatoria.

Nivel educativo del padre y madre: Definición conceptual: Periodo medido en años escolares en que el padre de un niño ha permanecido en el sistema educativo formal. Definición operacional: La escolaridad que tienen el individuo al momento de participar en el estudio. Siendo una variable cualitativa nominal policotómica. Unidad de medida. Ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado.

Ocupación del padre y madre: Definición conceptual: Si se encuentra o no realizando alguna actividad renumerada. Definición operacional: La ocupación del padre y madre al momento del estudio. Siendo una variable nominal dicotómica. Unidad de medida: Empleado, desempleado.

Estado civil del padre y madre: Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Definición operacional: Lazo jurídico en el que se encuentra una persona en relación a otra. Siendo una variable nominal policotómica. Unidad de medida: Soltero, casado, viudo, divorciado o unión libre.

**Procedimiento.**

1.- Se reclutaron a 20 sujetos con ideas de muerte persistente, intento o ideación suicida, así como a 6 sujetos controles sin la sintomatología mencionada, seleccionados en el Hospital Psiquiátrico Infantil J. N. Navarro de la Ciudad de México.

2.- Los participantes fueron escolares entre 6-12 años de edad que aceptaron participar en el estudio.

3.- Se solicitó el consentimiento informado a los padres o tutores así como la aprobación del participante mediante el asentimiento informado.

4.- A los padres se les pidió que respondieran un breve cuestionario que incluía reactivos sobre datos demográficos personales y familiares, así como su historia médica y psiquiátrica y se realizó un familiograma, para ver psicopatología familiar previa, se aplicaron escalas estructuradas (MINI-KID Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes versión en Español) para evaluar los principales diagnósticos del Eje I del DSM V y la CIE 10, se evaluó la ideación suicida (escala de ideación suicida de Columbia versión en español para niños jóvenes), a los padres se les pidió información complementaria. Esta escala se basa en The Columbia Suicide History Form elaborada por John Mann MD, en CCNMD en el 2003.[23]

6.- Se evaluó el entendimiento de los niños con una versión modificada de la Entrevista de la Muerte (Slaugher ,2005) la cual capturó 5 conceptos de la muerte (universalidad, aplicabilidad, irreversibilidad, secesión y causalidad).[24]

## INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

### Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida (C-SSRS)

Para abordar tanto las incongruencias en la nomenclatura y su impacto en la identificación precisa del riesgo de suicidio como la necesidad de una medición para evaluar la gravedad de la ideación y la conducta suicidas, y para realizar el seguimiento de los cambios en estas, un equipo de investigadores desarrolló la *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS, «Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»)[6]. La escala fue diseñada para: «i) ofrecer definiciones de ideación y conducta suicidas, conducta autodestructiva no suicida, y las evaluaciones correspondientes; ii) cuantificar el espectro completo de la ideación suicida y la conducta suicida, y medir su gravedad en determinados períodos; iii) distinguir entre conducta suicida y conducta autodestructiva no suicida; y iv) emplear un formato intuitivo que permita la integración de información de múltiples fuentes».

La escala consta de 19 items y es aplicada por el clínico. Se basa en The Columbia Suicide History Form elaborada por John Mann MD, en CCNMD en el 2003. Se trata de una escala que cuantifica y evalúa la gravedad de los pensamientos suicidas, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien está pensando en suicidarse. Se divide en cuatro secciones que recogen una serie de características relativas a la actitud hacia la vida/muerte; pensamientos o deseos suicidas; plan de intento de suicidio y realización del intento planeado. En la última sección se examinan los intentos de suicidio previos.[23]

### MINI-Kid

El Mini-International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI Kid) es una herramienta de entrevista interactiva desarrollada por los profesores Sheehan y Lecubrier para ser una evaluación efectiva y confiable para la enfermedad neuropsiquiátrica en personas jóvenes. Los ítems incluídos en esta herramienta son principalmente derivados de criterios diagnósticos para una variedad de enfermedades neuropsiquiátricas incluídas en el DSM IV y en la Clasificación Internacional de Enfermedad, revisión décima (CIE -10). La herramienta es considerada apropiada para niños entre 6 y 16 años. La entrevista fue dividida en components para niños y padres e incluyeron preguntas relacionadas a 23 trastornos mentales; cada parte incluyó preguntas de tamizaje y diagnósticas. Durante las entrevistas, el investigador, que recibe entrenamiento en el cuestionario, lee la pregunta, y los padres responden “si” o “no” para que se pueda asignar un diagnóstico final. Cada entrevista lleva aproximadamente 30 a 40 minutos.

**Entrevista de muerte para evaluar desarrollo de Concepción de muerte.**

El entendimiento de la muerte será evaluado con dicha escala, utilizando una versión modificada de la Entrevista de Muerte, una medición validada que captura el entendimiento de los niños de 5 conceptos de muerte. Conceptos que consisten en universalidad (las cosas vivas mueren), aplicabilidad (las cosas no vivientes no mueren), irreversibilidad (la muerte es un estado permanente), cesación (las funciones del cuerpo cesan al morir) y causalidad (eventos que provocan la muerte).[22]

Para los ítems 1 y 2 será necesario categorizar cada respuesta dada por el niño como persona, animal, planta, electrónico u objeto; esas categorías serán utilizadas para identificar si los niños nombran únicamente seres vivientes, seres vivientes y objetos no vivos u objetos no vivos para cada pregunta. Para los ítems 3 y 4, cada respuesta será calificada de manera independiente. Las respuestas serán promediadas para dar al niño una sola calificación por cada concepto.[22]

Las respuestas al ítem 5, causalidad, será clasificado en 5 categorías: natural/biológico, violento, accidental/traumático, y sin sentido/sin respuesta.[24]

## ANALISIS ESTÁDÍSTICO

Para el análisis descriptivo de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas, con porcentajes, medias o medianas con desviaciones estándar con límites o rangos. Para el análisis inferencial se utilizaron la prueba de $X^2$ o de Probabilidad exacta de Fisher, T de Student para muestras independientes o la prueba de U de Mann Whitney. Se consideraron como significativos un valor menor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0.

## RESULTADOS

Se incluyeron a 26 niños y niñas de edades entre 6 y 12 años, de los cuales 20 fueron niños y niñas pertenecientes al grupo con ideas de muerte, ideación suicida y/o intento suicida; 6 fueron niños y niñas sin ideas de muerte, ideación suicida y/o intento suicida, los cuales acudieron al servicio de atención inmediata para valoración por Paidopsiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. De los individuos considerados casos, 11 fueron mujeres y 9 fueron hombres con una media de edad de 11.1 ± 1.5; de los individuos considerados controles, 6 fueron mujeres y ninguno fue hombre, con una media de edad de 8 ± 2.09. Existió una diferencia estadísticamente significativa de edades y de género entre los grupos de casos y controles (*p=.003 y p=.014 respectivamente*).

En cuanto al nivel educativo, de la población estudiada, el mayor porcentaje de los individuos tanto casos como controles, se encontraron con un nivel educativo a nivel primaria (55 y 66.7%

respectivamente). Respecto al estado civil de los progenitores de los participantes, los individuos considerados como casos, tuvieron una mayor frecuencia de padres casados (30%), seguidos por padres separados y en unión libre (25 y 20% respectivamente); los individuos considerados como controles tuvieron una mayor frecuencia de padres separados (66.7%), seguidos por padres divorciados y casados (16.7% en ambos casos). Lo anterior mencionado no presentó una diferencia estadísticamente significativa.

La mayor parte de los padres de los niños considerados como casos se encontraban empleados (65%) con una mayor frecuencia de nivel educativo secundaria (45%) seguidos por nivel educativo nivel licenciatura (20%) y la mitad de las madres de estos niños se encontraban empleadas con una mayor frecuencia de nivel educativo secundaria (40%) seguidas por el nivel educativo licenciatura (30%) ; por otro lado tanto los padres como las madres de los niños considerados como controles se encontraban empleados, con una mayor frecuencia de nivel educativo de preparatoria en el caso de los padres (6.7%) y de licenciatura y posgrado (50% en ambos casos). Lo anterior no presentó una diferencia estadísticamente significativa.

El trastorno mental principal consignado en el expediente de los niños y niñas considerados como casos en este estudio, fue Trastorno depresivo mayor (50%) seguido por Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (45%). Los trastornos mentales más frecuentes considerados como comórbidos en los niños y niñas fueron Distimia (50%), seguido por el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (45%). El tratamiento más común en estos pacientes fue un antidepresivo dentro de la clase de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (50%) seguido por antidepresivo inhibidor de la recaptura de serotonina en combinación con un antipsicótico (25%). Tabla 1

Tabla 1. Características clínicas y sociodemográficas de pacientes de 6-12 años de edad con ideas de muerte, ideación suicida y/o intentos suicidas y de niños de 6-12 años de edad sin ideas de muerte, ideación suicida y/o intentos suicidas.

| | **Pacientes (%) n=20** | **Controles (%) n=6** | ***p*** |
|---|---|---|---|
| **Edad** (años) Promedio±DS | 11.1 ± 1.5 | 8 ± 2.09 | **0.003** |
| **Sexo** | | | |
| Femenino | 11 (55.0) | 6 (100.0) | **0.014** |
| Masculino | 9 (45.0) | 0 | |
| **Escolaridad** | | | |
| Pre-escolar | 0 | 2 (33.3) | **0.009** |
| Primaria | 11 (55.0) | 4 (66.7) | |
| Secundaria | 9 (45.0) | 0 | |
| **Estado civil de los padres** | | | |
| Soltero | 1 (5.0) | 0 | |
| Casado | 6 (30.0) | 1 (16.7) | |
| Viudo | 1 (5.0) | 0 | |
| Divorciado | 3 (15.0) | 1 (16.7) | |
| Unión libre | 4 (20.0) | 0 | |
| Separados | 5 (25.0) | 4 (66.7) | **0.090** |
| **Ocupación del padre** | | | |
| Empleado | 13 (65.0) | 6 (100) | |
| Desempleado | 7 (35.0) | 0 | **0.028** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Escolaridad del padre** | | | |
| Ninguna | 1 (5.0) | 0 | |
| Primaria | 2 (10.0) | 0 | |
| Secundaria | 9 (45.0) | 0 | |
| Preparatoria | 3 (15.0) | 4 (66.7) | |
| Licenciatura | 4 (20.0) | 0 | |
| Posgrado | 1 (5.0) | 2 (33.3) | **0.009** |
| **Ocupación de la madre** | | | |
| Empleada | 10 (50.0) | 6 (100) | |
| Desempleada | 10 (50.0) | 0 | |
| **Escolaridad de la madre** | | | **0.012** |
| Ninguna | 2 (10.0) | 0 | |
| Primaria | 2 (10.0) | 0 | |
| Secundaria | 8 (40.0) | 0 | |
| Preparatoria | 2 (10.0) | 0 | |
| Licenciatura | 6 (30.0) | 3 (50) | |
| Posgrado | 0 | 3 (50) | |
| **Diagnóstico principal según expediente** | | | |
| Ninguno | 1 (5.0) | 6 (100) | .000025 |
| **Trastorno depresivo mayor** | **18 (90.0)** | 0 | |
| Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | 1 (5.0) | 0 | |
| Trastorno de personalidad emocionalmente inestable | 1 (5.0) | 0 | |
| Trastorno por estrés postraumático | | 0 | |
| **Distimia, TDAH, Trastorno de personalidad emocionalmente inestable** | **2 (10.0)** | 0 | |
| **Comorbilidades principales según expediente** | | | |
| Ninguna | 2 (10.0) | 6 (100) | |
| **Distimia** | **10 (50.0)** | 0 | **.005** |
| **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad** | **9 (45.0)** | 0 | **.014** |
| Trastorno de personalidad emocionalmente inestable | 4 (20.0) | 0 | **.029** |
| Trastorno por estrés postraumático | 3 (15.0) | 0 | .194 |
| **Tratamiento actual** | | | **0.0005** |
| Ninguno | 3 (15.0) | 6 (100) | |
| **Antidepresivos** | **10 (50.0)** | 0 | |
| **Antidepresivos más antipsicótico** | **5 (25.0)** | 0 | |
| Antidepresivo, antipsicótico, estabilizador | 1 (5.0) | 0 | |
| Antidepresivo, psicoestimulante | 1 (5.0) | 0 | |

Los resultados se presentan en media ± desviación estándar o frecuencia absoluta (porcentaje).

## Evaluación de Psicopatología

La frecuencia de psicopatología en el grupo de niños con ideas de muerte, ideación suicida o intento suicida, según el Instrumento MINI Kid, arrojó que el padecimiento más frecuente fue el Trastorno depresivo mayor (85%) con una diferencia estadísticamente significativa a comparación de controles (*p=.002*), presentando el 90% de los niños dentro del grupo de casos un riesgo suicida pasado y el 70% un riesgo suicida activo. La siguiente psicopatología en frecuencia dentro de este grupo fue el Trastorno distímico (80%) con una diferencia estadísticamente significativa (*p=.004*), seguido por Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (70%). Los trastornos dentro del espectro ansioso siguieron en frecuencia con un 65% de Trastorno de ansiedad por separación, seguido por Trastorno por angustia (60%) con una diferencia estadística significativa a comparación del grupo control *(p=.054*), Fobia Social (50%), Trastorno de ansiedad generalizada (45%) y Trastorno por estrés

postraumático (30%) con una diferencia significativa a comparación del grupo control (p=.05) La frecuencia de psicopatología en el grupo de niños control, según el Instrumento MINI Kid, arrojó que el padecimiento más frecuente fue Fobia social (50%) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (50%), seguidos por el Trastorno de ansiedad por separación y Trastorno negativista desafiante (33.3%). Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de Psicopatología según Instrumento MINI Kid Versión en español en niños de 6 a 12 años con ideas de muerte, ideación suicida y/o intentos suicidas y niños de la misma edad sin ideas de muerte, ideación suicida y/o intentos suicidas.

| | Pacientes (%), n=20 | Controles (%), n=6 | *p* |
|---|---|---|---|
| A. Trastorno depresivo mayor | **17 (85.0)** | 1 (16.7) | **.002** |
| B1. Riesgo suicida pasado | **18 (90.0)** | 0 | |
| B2. Riesgo suicida actual | **14 (70.0)** | 0 | |
| C. Trastorno Distímico | **(80.0)** | 1 (16.7) | **.004** |
| D1. Episodio hipomaniaco | 0 (0) | 0 | |
| D2. Episodio maniaco | 0 (0) | 0 | |
| E. Trastorno de angustia | **12 (60.0)** | 1 (16.7) | **.054** |
| F. Agorafobia | **9 (45.0)** | 1 (16.7) | .19 |
| G. Trastorno de ansiedad por separación | **13 (65.0)** | 2 (33.3) | .169 |
| H. Fobia social | **10 (50.0)** | 3 (50) | 1 |
| I. Fobia específica | 2 (10.0) | 0 | .295 |
| J. Trastorno obsesivo compulsivo | 3 (15.0) | 0 | .194 |
| K. Trastorno por estrés postraumático | **6 (30.0)** | 0 | **.056** |
| L. Abuso de alcohol actual | 0 (0) | 0 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas | 0 (0) | 0 | |
| N. Trastornos de tic | 1 (5.0) | 0 | .464 |
| O. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad | 14 (70.0) | 3 (50) | .374 |
| P. Trastorno de la conducta disocial | 3 (15.0) | 1 (16.7) | .922 |
| Q. Trastorno negativista desafiante | 4 (20.0) | 2 (33.3) | .509 |
| R1. Trastorno psicótico actual | 0 (0) | 0 | |
| R2. Trastorno psicótico de por vida | 0 (0) | 0 | |
| S. Anorexia | 0 (0) | 0 | |
| T. Bulimia | 0 (0) | 0 | |
| U. Trastorno de ansiedad generalizada | 9 (45.0 ) | 1 (16.7) | .19 |
| V. Trastorno adaptativo | 1 (5.0) | 0 | .464 |

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

Evaluación de Ideación Suicida

Respecto a la evaluación de la Escala de Columbia para Evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida, aplicada en el grupo de casos, en la subescala de ideación suicida, el 100% de los niños calificó para presencia de ideación suicida, el 95% expresó deseos de estar muerto y el 45% presentó una ideación suicida activa con plan específico e intento del mismo; en la subescala de comportamiento suicida, el 95% de los pacientes calificaron para presencia de comportamiento suicida global teniendo el 70% de los pacientes antecedente reciente de un intento real, teniendo el 50% de los pacientes un intento abortado y 40% un intento interrumpido, con 45% habiendo hecho actos o comportamientos

preparatorios. El 45% de este grupo se presentó sin daño físico o muy poco daño físico a la institución y el 35% con daño físico menor; el 20% se presentó con daños físicos de moderados a graves. El 45% de los niños dentro del grupo presentó ideación suicida con frecuencia de “muchas veces” y el 10% refería presentarlas todo el tiempo. En cuanto a los métodos más comunes para conductas autolesivas, 45% utilizó cuchillo u otros objetos punzocortantes para lesionarse, seguidos por sobreingesta de pastillas (25%) e intento de aventarse de un lugar alto (20%). Tabla 3.

Tabla 3. Escala Columbia para evaluar la Seriedad de Ideación Suicida

| SUBESCALA IDEACIÓN SUICIDA | Pacientes (%), n=20 |
|---|---|
| 1. Deseos de estar muerto | 19 (95.0) |
| 2. Pensamientos suicidas no específicos activos | 17 (85.0) |
| 3. Ideación suicida activa con cualquier método sin intento | 15 (75.0) |
| 4. Ideación suicida activa con intento suicida | 12 (60.0) |
| 5. Ideación suicida activa con plan específico e intento | 9 (45.0) |
| IDEACIÓN SUICIDA GLOBAL | 20 (100.0) |
| SUBESCALA COMPORTAMIENTO SUICIDA | |
| 6. Intento real | 14 (70.0) |
| 7. Intento interrumpido | 8 (40.0) |
| 8. Intento abortado | 10 (50.0) |
| 9. Actos o comportamientos preparatorios | 9 (45.0) |
| 10. Suicidio consumado | 0 (0) |
| COMPORTAMIENTO SUICIDA GLOBAL | 19 (95.0) |
| Grado de Letalidad y Lesiones | |
| 0. No hay daño físico o muy poco daño físico | 9 (45.0) |
| 1. Daño físico menor | 7 (35.0) |
| 2. Daño físico moderado | 1 (5.0) |
| 3. Daño físico moderadamente grave | 2 (10.0) |

| | |
|---|---|
| 4. Daño físico grave | 1 (5.0) |
| ¿Cuántas veces has tenido este pensamiento? | |
| 1. Una vez | 4 (20.0) |
| 2. Pocas veces | 5 (25.0) |
| 3. Muchas veces | 9 (45.0) |
| 4. Todo el tiempo | 2 (10.0) |
| Método de conducta suicida | |
| Ninguna | 1 (5.0) |
| Pastillas | 5 (25.0) |
| Cuchillo/cortarse | 9 (45.0) |
| Aventarse de un lugar alto | 4 (20.0) |
| Ahorcamiento | 1 (5.0) |

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

Entrevista de muerte

La calificación sumada del concepto de muerte en los niños dentro del grupo de casos fue mayor a comparación de la calificación sumada en el grupo de controles. Los niños dentro del grupo con ideas de muerte, ideación suicida y/o intento suicida calificaron más alto para los conceptos de Inevitabilidad y cesación a comparación de los niños control en ambos conceptos. Los niños dentro del grupo control calificaron más alto para los conceptos de aplicabilidad e irreversibilidad. Tanto el grupo de casos como el control calificaron alto en el concepto de causalidad. Tabla 4.

Tabla 4. Calificaciones medias para el entendimiento del concepto de muerte en niños de 6 a 12 años con ideas de muerte, ideación y/o intento suicida así como en niños de 6 a 12 años sin dicha sintomatología.

| Subcomponente | Calificación media (DS) niños con ideas de muerte, ideación y/o intento suicida | Calificación media (DS) niños con ideas de muerte, ideación y/o intento suicida | p |
|---|---|---|---|
| Inevitabilidad | **1.85 ± 0.48** | 1.6 ± 0.82 | .566 |
| Aplicabilidad | 1.25 ± 0.94 | 2 ± 0 | .177 |
| Irreversibilidad | 1.55 ± 0.59 | 2 ± 0 | .177 |
| Cesación | **1.85 ± 0.48** | 1.6 ± 0.82 | .149 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Causalidad | 2 ± 0 | 2 ± 0 | |
| Calificación sumada del Concepto de muerte | **8.45 ± 1.50** | **9.3 ± 1.21** | .451 |

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

Cuando se les pidió a los niños el describir algo que pudiera causar que alguien muriera, a pesar de que ambos grupos lograron la totalidad de los puntos en dicho subcomponente, existieron algunas diferencias importantes. En los niños con ideas de muerte persistentes, ideación suicida y/o intento de suicidio, todos de manera exitosa describieron una forma razonable de muerte de causa biológica (20%), violenta (70%), accidental (55%) y por violencia autoinfligida (70%); en los niños controles de manera exitosa describieron una forma de muerte biológica (66.7%), violenta (100%), accidental (83.3%) y ninguno por suicidio. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles.

Exposición a medios

En los pacientes considerados como casos, el 95% utiliza o ha utilizado la televisión como medio de entretenimiento, el 85% el celular, el 35% videojuegos y el 30% tablet; la mayor parte utilizaban televisión en conjunto con el celular (35%) así como televisión en conjunto con videojuegos y celular (20%). En los medios electrónicos mencionados, del grupo de casos, 85% de los niños afirmó haber observado escenas de muerte, siendo las causas más frecuentes por disparo (55%), seguidos por accidentes de cualquier tipo (35%) y ahorcamiento o ahogamiento (35%) los cuales presentaron diferencia estadísticamente significativa a comparación del grupo control (*p=.036*), así como por acuchillamiento, cortarse o un machetazo (30%). A comparación, los niños considerados como controles el 100% utiliza o ha utilizado la televisión y el celular, y el 83.3% la tablet; la mayor parte utilizaban televisión en conjunción con videojuegos, celular y tablet (50%). Del grupo comparativo, el 100% de los niños afirmó haber observado escenas de muerte, siendo las causas más frecuentes por acuchillamiento y cortarse (50%) seguidos por muerte por disparos y desaparición en el videojuego (33.3%), esto último con una diferencia significativa *(p=.011).* Tabla 5.

Tabla 5. Uso de medios electrónicos y contenidos de muerte observados en los mismos por niños de 6 a 12 años con ideas de muerte, ideación suicida y/o intentos de suicido y niños sin dicha sintomatología.

| | Pacientes (%), n=20 | Controles (%), n=6 | p |
|---|---|---|---|
| Medios electrónicos usados a lo largo de la vida | | | .194 |
| Ninguno | 1 (5.0) | 0 | |
| Televisión | 2 (10.0) | 0 | |
| Televisión y celular | 7 (35.0) | 0 | |
| Televisión, videojuegos y celular | 4 (20.0) | 1 (16.7) | |
| Televisión, Tablet y celular | 3 (15.0) | 2 (33.3) | |
| Todos los anteriores | 3 (15.0) | 3 (50.0) | |
| Experiencia de muerte vista en medios electrónicos | | | .194 |
| Sí | 17 (85.0) | 6 (100) | |
| No | 3 (15.0) | 0 | |
| Contenidos de muerte observados en medios electrónicos | | | |
| Ninguno | 3 (15.0) | 0 | .194 |
| Enfermedad/ muerte natural/ “de viejito” sic | 5 (25.0) | 1 (16.7) | .503 |
| Accidentes | **7 (35.0)** | 0 | **.036** |
| Ahorcamiento/ahogamiento | **7 (35.0)** | 0 | **.036** |
| Pastillas/ envenenados | 3 (15.0) | 0 | .194 |
| Caer de un lugar alto | 3 (15.0) | 0 | .194 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Disparo | **11 (55.0)** | 2 (33.3) | .348 |
| Acuchillamiento/ cortarse/machetazo | 6 (30.0) | 3 (50.0) | .374 |
| Secuestros | 1 (5.0) | 0 | .464 |
| Electrocución | 3 (15.0) | 0 | .194 |
| Drogas | 1 (5.0) | 0 | .464 |
| "…desaparecen en el juego…"sic | 0 | 2 (33.3) | **.011** |

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

Exposición a eventos de muerte

El 50% de los niños con ideas de muerte e ideación suicida o intentos de muerte refirieron haber tenido como experiencia la muerte de algún familiar cercano, siendo la causa más frecuente enfermedad, muerte natural o "ya de viejito/a" (35%) seguido por haber presenciado un ahorcamiento autoinfligido (10%) y aventarse del metro (5%). El 66.7% de los niños dentro del grupo control, refirió haber tenido como experiencia la muerte de algún familiar cercano, siendo la causa más frecuente enfermedad, muerte natural o "ya de viejito/a" (66.7%). El grupo de niños considerados como casos refirieron con más frecuencia el antecedente heredofamiliar de ideación suicida, intento suicida o suicidio consumado por un familiar cercano (30%) a comparación del grupo control (0%), con una diferencia estadísticamente significativa (p=.0.56). Tabla 6.

Tabla 6. Experiencias de muerte de familiares o personas cercanas a niños de 6 a 12 años con ideas de muerte, ideación y/o intentos de suicidio y niños sin dicha sintomatología.

| | Niños de 6 a 12 años con ideas de muerte, ideación y/o intentos de suicidio, n=20 | Niños de 6 a 12 años sin ideas de muerte, ideación y/o intentos de suicidio, n=6 | *p* |
|---|---|---|---|
| ¿Has vivido de cerca la muerte de algún familiar | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| cercano o persona cercana? | | | |
| Sí | 10 (50.0) | 4 (66.7) | 1 |
| No | 10 (50.0) | 2 (33.3) | |
| Forma en que experimentó la muerte de su familiar o persona cercana | | | |
| Enfermedad/muerte natural/ “de viejito/a” | 7 (35.0) | **4 (66.7)** | .518 |
| Caer de un lugar alto/ aventarse del metro | **1 (5.0)** | 0 | |
| Ahorcamiento | **2 (10.0)** | 0 | |
| Antecedente heredofamiliar de ideación suicida o suicidio consumado por familiar cercano | | | |
| Sí | **6 (30.0)** | 0 | **.056** |
| No | 14 (70.0) | 6 (100) | |

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

Exposición a eventos de violencia en el hogar

Los padres de los niños con ideas de muerte, ideación y/o intento suicida, afirmaron con mayor frecuencia antecedente de violencia física entre la pareja en el hogar a comparación con los padres del grupo control. Los niños del grupo de casos, refirieron con mayor frecuencia el antecedente de haber presenciado directamente violencia física y verbal entre padres, a comparación del grupo control. El grupo de casos refirió con mayor frecuencia el conocer por verbalizaciones de terceros sobre violencia verbal ejercida por una pareja hacia la madre a comparación del grupo control. Existió

mayor frecuencia de violencia física, verbal así como sexual en el grupo de casos de este estudio a comparación del grupo control. No existió diferencia estadísticamente significativa entre grupos. Tabla 7.

Tabla 7. Violencia presenciada y recibida en el hogar en niños de 6 a 12 años con ideas de muerte, ideación y/o intento suicida y en niños sin dicha sintomatología.

| | Pacientes n=20 | Controles n=6 | *p* |
|---|---|---|---|
| Violencia física entre la pareja en el hogar | 11 (55.0%) | 2 (33.3%) | .348 |
| Violencia verbal entre la pareja en el hogar | **13 (65.0%)** | 2 (33.3%) | .169 |
| Presenciar directamente violencia física entre padres | **11 (55.0%)** | 2 (33.3%) | .348 |
| Presenciar directamente violencia verbal entre padres | **10 (50.0%)** | 2 (33.3%) | .767 |
| Conocimiento por verbalizaciones sobre violencia física hacia la madre | 3 (15.0%) | 1 (16.7%) | .922 |
| Conocimiento por verbalizaciones sobre violencia verbal hacia la madre | 6 (30.0%) | 1 (16.7%) | .503 |
| Violencia física hacia el menor | 8 (40.0%) | 2 (33.3%) | .767 |
| Violencia verbal hacia el menor | 8 (40.0%) | 2 (33.3%) | .767 |
| Violencia sexual hacia el menor | 5 (25.0%) | 0 (0%) | .085 |

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta (porcentaje).

## DISCUSIÓN

Los hechos sobre la muerte y el morirse están entre los temas más complejos de la niñez. Como tal, la adquisición y desarrollo de un concepto de muerte madura ha sido sujeto de interés durante décadas[17]. La investigación ha documentado cómo los niños de diferentes edades entienden la muerte, sin embargo los factores biopsicosociales que promueven este entendimiento es escasa.

A nuestro conocimiento, este es el primer estudio que explora cada uno de los subcomponentes del concepto de muerte y asociaciones con factores como violencia y exposición a la misma en medios electrónicos de niños mexicanos de 6 a 12 años con antecedente de sintomatología de ideas de muerte, ideación suicida e intento suicida en comparación de los niños de la misma edad con la misma sintomatología.

La muestra final de niños dentro del grupo de casos (22 niños), fue parecida al estudio realizada por Hannefield y cols en donde se reclutaron a 22 niños con antecedente de ideación suicida; el grupo de controles sin sintomatología fue menor, reclutando a 6 niños en comparación a 57 niños reclutados en el estudio mencionado. [17]

De manera similar a otros estudios, la patología más frecuente dentro del grupo de casos en este estudio fue trastorno depresivo mayor (85%), trastorno distímico (80%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (70%) y trastorno de ansiedad por separación (65%).[18] Dentro del grupo control con mayor frecuencia se encontraron los trastornos de ansiedad y trastornos de conducta. En el estudio de Whalen y cols. se observaron asociaciones únicas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de conducta y trastorno oposicionista desafiante en la infancia temprana con ideación suicida en la infancia temprana.[4] Cuando se hacía un control para otros síntomas y otras variables, la ideación suicida en la infancia estaba concurrentemente asociada con los diagnósticos de los niños, más no con trastorno depresivo mayor o trastornos de ansiedad. La literatura emergente, sugiere que los jóvenes caracterizados por impulsividad y agresión podrían estar particularmente en riesgo para comportamientos suicidas[4]. Se encontró además en el estudio longitudinal de esta investigación que, la ideación suicida fue un predictor significativo para depresión en la edad escolar y trastorno de conducta y trastorno oposicionista desafiante.[4] Por lo anterior, es importante explorar en niños más jóvenes sintomatología de impulsividad y agresividad, compatible con trastornos de conducta, para la prevención de complicaciones severas como los episodios depresivos graves que posteriormente se compliquen con ideación suicida o intentos suicidas en un futuro. [4]

El grupo al que pertenecían los niños evaluados en la Entrevista de muerte, fue un predictor tanto para inevitabilidad como para cesación, con los niños con ideas de muerte, ideación suicida e intentos suicidas teniendo una mayor comprensión de que todos los seres vivos y personas mueren y que las funciones corporales dejan de existir en un ser muerto, a comparación del estudio de Hannefield y cols quienes reportaron que el grupo de ideación suicida era predictor únicamente para el subcomponente aplicabilidad.[18] Dicha diferencia podría involucrar factores culturales y educacionales, así como la apertura para el abordaje por parte de los padres del concepto de muerte desde los primeros años de vida. Además, el mayor entendimiento de los pacientes dentro del grupo de casos a comparación del grupo control en los conceptos mencionados, al igual que en otros estudios, sugieren que las ideas de muerte e ideación suicida no son regresivas en cuanto a los conceptos de muerte.[18]

Los niños dentro del grupo de casos, verbalizaron con mayor frecuencia causas de muerte por violencia autoinfligida más frecuentemente que sus pares. Sin embargo, a comparación con el estudio de Hannefield, en donde se menciona que el grupo de pacientes con ideación suicida mencionó más causas violentas de muerte, el grupo de casos no mencionó más causas violentas heterodirigidas de muerte que el grupo control.[17] En el grupo de casos, los resultados coinciden con el estudio de Hannefield en donde se encontró que en la entrevista de Muerte los niños verbalizaron causas de muerte en mayor porcentaje (38%) que las causas biológicas (10%) y por accidente (23%).

En este estudio el grupo de niños con ideas de muerte, ideación suicida y/o intentos suicidas, tuvieron una mayor experiencia que el grupo control en experiencias de muerte de algún familiar cercano y eventos violentos relacionado a lo mismo. Lo anterior difiere del estudio realizado por Hannefield y cols, el cual encontró que el grupo con ideación suicida no presentó mayor antecedente de eventos violentos o de muerte a comparación con el grupo control.[18]

También se observó, que, al igual que en otros estudios, los niños que utilizaron más medios sociales como videojuegos como forma de entretenimiento, tendieron a mencionar más causas de muerte violentas.[18] En el grupo de casos, se observó que los pacientes expresaron verbalmente más frecuentemente causas de muerte observados en medios electrónicos, diferentes a las biológicas, las cuales eran violentas tanto heterodirigidas como autoinfligidas a comparación de los niños del grupo control (12 causas diferentes más).

De los niños dentro del grupo de casos, 10 mencionaron haber experimentado la muerte de un familiar cercano, 3 de ellos refirieron como dicha experiencia de muerte el haber presenciado de manera directa el suicidio de uno de sus familiares, lo cual contrasta con el grupo control en donde no existió

dicha experiencia y las experiencias de muerte se limitaron a haber presenciado o escuchado sobre la muerte biológica de su familiar o persona cercana. Está reportado que cada año de 7 000 a 12 000 niños en Estados Unidos de América pierden a un padre por suicidio. Pocos eventos de vida como éste son más estresantes para una persona joven que la muerte de un padre.[28] Los hijos de descendientes suicidas, especialmente niños y adolescentes, podrían ser particularmente vulnerables a morbilidad psiquiátrica, comportamiento suicida, y problemas psicosociales.[29-30] En un estudio de cohorte, realizado 44 397 hijos de descendientes suicidas en Suecia, se registró que tenían un riesgo triplicado para suicidio, y en cuanto a sintomatología afectiva, se veían más severamente afectados, mientras que los descendientes de padres muertos a causa de accidentes y de descendientes de padres muertos por otras causas.[29]

Es necesaria más investigación con niños y adolescentes jóvenes mexicanos que profundice más sobre el mecanismo detrás de este pronóstico adverso.

## CONCLUSIONES

Los niños con ideas de muerte, ideación suicida e intentos suicidas, tienen una mayor comprensión en algunos subcomponentes del concepto de muerte a comparación con sus pares. Sin embargo, estos pacientes, no presentaron mayor calificación de concepto de muerte global a comparación de pacientes sin la sintomatología estudiada. Existió una tendencia a una mayor frecuencia de antecedente de experiencias de muerte de un familiar o persona cercana en niños dentro del grupo de casos a comparación del grupo control; los niños dentro del grupo de casos mencionaron mayor número de causas de muerte por violencia auto y heterodirigida observadas en medios electrónicos. Existió una tendencia a mayor frecuencia de exposición a violencia física, verbal y sexual en el grupo de casos.

## LIMITACIONES Y FORTALEZAS

A pesar de que la muestra de niños de 6 a 12 años mexicanos con ideas de muerte, ideación suicida e intentos suicidas (20) es la primera estudiada en nuestro país en cuanto al desarrollo de la concepción de muerte y sus relaciones con factores psicosociales, es de importancia mencionar que continúa siendo una muestra pequeña, además de ello, el grupo comparativo fue una muestra relativamente pequeña a comparación de otros estudios, lo cual probablemente provocó que las diferencias no fueran estadísticamente significativas al momento del análisis estadístico, por lo cual sería importante en futuros estudios ampliar el tamaño de muestra en ambos grupos. Sin embargo, es de importancia clínica el tomar en cuenta las tendencias reportadas en este estudio.

Otra limitación del estudio fue que en el grupo de casos existió una mayor frecuencia de niños mayores (de 11 a 12 años) y en el grupo control existió mayor frecuencia de niños menores, sin embargo presentando estos últimos una mayor heterogeneidad en dicho aspecto. Dicha situación pudo haberse suscitado ya que, los niños sin ideas de muerte, ideación suicida o intento suicida, tendían a consultar por causas diferentes a Trastorno depresivo mayor o Distimia y más por problemas de conducta o trastornos de ansiedad los cuales son causa de consulta más frecuente en niños más jóvenes. Los padres de los niños dentro del grupo control tenían con mayor frecuencia padres con mayor nivel de estudios a comparación del grupo de casos que tenían padres con un nivel de estudios de secundaria de manera más frecuente, lo cual podría haber influido de manera importante en el grado de apertura en la información sobre la muerte que se le ha proporcionado a los menores, sin embargo, se necesita ahondar más profundamente en esta asociación en futuras investigaciones.

Como fortaleza, a diferencia de otros estudios, se exploraron los contenidos de muerte que los niños han observado al estar en contacto con medios electrónicos, mientras que en otros estudios se hizo la asociación de causas de muerte verbalizadas por los niños con el grado en que utilizaban los medios electrónicos. Sin embargo, es de importancia además explorar más a fondo en investigaciones futuras los contenidos visuales que los niños observan en videojuegos, televisión, tablet o celular.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en su título quinto, capítulo único, en materia de investigación en seres humanos; en concordancia con el artículo 100 de la citada normativa, el estudio se adaptará a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica; se consideró seguro ya que existe razonable certeza que los sujetos participantes resultaron expuestos a un riesgo mínimo.

Asimismo, el estudio siguió los lineamientos de la Declaración de Helsinki, la cual señala los principios éticos 13, 14, 20 y para la Investigación Médica en seres Humanos establece: el diseño del protocolo deberá ser sometido a un comité de ética y deberá contener un párrafo que incluya las consideraciones éticas involucradas, los sujetos participantes en proyectos de investigación deberán ser voluntarios informados y se deberán tomar precauciones para respetar la privacidad del sujeto, la confidencialidad de la información del paciente y minimizar el impacto que pueda tener el estudio en la integridad física y mental del sujeto, así como en su personalidad.

Se solicitó la autorización de los pacientes mediante la carta de consentimiento informado para el ingreso del estudio, explicándoles el objetivo del mismo y en qué consistía su participación. Se

emitieron tres copias de dicho consentimiento: una copia para el paciente, otra para el expediente y la tercera copia será resguardada por el investigador responsable durante al menos cinco años, una vez terminado el estudio de investigación. Se incluye copia del consentimiento informado en la sección de anexos. No se inició el protocolo de investigación hasta tener el número de autorización del comité local de ética y de investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. Genova, Suiza: World Health Organization; 1996.

2. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N.D., O´Carrol, P.W., Joiner, T.E. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviours Part 2: Suicide – Related Ideations, Communications, and Behaviours. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 2007; 37 (3), 264-277.

3. Scheeringa, M. S., Validity of Measurement of Suicidal Ideas in Very Young Children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2016; 55(3):243.

4. Whalen DJ, Dixon-Gordon K, Belden AC, Barch D, Luby JL, Correlates and Consequences of Suicidal Cognitions and Behaviors in Children Ages 3-7, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2015; 54(11):926-937.

5. INEGI (2018): " Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio". Recuperado el 14 de junio de 2020 de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf

6. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. Psychiatr Clin North Am 2008; 31: 157–77.

7. Turecki G, Brent DA, Suicide and suicidal behaviour. Lancet 2016; 387:1227-1239.

8. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. Lancet Psychiatry 2014; 1: 73–85.

9. Afi fi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. Am J Public Health 2008; 98: 946–52.

10. Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. Trends Neurosci 2012; 35: 14–23

11. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. Br J Psychiatry 2008; 193: 134–39.

12. Weder N, Zhang H, Jensen K, et al. Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2014; 53: 417–24

13. Séguin M, Beauchamp G, Robert M, DiMambro M, Turecki G. Developmental model of suicide trajectories. Br J Psychiatry 2014; 205: 120–26.

14. Yang B, Clum GA. Childhood stress leads to later suicidality via its eff ect on cognitive functioning. Suicide Life Threat Behav 2000; 30: 183–98.

15. Lee FS, Heimer H, Giedd JN, et al. Mental health. Adolescent mental health—opportunity and obligation. Science 2014; 346: 547–49.

16. Uribe, A., Valderrama, L. Vallejo, D. Galeano, C., Gamboa, K. y López, S. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. Acta Colombiana de Psicología, 2008; 11(1), 119-126.

17. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, et al. Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. Pediatrics. 2016; 138:e20160436.

18. Hennefield L., Whalen D. J., Wood G., Chavarria M.C., Luby J. L., Changing conceptions of Death as a Function of Depression status, Suicidal ideation, and Media Exposure in Early Childhood., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2019; 58 (3):339-349.

19. Rose, Sarah & Jolley, Richard & Burkitt, Esther, A Review of Children's, Teachers' and Parents' Influences on Children's Drawing Experience. International Journal of Art & Design Education. 2006, 25 (3) 341-349

20. Covarrubias M., Soltero R., Sánchez L. M., Rivera M. E., Pavón D., Pensamientos de muerte e ideación suicida en niños y niñas mexicanos de 6 a 11 años, UARICHA Revista de Psicologìa., 2017; 14 (32): 20-30.

21. Tishler C, Staats N, Rodes A. Suicidal behavior in children younger than twelve: A diagnostic challenge for emergency department personnel. Academic Emergency Medicine, 2007;14:810-818.

22. Sánchez F. S., Serrano R. E., Márquez M. E., Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. Salud Ment. 2015; 38 (5): 379-389.

23. Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, 2003; 103-130.

24. Slaughter V. Young children’s understanding of death. Aust Psychol. 2005; 40:179-186.

25. Gleason MM, Goldson E, Yogman MW; Council on Early Childhood; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Addresing early childhood emotional and behavioral problems. Pediatrics.2016;138:e20163025.

26. Gleason MM, Young Children and Suicidal Ideations: Developmentally Specific Symptoms Call for Developmentally Specific Interventions, 2019, 58: 315-316.

27. Gassmann-Mayer C, Jiang K, McSorley P, Arani R, DuBrava S, Suryawanshi S, Webb DM, Nilsson M. Clinical and Statistical Assessment of Suicidal Ideation and Behavior in Pharmaceutical Trials. Clin Pharmacol Ther 2011; 90(4): 554- 560.

28. Kranzler EM, Shaffer D, Wasserman G, Davies M. Early childhood bereavement. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990; 29:513-520.

29. Cain AC, Fast I. Children´s disturbed reactions to parent suicide. Am J Orthospschiatry. 1966; 35:873-880

30. Pfeffer CR, Martins P, Mann J, et al. Child Survivors of suicide: psychosocial characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997; 36:65-74)

31. Wilcox HC, et al. Psychiatric Morbidity, Violent Crime and Suicide Among Children an Adolescents Exposed to Parental Death. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 49: 514-520

# ANEXOS

## 1. COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

29/Septiembre/2015

**Dra. Alma Genis Mendoza**
Investigadora principal

Por medio de la presente, le comunico que posterior a la revisión de las últimas modificaciones a los documentos de consentimiento y asentimiento, que forman parte del proyecto : "Estudio de los genes (*SLC6A4, 5HTR2A, 5HTR1B, 5HTR1A, TPH)* de la vía serotoninérgica en pacientes con intento de suicidio". Se decide aprobar ambos documentos para su uso.

Le deseamos éxito en la realización de su proyecto, y le recuerdo la importancia de una supervisión constante de sus colaboradores (principalmente los residentes), para cumplir con los lineamientos éticos durante el desarrollo de la investigación.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
"DR. JUAN N. NAVARRO"
29 SEP 2015
COMITÉ DE ÉTICA

Atentamente

Julio

Dr. Julio César Flores Lázaro
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación. Tlalpan, C.P 14080, México DF
Teléfono 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844, www.sap.gob.mx/unidades/navarro/hp_juannnavarro.html

## 2. COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Comité de investigación

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

México D.F. a 24 de junio 2015
Asunto: Aprobación
Oficio: 018

Dra. Alma Genis Mendoza
Presente:

Por este medio le informamos que en relación a su proyecto de investigación titulado *"Estudio de los genes (SLC6A4, 5HTR2A, 5HTR1B, 5HTR1A, TPH) de la vía serotoninérgica en pacientes con intento de suicidio"* con clave de registro ***113/02/0315***, se han revisado las modificaciones sugeridas y ha sido dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presidenta del Comité de Investigación.

c.c.p. archivo

Av. San Buenaventura 86, Colonia Belisario Domínguez, Delegación. Tlalpan, C.P 14080, México DF
Teléfono 5573-2855, 5573-4866 y 5573-4844, **www.sap.gob.mx/unidades/navarro/hp_juannnavarro.html**

## 3. Registro de tesis derivada

SALUD 2020 LEONA VICARIO CCINSHAE SAD HPIINN

**Ciudad de México, 31 de enero de 2020.**

Asunto: Registro de tesis derivada.

**Dra. ALMA DELIA GENIS MENDOZA**
**Investigador responsable**
**Presente.**

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

**Título del proyecto:** *"Estudio de los genes (SLC6A4, 5HTR2A, 5HTR1B, 5HTR1A, TPH) de la vía serotoninérgica en pacientes con intento de suicidio".*
**Clave de registro:** II3/02/0315.
**Aprobación CI:** 24 de junio de 2015

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO:**

**Título:** "Análisis de las variantes rs53576 del gen receptor para la oxitocina e ideación suicida y el desarrollo de concepciones de muerte en niños de entre 6 y 12 años con depresión y sin depresión".

**Clave de registro:** II3/02/0315/Tf
**Tesis de:** Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente

**Tesista:** **Liliana del Carmen Carrillo Ramírez**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente
Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo

Jefa de la División de Investigación

c.c.p. Registro de productividad
Archivo

## 4. CÉDULA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre: _____

Edad: _____ años

Sexo: Hombre / Mujer

Escolaridad: Ninguna
Primaria
Secundaria
Preparatoria

Ocupación del padre: Empleado / Desempleado

Estado civil del padre: Soltero
Casado
Viudo
Divorciado
Unión libre

Tipo de tratamiento:

Diagnóstico:

Medicamentos: Si/No

**Contesta las siguientes preguntas:**

¿Utilizas alguno de estos medios/juegos/objetos electrónicos para divertirte? Circula cuáles.

Televisión Videojuegos Tablet Celular

¿Alguna vez has visto que alguien o algo muere en alguno de estos? SÍ / NO

Si la respuesta es sí, ¿qué maneras recuerdas en que alguien/algo murió?

¿Has sabido de la muerte de alguien cercano en tu familia? ¿De quién?

¿Alguien cercano en tu familia se ha suicidado? ¿Quién?

5. Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida (C-SSRS)

| ***IDEACIÓN SUICIDA*** | |
|---|---|
| *Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.* | **Desde la última visita** |
| **1. Deseos de morir**<br>El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar.<br>***¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a?***<br>***¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar?***<br>***¿Desearías dejar de vivir?***<br><br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| **2. Pensamientos suicidas activos no específicos**<br>Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., *"He pensado en matarme"*) sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación.<br>***¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir?***<br>***¿Has pensado en matarte?***<br><br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| **3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar**<br>El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: *"He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo".*<br>***¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte?) ¿En qué pensaste?***<br><br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| **4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico**<br>El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera *"Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo".*<br>***Cuando pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer?***<br>***Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo.***<br><br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| **5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención**<br>Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo.<br>***¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elaboraste los detalles de) cómo lo harías?***<br>***¿Cuál era tu plan?***<br>***Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente?***<br><br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| ***INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN*** | |
| *La siguiente característica debe ser evaluada con respecto al tipo más serio de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos serio y 5 siendo el más serio).*<br><br>***Ideación más seria:*** _____ _____<br>***Tipo nº (1-5)*** ***Descripción de la ideación*** | Más seria |
| **Frecuencia**<br>***¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos?*** ***Escriba la respuesta*** _____<br>(1) Sólo una vez (2) Unas pocas veces (3) Muchas (4) Todo el tiempo (0) No sabe/No corresponde | ___ |

| ***COMPORTAMIENTO SUICIDA***<br>*(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)* | **Desde la última visita** |
|---|---|
| **Intento real:**<br>Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir *como resultado del mismo*. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay ***cualquier*** intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. ***No es necesario que haya alguna herida o daño***, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento.<br>Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clinicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.<br>***¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste?***<br>***¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso?***<br>***¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida?***<br>***¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú_____?***<br>***¿Estabas tratando dejar de vivir cuando tú_____?***<br>***¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por_____?***<br>***¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)?*** (Comportamiento autolesivo sin intención suicida)<br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐<br><br>N° total de intentos<br>_____ |
| **¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?** | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| **¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?** | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| **Intento interrumpido:**<br>Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo *(si no fuera por eso, el intento habría ocurrido)*.<br>Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene.<br>***¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?***<br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐<br><br>N° total de intentos interrumpidos<br>_____ |
| **Intento abortado:**<br>Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.<br>***¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?***<br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐<br><br>N° total de intentos abortados<br>_____ |
| **Actos o comportamiento preparatorios:**<br>Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).<br>***¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte?***<br>Si la respuesta es "sí", describe: | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| **Suicidio consumado:** | **Sí** ☐ **No** ☐ |
| | Fecha del intento más letal: |
| **Grado de letalidad y lesiones:**<br>0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).<br>1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).<br>2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante).<br>3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización *médica* y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves).<br>4. Daño físico grave: necesita hospitalización *médica* con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital).<br>5. Muerte | *Ingrese código*<br>_____ |
| **Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0**<br>Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).<br><br>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones<br>1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte<br>2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible | *Ingrese código*<br>_____ |

# A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICAS CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

**En las últimas dos semanas:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A1 | | ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 1 |
| A2 | a | ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 2 |
| | | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **A1** O EN **A2**? | ➨ NO | SÍ | |
| | b | ¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día? | ➨ NO | SÍ | |
| | c | ¿ Te has sentido de esta manera casi todos los días? | ➨ NO | SÍ | |

A3 **En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a | ¿Tenías menos hambre o mas hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por ± 5% de su peso corporal ó ± 8 libras en el último mes]<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 3 |
| b | ¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches ("dificultad para dormir" significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)? | NO | SÍ | 4 |
| c | ¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacía difícil quedarte tranquilo?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 5 |
| d | ¿Te sentías cansado casi todo el tiempo ? | NO | SÍ | 6 |
| e | ¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 7 |
| f | ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 8 |
| g | ¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 9 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **5** O MÁS RESPUESTAS (**A1-A3**)?

| NO | SÍ |
|---|---|
| ***EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL*** | |

## B. RIESGO DE SUICIDIO

| | | | | | Puntos |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | a | ¿**Alguna vez** te has sentido tan mal que deseaste estar muerto? | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Alguna vez has tratado de hacerte daño? | NO | SÍ | 2 |
| | c | ¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida? | NO | SÍ | 4 |

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

O ➡ SÍ / N

***RIESGO DE SUICIDIO PASADO***

**En el último mes:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| B2 | ¿Deseaste estar muerto? | NO | SÍ | 1 |
| B3 | ¿Quisiste hacerte daño ? | NO | SÍ | 2 |
| B4 | ¿Pensaste en quitarte la vida? | NO | SÍ | 6 |
| B5 | ¿Pensaste en como quitarte la vida? | NO | SÍ | 10 |
| B6 | ¿Trataste de quitarte la vida? | NO | SÍ | 10 |

¿CODIFICO **SÍ** EN POR LO MENOS UNA DE LAS ANTERIORES?

**NO** **SÍ**

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (B1-B6)
CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

***RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL***

| | | |
|---|---|---|
| 1-5 puntos | Leve | ❒ |
| 6-9 puntos | Moderado | ❒ |
| ≥ 10 puntos | Alto | ❒ |

# C. TRASTORNO DISTÍMICO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **En el último año:** | | | |
| C1 | a | ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➡ NO | SÍ | 10 |
| | b | ¿Te has sentido así la mayor parte del tiempo? | ➡ NO | SÍ | 11 |
| C2 | | **En el último año**, ¿Te sentiste bien por dos meses o mas? | NO | ➡ SÍ | 12 |
| C3 | | **Durante el último año**, la mayor parte del tiempo: | | | |
| | a | ¿Tenías menos hambre que la que usualmente tienes? ¿Tenías mas hambre que la que usualmente tienes?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 13 |
| | b | ¿Tenías dificultad para dormir ("dificultad para dormir" significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)? | NO | SÍ | 14 |
| | c | ¿Te sentías mas cansado de lo usual? | NO | SÍ | 15 |
| | d | ¿Te sentías menos seguro de ti mismo? ¿Te sentías mal acerca de ti mismo?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 16 |
| | e | ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 17 |
| | f | ¿Sentías que las cosas nunca iban a mejorar? | NO | SÍ | 18 |
| | | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **2** O MÁS RESPUESTAS DE **C3a-f**? | ➡ NO | SÍ | |
| C4 | | ¿Te molestaba mucho sentirte deprimido / malhumorado / desinteresado? ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, o con tus amigos?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➡ NO | SÍ | 19 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **C4**?

| **NO** | **SÍ** |
|---|---|
| ***TRASTORNO DISTÍMICO* ACTUAL** | |

# D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| D1 | a | ¿**Alguna vez**, has tenido un período de tiempo en el que te has sentido tan felíz que has estado bien exaltado o eufórico? Por exaltado o eufórico, me refiero a que te sientas muy bien; estas lleno de energía, necesitas dormir menos; los pensamientos se aceleran en tu cabeza; estas lleno de ideas.<br><br>NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN O EXCITAN A LOS NIÑOS, COMO LAS NAVIDADES, LOS CUMPLEAÑOS,… | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿En este momento te sientes "exaltado", "eufórico", o lleno de energía? | NO | SÍ | 2 |
| D2 | a | ¿**Alguna vez**, has tenido un período de tiempo en el que estuviste tan gruñón, malhumorado o molesto, que gritabas o empezabas peleas; o le gritabas a personas fuera de tu familia? Has tu o los demás notado, que has estado mas gruñón que otros niños, incluso cuando pensabas que tenías motivos para sentirte así?<br><br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA<br><br>NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN A LOS NIÑOS Y LOS PONE BIEN MALHUMORADOS O MOLESTOS. | NO | SÍ | 3 |
| | b | ¿En este momento te sientes "malhumorado" o "molesto"? | NO | SÍ | 4 |
| | | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D1a** O EN **D2a**? | ➡<br>NO | SÍ | |

D3 SI **D1b** O **D2b** = **SÍ**: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO **ACTUAL**
SI **D1b** O **D2b** = **NO**: EXPLORAR EL EPISODIO **PASADO** MAS SINTOMÁTICO

**Durante el tiempo en el que te sentías exaltado, lleno de energía, o irritable notaste que:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a | ¿Podías hacer cosas que otros no podían hacer? ¿Sentías que eras una persona bien importante?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 5 |
| b | ¿Necesitabas dormir menos (ej. te sentías descansado con pocas horas de sueño)? | NO | SÍ | 6 |
| c | ¿Hablabas mucho, sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderte?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 7 |
| d | ¿Tus pensamientos pasaban tan deprisa por tu cabeza que tenías dificultad para seguirlos? | NO | SÍ | 8 |
| e | ¿Te distraías fácilmente con cosas insignificantes? | NO | SÍ | 9 |
| f | ¿Estabas tan activo o inquieto que los demás se preocupaban por ti? | NO | SÍ | 10 |
| g | ¿Querías hacer cosas divertidas, incluso cuando podías hacerte daño haciéndolas? ¿Querías hacer cosas que podían meterte en problemas? (Como quedarte fuera de casa hasta tarde o faltar a la escuela.)<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 11 |
| | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MÁS RESPUESTAS DE **D3**<br>( O **4** O MÁS RESPUETAS SI **D1a** ES **NO** [EVALUANDO EPISODIO PASADO]<br>O SI **D1b** ES **NO** [EVALUANDO EPISODIO ACTUAL])? | ➡<br>NO | SÍ | |

**Por lo menos una semana o mas:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| D4 | ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, con tus amigos o con otras personas? ¿Te tuvieron que hospitalizar por estos problemas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 12 |
| | EL EPISODIO EXPLORADO ERA: | ↓<br>❒ | ↓<br>❒ | |

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

| **NO** | **SÍ** |
|---|---|
| ***EPISODIO (HIPO) MANÍACO*** | |
| ACTUAL | ❒ |
| PASADO | ❒ |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

| **NO** | **SÍ** |
|---|---|
| ***EPISODIO MANÍACO*** | |
| ACTUAL | ❒ |
| PASADO | ❒ |

---

## E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(➨ **SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| E1 | a | ¿Alguna vez has estado bien asustado o nervioso por ninguna razón; o alguna vez has estado bien asustado o nervioso en una situación donde la mayoría de los niños no se sentirían así?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨<br>NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Te pasó esto mas de una vez? | ➨<br>NO | SÍ | 2 |
| E2 | | ¿Te ha pasado esto cuando no te lo esperabas? | ➨<br>NO | SÍ | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| E3 | ¿Después de que te pasó esto, tenías miedo de que te volviera a pasar? ¿Tenías miedo de que te volviera a pasar otra vez, por un mes o mas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 4 |
| E4 | **Quiero que pienses en aquel momento en el que estuviste bien asustado o nervioso por ninguna razón:** | | | |
| a | ¿Sentías que tu corazón latía más fuerte o más rápido? | NO | SÍ | 5 |
| b | ¿Sudaste? ¿Tenía las manos húmedas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 6 |
| c | ¿Tenías temblores o sacudidas musculares? | NO | SÍ | 7 |
| d | ¿Sentías dificultad para respirar? | NO | SÍ | 8 |
| e | ¿Sentías que te estabas ahogando? ¿Sentías que no podías tragar?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 9 |
| f | ¿Tenías dolor o presión en el pecho? | NO | SÍ | 10 |
| g | ¿Tenías ganas de vomitar? ¿Tenías molestias en el estómago? ¿Tenías diarreas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 11 |
| h | ¿Te mareaste o te desmayaste? | NO | SÍ | 12 |
| i | ¿Se sentían extrañas las cosas a tu alrededor o te parecía que no eran reales? ¿Sentías o mirabas las cosas como si estuvieran bien lejos? ¿Te sentiste fuera o separado de tu cuerpo?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 13 |
| j | ¿Tenías miedo de que estabas perdiendo el control de tí mismo? ¿Tenías miedo de que te estabas volviendo loco?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 14 |
| k | ¿Tenías miedo de que te estabas muriendo? | NO | SÍ | 15 |
| l | ¿Tenías alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos? | NO | SÍ | 16 |
| m | ¿Te sentías bien frío o bien caliente? | NO | SÍ | 17 |
| E5 | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **E3** Y EN POR LO MENOS **4** DE **E4**? | NO | SÍ<br>*TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA* | |
| E6 | SI **E5** = **NO**, ¿CODIFICÓ **SÍ** EN ALGUNA RESPUESTA DE **E4**?<br>SI **E6** = **SÍ**, SALTE A **F1** | NO | SÍ<br>*CRISIS CON SÍNTOMAS LIMITADOS ACTUAL* | |
| E7 | ¿**En el pasado mes**, tuviste estos problemas mas de una vez? ¿ Si esto te pasó solamente una vez el mes pasado, te preocupó mucho que te volviera a pasar?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ<br>*TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL* | 18 |

# F. AGORAFOBIA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| F1 | ¿Te sientes ansioso, asustado, o incómodo en lugares o situaciones donde te podría dar mucho miedo; como el estar en una multitud, el permanecer en fila, cuando estás completamente solo, o cuando cruzas un puente, o viajas en autobús, tren o automóvil?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 19 |
| F2 | ¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas?<br>o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | O | SÍ | N<br>20<br>***AGORAFOBIA ACTUAL*** |

¿CODIFICÓ **NO** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

**NO** **SÍ**

***TRASTORNO DE ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL***

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **SÍ** EN **E7** (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

**NO** **SÍ**

***TRASTORNO DE ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL***

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ **NO** EN **E5** (TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA)?

**NO** **SÍ**

***AGORAFOBIA, ACTUAL sin historial de Trastorno de Angustia***

# G. TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | ➡ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| G1 | a | ¿**En el último mes,** has tenido mucho miedo de estar lejos de alguien; o has tenido mucho miedo de perder a alguien de quien estas apegado? (Como que se te pierdan tus padres o que algo malo les suceda)<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿A quien tienes miedo de perder o estar lejos de_____ ? | | | |
| G2 | a | ¿Te molestabas mucho cuando estabas lejos de _____ ?<br>¿Te molestabas mucho cuando pensasbas que ibas a estar lejos de _____ ?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 2 |
| | b | ¿Te preocupaba mucho el que pudieras perder a _____ ?<br>¿Te preocupaba mucho que algo malo le pudieras pasar a _____ ?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 3 |
| | c | ¿Te preocupaba mucho el que pudieras separarte de_____ ? (¿Como perderte o que te secuestren (rapten)?) | NO | SÍ | 4 |
| | d | ¿Te negabas a ir a la escuela u otros lugares porque tenías miedo de estar lejos de_____ ? | NO | SÍ | 5 |
| | e | ¿Tenías mucho miedo de estar en tu casa si _____no estaba ahí? | NO | SÍ | 6 |
| | f | ¿No querías dormir a menos que_____ no estuviera contigo? | NO | SÍ | 7 |
| | g | ¿Tenías pesadillas de estar lejos de_____ ?<br>¿Te pasó esto mas de una vez?<br>CODIFICAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA | NO | SÍ | 8 |
| | h | ¿Te enfermabas mucho (como dolores de cabeza o dolores de estómago)cuando estubas lejos de_____ ? ¿Te enfermabas mucho cuando pensabas que ibas a estar lejos de_____ ?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 9 |
| | | | ➡ | | |
| | | **G2 RESUMEN**: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN POR LO MENOS **3** DE **G2a-h**? | NO | SÍ | |
| G3 | | ¿Tu miedo de estar lejos de _____te molestó mucho?<br>¿Te causó muchos problemas en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿De cualquier otra manera?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➡<br>NO | SÍ | 10 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **G1**, **G2 RESUMEN** Y **G3** ?

| **NO** | **SÍ** |
|---|---|
| ***TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN*** | |

## H. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| H1 | ¿**En el pasado mes**, sentiste miedo o vergüenza cuando otros te estaban mirando? ¿Tenías miedo de que te molestaran o se burlaran? ¿Como hablar frente a la clase? o ¿Comer o escribir frente a otros?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 1 |
| H2 | ¿Le tienes mas miedo a estas cosas que otros niños de tu edad? | ➨ NO | SÍ | 2 |
| H3 | ¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 3 |
| H4 | ¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Esto hace que tengas miedo de ir a la escuela? ¿Esto hace que quieras estar solo?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | **NO** | **SÍ** | **4** |

***FOBIA SOCIAL***
***(Trastorno de Ansiedad Social)***
***ACTUAL***

## I. FOBIA ESPECÍFICA

(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| I1 | ¿**En el pasado mes**, te han dado mucho miedo cosas como: culebras, serpientes, insectos? ¿Perros u otros animales? ¿Las alturas? ¿Tormentas? ¿La oscuridad? ¿O ver sangre o agujas? | ➨ NO | SÍ | 1 |
| I2 | Nombre la fobia específica: _____ | | | |
| I3 | ¿Le tienes mas miedo a_____ que lo que le tienen otros niños de tu edad? | ➨ NO | SÍ | 2 |
| I4 | ¿Le tienes tanto miedo a _____ que tratas de evitarlos? o ¿Solamente puedes estar cerca de _____cuando alguien está contigo? o ¿Puedes estar cerca de_____ pero se te hace bien difícil?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 3 |
| I5 | ¿Te molesta mucho este miedo? ¿Te causa problemas en tu casa o en la escuela? ¿Es por esto que no haces cosas que te gustaría hacer?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 4 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **I5**?

**NO** **SÍ**

***FOBIA ESPECÍFICA***
***ACTUAL***

# J. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| J1 | ¿**Este último mes**, te han molestado cosas desagradables que se meten en tu mente y no te puedes deshacer de ellas? ¿Como pensamientos malos o impulsos? o ¿Imágenes desagradables? Por ejemplo, ¿Pensaste en hacerle daño a alguien, a pesar de saber que no querías hacerlo? ¿Tenías miedo de que a ti o a alguien le pasara algo malo por algo que no hiciste o no querías hacer? ¿Te preocupaba mucho estar sucio o tener gérmenes? ¿Te preocupaba mucho el poder pasarle gérmenes a alguien o de alguna manera enfermar a alguien? o ¿Tenías miedo de hacer algo verdaderamnete chocante?<br><br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA<br><br>NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS, COMPORTAMIENTO SEXUAL, ABUSO DE ALCOHOL O DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS. | NO<br>↓<br>Ir a **J4** | SÍ | 1 |
| J2 | ¿Estos pensamientos volvían a tu mente aún cuando tratabas de ignorarlos o de librarte de ellos? | NO<br>↓<br>Ir a **J4** | SÍ | 2 |
| J3 | ¿Tu piensas que estas cosas vienen de tu propia mente y que no vienen de fuera de tu cabeza? | NO | SÍ<br>obsesiones | 3 |
| J4 | ¿**En el pasado mes**, hiciste algo una y otra vez sin poder dejar de hacerlo, como el lavar o limpiar una y otra vez? ¿Ordenar o arreglar las cosas una y otra vez? ¿Contar y verificar las cosas una y otra vez? ¿Decir o hacer algo una y otra vez?<br><br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ<br>compulsiones | 4 |
| | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **J3** O EN **J4**? | ➡<br>NO | SÍ | |
| J5 | ¿Estos pensamineto o acciones son la causa de que no participes en actividades en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿Te causaron problemas con otras personas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | **NO** | **SÍ**<br>5<br>***TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ACTUAL*** | |

# K. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)

(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| K1 | ¿Alguna vez te ha pasado algo bien malo? ¿Como estar en una inundación, tornado o terremoto? ¿Como estar en un fuego o en un accidente bien malo? O ver cuando matan a alguien o lo hieren de gravedad. ¿Como ser atacado por alguien? | ➨ NO | SÍ | 1 |
| K2 | ¿**Durante el pasado mes**, esta cosa tan mala ha regresado de alguna manera? ¿La has soñado, o has tenido memorias intensas)? | ➨ NO | SÍ | 2 |
| K3 | **En el último mes:** | | | |
| a | ¿Has tratado de no pensar en esta cosa tan mala? ¿Has tratado de alejarte de todo aquello que te lo pueda recordar? | NO | SÍ | 3 |
| b | ¿Has tenido dificultad recordando alguna parte importante de lo que pasó? | NO | SÍ | 4 |
| c | ¿Has estado menos interesado en tus pasatiempos o en tus amigos? | NO | SÍ | 5 |
| d | ¿Te has sentido alejado o distante de otras personas? | NO | SÍ | 6 |
| e | ¿Has notado que ya tus sentimientos no son tan fuertes acerca de las cosas? | NO | SÍ | 7 |
| f | ¿Has tenido la impresión de que tu vida se va a acortar o que vas a morir antes que otras personas? | NO | SÍ | 8 |
| | **K 3 (RESUMEN):** ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MÁS RESPUESTAS DE **K3a-f**? | ➨ NO | SÍ | |
| K4 | **Durante el último mes:** | | | |
| a | ¿Tuviste dificultad para dormir? | NO | SÍ | 9 |
| b | ¿Estuviste irritable o molesto sin razón alguna? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Tuviste dificultad para concentrarte? | NO | SÍ | 11 |
| d | ¿Estuviste nervioso o constantemente en alerta? | NO | SÍ | 12 |
| e | ¿Brincaste cuando escuchaste ruidos? o ¿Cuando viste algo por la esquinita del ojo? CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 13 |
| | **K 4 (RESUMEN):** ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **2** O MÁS RESPUESTAS DE **K4a-e**? | ➨ NO | SÍ | |
| K5 | ¿**Durante el último mes**, te han molestado mucho estos problemas? ¿Te han causado problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tus amigos? CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 14 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN EL **RESUMEN** DE **K1, K2, K3 , K4 & K5?**

**NO** **SÍ**

***ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO***
**ACTUAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| c | ¿Has tenido problemas legales debido a tu uso de alcohol (Como ser arrestado o ser detenido por la policía)? | NO | SÍ | 12 |
| d | ¿Has continuado bebiendo a pesar de saber que esto te ocasionaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 13 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **1** O MÁS RESPUESTAS DE **L3**?

| **NO** | **SÍ** |
|---|---|
| ***ABUSO DE ALCOHOL* ACTUAL** | |

# M. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

**(➨ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

| | | | ➨ NO | SÍ |
|---|---|---|---|---|
| M1 | a | Ahora te voy a leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas. Deténme, **si en el pasado año,** has tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar tu estado de ánimo. | | |

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

**Estimulantes:** anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine,ritalina, píldoras adelgazantes.

**Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, "speedball".

**Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

**Alucinógenos:** LSD (ácido) mescalina, peyota, PCP (polvo de ángel, "peace pill"), "psilocybin", STP, hongos, éxtasi

**Inhalantes:** pegamento, "éther", óxido nitroso, ("laughing gas"), "amyl" o "butyl nitrate" ("poppers").

**Mariguana:** hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".

**Tranquilizantes:** Qualude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, "Miltown" Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

**Otras drogas:** Esteroides , pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

**Especifique la Droga(s) MAS USADA:** _____

MARQUE UNA CASILLA

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA . ☐

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA. ☐

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR L2 Y L3 SEGÚN SEA NECESARIO) ☐

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE DROGA / CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:_____

M2 Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), **en el pasado año:**

| | | | NO | SÍ | |
|---|---|---|---|---|---|
| | a | ¿Necesitaste tomar mas de esa droga para obtener los mismos efectos que cuando empezaste a usarla? | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Cuándo disminuíste la cantidad o dejaste de usar droga(s), te sentiste mal físicamente o tuviste síntomas de abstinencia? ("Síntomas de abstinencia" pueden ser sentirte enfermo, dolor en el cuerpo, temblores, fiebre, debilidad, malestar estomacal, diarreas, náuseas, sudoraciones, sentir que tu corazón late mas fuerte, dificultad para dormir, sentirte nervioso, irritable o sentir como que no te puedes quedar tranquilo.) ¿Usaste la droga(s) otra vez para evitar enfermarte o para sentirte mejor? | NO | SÍ | 2 |

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| c | ¿Cuando usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) terminabas usando más de lo que en un principio habías planeado? | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Has tratado de disminuir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Te diste cuenta que no pudiste?<br>CODIFICAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA | NO | SÍ | 4 |
| e | ¿En los días que usabas (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) pasabas mas de dos horas usándola? Incluye el tiempo que te tomó conseguir (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), usarla y recuperarte de sus efectos. | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasaste menos tiempo haciendo otras cosas debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada)? ¿Como estar en la escuela, disfrutar de pasatiempos o estar con tus amigos? | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Continuaste usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) a pesar de saber que esto te causaba problemas? ¿Como de tu salud fisica o mental? | NO | SÍ | 7 |

¿CODIFICÓ **POSITIVO** PARA **DEPENDENCIA** DE **SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ACTUAL** (Codificó **SÍ** en por lo menos **tres** respuestas de **M 2)?** especificar la droga(s)**:** _____

➡

**NO** **SÍ**

***DEPENDENCIA DE DROGAS ACTUAL***

Quiero que pienses en tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) durante el año pasado:

**Durante el año pasado:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| M3 | a | ¿Has estado intoxicado o con resaca a causa de las drogas cuando tenías algo importante que hacer? ¿Como la tarea u otras resposabilidades en tu hogar? ¿Esto te pasó mas de una vez? ¿Esto te ocasionó algún problema?<br>(CODIFIQUE **SÍ**, SOLO SI ESTO LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 9 |
| | b | ¿Estabas intoxicado cuando estabas haciendo algo en lo que podías correr un riesgo fisico, (Como correr en bicicleta, conducir un automóvil, o utilizar una máquina)? | NO | SÍ | 10 |
| | c | ¿Has tenido algún problema legal debido a tu uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), (Como ser arrestado o detenido por la policía)? | NO | SÍ | 11 |
| | d | ¿Has continuado usando(nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a pesar de saber que esto te causaba problemas con tu familia? ¿Con otras personas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 12 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **M3a** o **b** o **c** o **d**?

**NO** **SÍ**

***ABUSO DE DROGAS*** **ACTUAL**

# N. TRASTORNOS DE TIC

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| N1 | a | ¿En el último mes has tenido movimientos en tu cuerpo llamados "Tics"? Los "Tics" son movimientos rápidos de alguna parte de tu cuerpo, que son difíciles de controlar. Un tic puede ser parpadear tus ojos repetidamente, espasmos o temblores en tu cara, mover o sacudir tu cabeza, hacer un movimiento con tu mano una y otra vez, o tener que doblarte, o encojerte de hombros una y otra vez. | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Alguna vez has tenido un tic que te hizo decir algo una y otra vez y era difícil parar de hacerlo? Como toser, resoplar, aclararte la garganta una y otra vez, cuando no tenías catarro; o gruñir, ladrar; tener que decir ciertas palabras una y otra vez,, tener que decir malas palabras, o tener que repetir sonidos que escuchas o palabras que otra personas dicen? | NO | SÍ | 2 |
| | | SI CODIFICÓ **NO** EN AMBAS **N1A** Y **N1B**, CIRCULE **NO** EN TODAS LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y SALTE A **O1** | | | |
| N2 | a | ¿Tenías estos "tics" varias veces al día? | NO | SÍ | 3 |
| | b | ¿Los tuviste por un año o mas? | | | |
| | c | ¿Alguna vez se desaparecireon completamente por 3 meses consecutivos? | NO | ➡ SÍ | 4 |
| N3 | | ¿Te molestaban mucho estos "tics"? ¿Interferían en la escuela? ¿Te causaban problebas en tu hogar? ¿Te causaban problemas con tus amigos? ¿Te atormentaban o te molestaban otros niños por tus tics? CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➡ NO | SÍ | 5 |
| N4 | | ¿Ocurrieron estos tics solamente cuando estabas tomando Ritalin u otros medicamentos para el Trastorno por Déficit de Atención? | NO | ➡ SÍ | 7 |

| | | |
|---|---|---|
| N4 a | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1a**, **N1b**, **N2a**, **N2b** Y **N3** ? | **NO** ➡ **SÍ** ***TRASTORNO DE LA TOURETTE, ACTUAL*** |
| N4 b | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1a** + **N2a** + **N2b** + **N3** Y CODIFICÓ **NO** EN **N1b** ? | **NO** ➡ **SÍ** ***TRASTORNO DE TIC MOTOR CRÓNICO*** |
| N4 c | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1b** + **N2a** + **N3** Y CODIFICÓ **NO** EN **N1a?** | **NO** ➡ **SÍ** ***TRASTORNO DE TIC*** |
| N4 d | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N1 (a or b), N2a** Y **N3,** Y CODIFICÓ **NO** EN **N2b**, Y ESTOS "TICS" OCURRIERON CASI TODOS LOS DÍAS POR LO MENOS **4** SEMANAS? | **NO** **SÍ** ***TRASTORNO DE TIC TRANSITORIO*** |

# O. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

---

**En los últimos 6 meses:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| O1 | a | ¿A menudo no le prestas suficiente atención a los detalles?<br>¿Cometes errores por descuido en las tareas escolares? | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Tienes dificultad prestando atención cuando juegas o haces las tareas? | NO | SÍ | 2 |
| | c | ¿A menudo pareces no escuchar a las personas incluso cuando te hablan directamente? | NO | SÍ | 3 |
| | d | ¿A menudo tines dificultad para hacer lo que te mandan a hacer<br>(Como no hacer tus tareas escolares o tus obligaciones)?<br>¿Esto te pasa a pesar de que entiendes las instrucciones?<br>¿Esto te pasa aún cuando no pretendes ser desafiante?<br>CODIFICAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA | NO SÍ | 4 | |
| | e | ¿A menudo tienes dificultades para organizarte? | NO | SÍ | 5 |
| | f | ¿A menudo evitas las cosas que requieren que te concentres o que pienses mucho (como las tareas)? ¿Te desagradan o no te gustan las cosas en las que necesitas concentrarte o pensar mucho?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 6 |
| | g | ¿A menudo pierdes o se te olvidan cosas que necesitas?<br>¿Como la tarea escolar, lápices, o juguetes? | NO | SÍ | 7 |
| | h | ¿A menudo te distraes facilmente con estímulos irrelevantes<br>(Como sonidos o cosas fuera de tu cuarto)? | NO | SÍ | 8 |
| | i | ¿A menudo se te olvida hacer cosas que tienes que hacer todos los días<br>(Como olvidarte de peinarte el pelo o cepillarte los dientes)? | NO | SÍ | 9 |
| | | **O 1** RESUMEN: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **6** O MAS RESPUESTAS DE **O1a-i**? | NO | SÍ | |

**En los últimos 6 meses:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| O 2 | a | ¿A menudo estas inquieto, mueves en exceso tus manos o pies?<br>¿No puedes permanecer quieto en tu asiento?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 10 |
| | b | ¿A menudo abandonas tu asiento en clase cuando no se supone que lo hagas? | NO | SÍ | 11 |
| | c | ¿A menudo corres y trepas en cosas cuando no se supone que lo hagas?<br>¿Corres o trepas en cosas incluso cuando no quieres?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 12 |
| | d | ¿A menudo tienes dificultad jugando sin hacer ruido? | NO | SÍ | 13 |
| | e | ¿Siempre estas en movimiento? | NO | SÍ | 14 |
| | f | ¿A menudo hablas demasiado? | NO | SÍ | 15 |
| | g | ¿A menudo das la respuesta antes de que la persona termine la pregunta? | NO | SÍ | 16 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| h | ¿A menudo tienes dificultad esperando tu turno? | NO | SÍ | 17 |
| i | ¿A menudo interrumpes a las demás personas? ¿Te entrometes cuando los demás están hablando o están ocupados? | NO | SÍ | 18 |
| | **O 2** RESUMEN: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **6** O MAS RESPUESTAS DE **O2a-i**? | ➡ NO | SÍ | |
| O3 | ¿Tuviste problemas prestando atención, siendo hiperactivo, o impulsivo antes de cumplir los 7 años? | ➡ NO | SÍ | 19 |
| O4 | ¿Esto te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos? | ➡ NO | SÍ | 20 |

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN DOS O MAS RESPUESTAS

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **O1** RESUMEN & **O2** RESUMEN?

**NO** **SÍ**
***Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad***
**COMBINADO**

¿CODIFICÓ SÍ EN **O1** RESUMEN Y CODIFICÓ **NO** EN **O2** RESUMEN?

**NO** **SÍ**
***Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad***
**CON DÉFICIT DE ATENCIÓN**

¿CODIFICÓ **NO** EN **O1** RESUMEN Y CODIFICÓ **SÍ** EN **O2** RESUMEN?

**NO** **SÍ**
***Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad***
**HIPERACTIVO /IMPULSIVO**

# P. TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL)

**(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| P1 | | **En el último año**: | | | |
| | a | ¿Has molestado, amenazado o intimidado a otros? | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Has iniciado peleas fisicas? | NO | SÍ | 2 |
| | c | ¿Has usado un arma que pudiera herir a alguien? ¿Como un cuchillo, una pistola, un bate u otro objeto? | NO | SÍ | 3 |
| | d | ¿Has herido a una persona intencionalmente? | NO | SÍ | 4 |
| | e | ¿Has herido a un animal intencionalmente? | NO | SÍ | 5 |
| | f | ¿Has robado algo usando la fuerza? ¿Como robar a mano armada, arrebatarle el bolso a alguien? | NO | SÍ | 6 |
| | g | ¿Has forzado a alguien a una actividad sexual? | NO | SÍ | 7 |
| | h | ¿Has empezado un fuegos deliberadamente con la intención de causar daños graves? | NO | SÍ | 8 |
| | i | ¿Has destruído deliberadamente cosas pertenecientes a otras personas? | NO | SÍ | 9 |
| | j | ¿Has asaltado la casa o el automóvil de alguien? | NO | SÍ | 10 |
| | k | ¿Has mentido repetidamente para obtener cosas de otras personas o para evitar obligaciones? ¿Engañas a otras personas para conseguir lo que quieres?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 11 |
| | l | ¿Has robado cosas de valor (Como robar en las tiendas, falsificar un cheque)? | NO | SÍ | 12 |
| | m | ¿A menudo has permanecido fuera de tu casa mas tarde de lo que te permiten tus padres? ¿Empezastes a hacer esto antes de cumplir los 13 años?<br>CODIFICAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA | NO | SÍ | 13 |
| | n | ¿Te has escapado de casa al menos 2 veces? | NO | SÍ | 14 |
| | o | ¿A menudo has faltado a la escuela? ¿Empezaste a hacer esto antes de cumplir los 13 años?<br>CODIFICAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA | NO | SÍ | 15 |
| | | **P1** RESUMEN: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MAS RESPUESTAS DE **P1a-o**?<br>¿HAY POR LO MENOS UNA PRESENTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES ? | ➨<br>NO | SÍ | |
| P2 | | ¿Este comportamineto te causó problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿Con tus amigos?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨<br>NO | SÍ | 16 |

¿ CODIFICÓ **SÍ** EN **P1** RESUMEN **& P2** ?

| **NO** | **SÍ** |
|---|---|
| | ***TRASTORNO DE LA CONDUCTA ACTUAL*** |

# Q. TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

---

Q1 **En los últimos seis meses**:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a | ¿Has perdido el control de ti mismo con frecuencia? | NO | SÍ | 1 |
| b | ¿Has discutido a menudo con adultos? | NO | SÍ | 2 |
| c | ¿A menudo te niegas a hacer lo que los adultos te piden? ¿Te niegas a seguir las reglas?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Has enojado a propósito con frecuencia a otras personas? | NO | SÍ | 4 |
| e | ¿Con frecuencia culpas a otras personas por tus errores o tu mal comportamiento? | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿ Con frecuencia estas susceptible o te enojas fácilmente con otras personas? | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Has sentido a menudo coraje o resentimiento contra otras personas? | NO | SÍ | 7 |
| h | ¿Te has sentido a menudo rencoroso o vengativo contra alguien que te trató mal? | NO | SÍ | 8 |
| | **Q1** RESUMEN: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **4** O **MAS** RESPUESTAS DE **Q1a-h**? | ➨<br>NO | SÍ | |
| Q2 | ¿Estos comportamientos te causaron problemas en la escuela? ¿En tu casa? ¿Con tu familia? ¿o con tus amigos?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨<br>NO | SÍ | 9 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **Q1** RESUMEN & **Q2** ?

| NO | SÍ |
|---|---|
| ***TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE*** **ACTUAL** | |

# R. TRASTORNOS PSICÓTICOS

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

---

**PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ** SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO "EXTRAÑAS" O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON "EXTRAÑAS" O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON "EXTRAÑAS" O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MAS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

| | | Ahora te voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener. | | | EXTRAÑAS | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R1 | a | ¿Alguna vez, has creído que secretamente la gente te mira? ¿Alguna vez, has creído alguien te esta persiguiendo o trata de hacerte daño?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA<br>**NOTA:** PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO | NO | SÍ | SÍ | 1 |
| | b | **SI SÍ:** ¿Actualmente crees esto? | NO | SÍ | SÍ ➡R6 | 2 |
| R2 | a | ¿Alguna vez, has creído que alguien estaba leyendo tu mente? ¿O que alguien podía escuchar tus pensamientos? ¿O tu podías leer lo que estaba en la mente de otra persona? ¿O podías escuchar lo que estaban pensando? | NO | SÍ | SÍ | 3 |
| | b | **SI SÍ:** ¿Actualmente crees esto? | NO | SÍ | SÍ ➡R6 | 4 |
| R3 | a | ¿Alguna vez ha creído, que alguien o algo puso pensamientos en tu mente que no eran los tuyos? ¿Has creído que alguien o algo te hizo actuar de una manera no usual en ti?<br>**NOTA**: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO | NO | SÍ | SÍ | 5 |
| | b | **SI SÍ:** ¿Actualmente crees esto? | NO | SÍ | SÍ ➡R6 | 6 |
| R4 | a | ¿ Alguna vez ha creído, que te enviaban mensajes especiales a través de el televisor o la radio? ¿A través de tus juguetes?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | SÍ | 7 |
| | b | **SI SÍ:** ¿Actualmente crees esto? | NO | SÍ | SÍ ➡R6 | 8 |
| R5 | a | ¿Alguna vez han considerado tus familiares o amigos que algunas de tus creencias son extrañas o poco usuales? Me puedes dar un ejemplo.<br>ENTREVISTADOR/A:. CODIFIQUE **SÍ** SOLO SI LOS EJEMPLOS SON **CLARAMENTE** IDEAS DELIRANTES Y NO HAN SIDO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS DE R1 A R4, POR EJEMPLO, SOMÁTICOS O RELIGIOSOS O GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC. | NO | SÍ | SÍ | 9 |
| | b | **SI SÍ:** ¿Actualmente, creen los demás que tus ideas son extrañas? | NO | SÍ | SÍ | 10 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| R6 | a | ¿Alguna vez, has escuchado cosas que otras personas no pueden escuchar, como voces?<br>[LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA **SÍ** A LO SIGUIENTE]:<br>**SI SÍ:** ¿Escuchaste una voz hablabando de ti? Escuchaste más de una voz hablando? | NO | SÍ | SÍ | 11 |
| | b | **SI SÍ:** ¿Has escuchado estas cosas en el pasado mes? | NO | SÍ | SÍ ➡R 8b | 12 |
| R7 | a | ¿Alguna vez, has tenido visiones o ha visto cosas que otros no pueden ver?<br>NOTA: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS | NO | | SÍ | 13 |
| | b | **SI SÍ:** ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? | NO | | SÍ | 14 |
| | | **BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A)**: | | | | |
| R8 | b | ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE, INCOHERENTE DESORGANIZADO, O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? | NO | | SÍ | 15 |
| R9 | b | ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? | NO | | SÍ | 16 |
| R10 | b | ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA [UN APLANAMIENTO AFECTIVO INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA] ? | NO | | SÍ | 17 |

R11 ¿CODIFICÓ **SÍ** EXTRAÑO EN **1 O MÁS** PREGUNTAS « b »?

**O**

¿CODIFICÓ **SÍ** (EN VEZ DE **SÍ** EXTRAÑO) EN **2 O MÁS** PREGUNTAS « b »?

**NO** **SÍ**

***TRASTORNO PSICÓTICO* ACTUAL**

R12 ¿CODIFICÓ **SÍ** EXTRAÑO EN **1 O MÁS** PREGUNTAS « a »?

**O**

¿CODIFICÓ **SÍ** (EN VEZ DE **SÍ** EXTRAÑO) EN **2 O MÁS** PREGUNTAS « a »?

VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO

18

**NO** **YES**

***TRASTORNO PSICÓTICO* DE POR VIDA**

R13 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **R11** Y CODIFICÓ **SÍ** EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR O CODIFICÓ **SÍ** EPISODIO MANÍACO, (ACTUAL O PASADO)? **NO** **SÍ**

R14 **SI CODIFICÓ SÍ EN R12:**

¿Tenías estas creencias o experiencias que me acabas de describir; [DE EJEMPLOS AL PACIENTE] solamente cuando te sentías deprimido(a)? ¿Exaltado(a)? ¿Irritable?

19

**NO** **SÍ**

***TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS***

# S. ANOREXIA NERVIOSA (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | |
|---|---|---|---|
| M1 | a | ¿Cuál es tu estatura? | ☐pies ☐☐pulg.<br>☐☐☐cm. |
| | b | ¿En los últimos tres meses, cual ha sido tu peso más bajo? | ☐☐☐libras.<br>☐☐☐kgs. |
| | | ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN) ? | ➡ NO SÍ |

**En los últimos tres meses:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| S2 | | ¿Has tratado de no engordar? | ➡ NO | SÍ | 1 |
| S3 | | ¿Has tenido miedo de ganar peso? ¿Has tenido miedo a ponerte gordo(a)?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➡ NO | SÍ | 2 |
| S4 | a | ¿Has pensado que te ves muy gordo(a)? ¿Has pensado que tu cuerpo no es eatractivo?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 3 |
| | b | ¿La opinión que tienes de tí mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de ti mismo?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | NO | SÍ | 4 |
| | c | ¿Has pensado que tu bajo peso no es un problema serio? | NO | SÍ | 5 |
| S5 | | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE **S4**? | ➡ NO | SÍ | |
| S6 | | SOLO PARA NIÑAS EN LA PUBERTAD: ¿En los últimos tres meses, dejaste de tener todos tus periodos menstruales, aunque debiste tenerlos (cuando no estabas embarazada)? | NO | SÍ | 6 |

**PARA NIÑAS** : ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **S5 Y S6**?

**PARA NIÑOS** : ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **S5**?

➡ **NO** **SÍ**

***ANOREXIA NERVIOSA* ACTUAL**

**TABLA UMBRAL DE ESTATURA/ PESO MÍNIMO (estatura-sin zapatos; peso-sin ropa)**

**Mujer Estatura/Peso**

| pies/pulg. | 4'9 | 4'10 | 4'11 | 5'0 | 5'1 | 5'2 | 5'3 | 5'4 | 5'5 | 5'6 | 5'7 | 5'8 | 5'9 | 5'10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| lbs. | 84 | 85 | 86 | 87 | 89 | 92 | 94 | 97 | 99 | 102 | 104 | 107 | 110 | 112 |
| cms | 144.8 | 147.3 | 149.9 | 152.4 | 154.9 | 157.5 | 160.0 | 162.6 | 165.1 | 167.6 | 170.2 | 172.7 | 175.3 | 177.8 |
| kgs | 38 | 39 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 49 | 50 | 51 |

**Hombre Estatura/Peso**

| pies/pulg. | 5'1 | 5'2 | 5'3 | 5'4 | 5'5 | 5'6 | 5'7 | 5'8 | 5'9 | 5'10 | 5'11 | 6'0 | 6'1 | 6'2 | 6'3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| lbs. | 105 | 106 | 108 | 110 | 111 | 113 | 115 | 116 | 118 | 120 | 122 | 125 | 127 | 130 | 133 |
| cms | 154.9 | 157.5 | 160.0 | 162.6 | 165.1 | 167.6 | 170.2 | 172.7 | 175.3 | 177.8 | 180.3 | 182.9 | 185.4 | 188.0 | 190.5 |
| kgs | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 61 |

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal del "Metropolitan Life Insurance Table of Weights".

## T. BULIMIA NERVIOSA (optional)

**(➨ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

**En los últimos tres meses**:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| T1 | ¿Te has dado atracones? Un "atracón" es cuando comes una gran cantidad de alimentos en un período de 2 horas. | ➨ NO | SÍ | 7 |
| T2 | ¿Te has dado 2 atracones o mas por semana? | ➨ NO | SÍ | 8 |
| T3 | ¿Durante un atracón, has sentido que no te puedes controlar? | ➨ NO | SÍ | 9 |
| T4 | ¿Trataste de hacer algo para evitar ganar peso? ¿Como inducir el vómito o ejercitarte en exceso? ¿Tratar de no comer por uno o mas días? ¿Tomar pastillas que te hacen ir mas al bano? ¿ O tomar otro tipo de pastillas para evitar ganar peso? CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 10 |
| T5 | ¿La opinión que tienes de tí mismo se ve afectada por tu peso? ¿La figura de tu cuerpo afecta la opinión que tienes de ti mismo? CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 11 |
| T6 | ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA? | NO ↓ Ir a O8 | SÍ | |
| T7 | ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (_____libras/kgs.)? (**ENTREVISTADOR/A**: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVOSA.) | NO | SÍ | 15 |
| T8 | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **T5** O CODIFICÓ **NO** EN **T7** O SALTÓ A **O8**? | **NO** | **SÍ** | ***BULIMIA NERVIOSA* ACTUAL** |
| T9 | ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **T7**? | **NO** | **SÍ** | ***ANOREXIA NERVIOSA*** *Tipo Compulsivo/Purgativo* **ACTUAL** |

# U. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

**(➨ SIGNIFICA: IR AL FINAL DEL TRASTORNO, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

*Salte este trastorno si la ansiedad del paciente se restringe exclusivamente o es mejor explicada por cualquiera otro de los trastornos previamente investigados.*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| U1 | a | **En los últimos 6 meses**, ¿te has preocupado mucho o has estado nervioso? has preocupado mucho o has estado nervioso por varias cosas (Como la escuela, tu salud, o que pueda pasar algo malo)? ¿Has estado mas preocupado que otros niños de tu edad?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Te preocupas casi todos los días? | ➨ NO | SÍ | 2 |
| | | CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS. | NO | ➨ SÍ | 3 |
| U2 | | ¿Se te hace difícil dejar de preocuparte? ¿Estas preocupaciones interfieren para concentrarte en lo que haces?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 4 |
| U3 | | PARA LAS SIGUIENTES, CODIFIQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.<br>Cuando estas preocupado, casi todo el tiempo: | | | |
| | a | ¿Te sientes inquieto o intranquilo? | NO | SÍ | 5 |
| | b | ¿Te sientes tenso? | NO | SÍ | 6 |
| | c | ¿Te sientes cansado o débil? | NO | SÍ | 7 |
| | d | ¿Se te hace difícil prestar atención? | NO | SÍ | 8 |
| | e | ¿Te sientes molesto o malhumorado? | NO | SÍ | 9 |
| | f | ¿Tienes dificultad durmiendo casi todas las noches ( "dificultad durmiendo" significa dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche o demasiado temprano, o dormir en exceso)? | NO | SÍ | 10 |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MAS RESPUESTAS DE **U3a-f**?

| **NO** | **SÍ** |
|---|---|
| | ***Trastorno de Ansiedad Generalizada*** **ACTUAL** |

# V. TRASTORNOS ADAPTATIVOS

**(➨ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

INCLUSO SI TIENE ESTRÉS EN SU VIDA O UN ESTRÉS PRECIPITÓ EL TRASTORNO DEL PACIENTE, NO USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI ALGÚN OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO ESTÁ PRESENTE. SALTE LA SECCIÓN DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE REUNEN LOS REQUISITOS DE OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL EJE I O SON UNA EXACERBACIÓN DE UN TRATORNO DEL EJE I O DEL EJE II.

HAGA ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE SI EL PACIENTE CODIFICÓ **NO** EN LOS DEMÁS TRASTORNOS.

| | | | ➨ NO | SÍ | |
|---|---|---|---|---|---|
| V1 | | ¿Tienes mucho estrés por algo? ¿Esto te molesta o empeora tu comportamiento?<br>CODIFICAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA | | | 1 |

[Entre los ejemplos está la ansiedad/depresión/quejas fisicas; mala conducta como pelear manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales].

ESTRESOR IDENTIFICADO: _____

FECHA EN QUE COMENZÓ EL ESTRESOR: _____

| | | | ➨ NO | SÍ | |
|---|---|---|---|---|---|
| V2 | | ¿Estos problemas de conducta o que te hacían sentir molesto comenzaron poco después de que empezaron los factores estresantes?<br>[¿Dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?] | | | 2 |
| V3 | a | ¿Este estrés te molesta mas que lo que molestaría a otros niños de tu edad? | ➨ NO | SÍ | 3 |
| | b | ¿Te causan estos problemas dificultades en la escuela?<br>¿Dificultades en tu casa? ¿Dificultades con tu familia o con tus amigos?<br>CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA | ➨ NO | SÍ | 4 |

V4 ¿ESTOS SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA SON CAUSADOS EN SU TOTALIDAD POR LA PÉRDIDA DE UN SER AMADO (DUELO) Y SON SIMILARES EN SEVERIDAD, NIVEL DE INCAPACIDAD Y DURACIÓN A LO QUE OTROS SUFRIRÍAN BAJOS CIRCUNSTANCIAS SIMILARES? (SI ES ASÍ, ESTO ES DUELO)

| | | | ➨ NO | SÍ | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO? | | | 5 |
| V5 | | ¿Estos problemas han continuado a pesar de que el estrés ya terminó?<br>¿Estos problemas han continuado por más de 6 meses desde que el estrés desapareció?<br>CODIFICAR **NO**, SI CONTESTÓ **NO** EN ALGUNA | NO | ➨ SÍ | 6 |

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA?:

| CALIFICADORES: | **Marcar todos los que sean apropiados.** |
|---|---|
| A Depresión, emotividad, desesperanza. | o |
| B Ansiedad, nerviosismo, temblor, preocupación. | o |
| C Mala conducta (ej., pelear, manejar imprudentemente, faltar a la escuela, vandalismo, no respetar los derechos de los demás, hacer cosas ilegales). | o |
| D Problemas escolares, quejas físicas o aislamiento social. | o |

SI MARCÓ:

- Solamente A, entonces codifíquese como trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. 309.0
- Solamente B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo con ansiedad. 309.24
- Solamente C, entonces codifíquese como trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento. 309.3
- Solamente A y B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. 309.28
- C y (A o B), entonces codifíquese como trastorno adaptativo con alteración de las emociones y el comportamiento. 309.4
- Solamente D, entonces codifíquese como un trastorno adaptativo no especificado. 309.9

SI CODIFICÓ SÍ EN **V1** Y **V2** Y **(V3a or V3b),** Y CODIFICÓ **NO** EN **V5,** ENTONCES CODIFÍQUE **SÍ** EN EL TRASTORNO CON **CALIFICADOR**.

SI **NO,** CODIFIQUE EL TRASTORNO COMO **AUSENTE.**

**NO** **SÍ**
***Trastorno Adaptativo***
***con*** _____
***(ver calificadores)***

---

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

6. **Entrevista de muerte para evaluar desarrollo de Concepción de muerte.**

1. ¿Puedes decirme algunas cosas que se mueren? Si contestó personas, ¿todas las personas mueren?
2. ¿Puedes decirme algunas cosas que nunca se mueren?
3. ¿Una persona muerta alguna vez podría volverse una persona viva?
   ¿Si una persona se muere, y no ha estado en su tumba por mucho tiempo, puede volverse una persona viva otra vez?
4. ¿Cuando una persona está muerta necesita… comida?...aire?...agua? Se puede mover por ahí? Tiene sueños?
5. ¿Puedes decirme algo que podría pasar que podría hacer que alguien muriera?

6. **Preguntas adicionales a los padres sobre violencia en el hogar:**

Antecedente de violencia física entre la pareja: SI/ NO

Antecedente de violencia verbal entre la pareja: SI/NO

Antecedente de presenciar directamente violencia física entre padres: SÍ/NO

Antecedente de presenciar directamente violencia verbal entre padres: SÍ/NO

Antecedente de conocer por verbalizaciones sobre violencia física hacia la madre: SÍ/NO

Antecedente de conocer por verbalizaciones sobre violencia verbal hacia la madre: SÍ/NO

Antecedente de violencia física hacia el menor: SÍ/NO

Antecedente de violencia verbal hacia el menor: SÍ/NO

Antecedente de violencia sexual hacia el menor: SÍ/NO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**
**HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO**
**(HPIJNN)**

Titulo del proyecto: "Desarrollo de concepciones de muerte en niños de entre 6 y 12 años con ideas de muerte persistentes, ideación suicida e intentos suicidas y su asociación con la exposición directa o indirecta a violencia de pareja, a violencia sexual y exposición a violencia en medios de comunicación así como con trastorno de ansiedad de separación"**.**

Nombre del Paciente:

_____

Estamos invitando a sus hijo(a) a participar en un estudio de investigación el cual colabora con el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN), y el Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), instituciones que requieren de su consentimiento voluntario.

Lea cuidadosamente la siguiente información y por favor pregunte lo que no entienda claramente.

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO**
Se le ha solicitado a su hijo(a), participar en un proyecto de investigación para determinar la asociación de factores psicosociales en el suicidio en niños y adolescentes con intento suicida. Dado que el suicidio se considera una conducta multifactorial donde participan factores sociales, biológicos, individuales y ambientales. Se ha considerado que la conducta suicida es precedida por múltiples factores de riesgo, dentro de los que destacan la presencia de enfermedades psiquiátricas, como ansiedad, depresión, abuso de sustancias (alcoholismo y drogadicción). Además de otros factores de riesgo para el suicidio como, historia de maltrato, abuso infantil y enfermedades neurológicas.

Si decide participar, le pediremos su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

**PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN**
Los procedimientos mencionados a continuación, se realizarán con propósitos de investigación. Si usted acepta que su hijo(a) participe, se le pedirá que complete los siguientes procedimientos en una visita:

Se le realizará a su hijo(a) una entrevista de aproximadamente 60 minutos para ampliar la información general sobre las condiciones actuales del intento de suicidio del menor con las escalas de: Escala de ideación suicida de Columbia versión en español para niños jóvenes, se aplicarán escalas estructuradas (MINI-KID Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para niños y adolescentes versión en Español) para evaluar los principales diagnósticos del Eje I del DSM V y la CIE 10. Se evaluará el entendimiento de los niños con una versión modificada de la Entrevista de la Muerte (Slaughter,2007) la cual captura 5 conceptos de la muerte (universalidad, aplicabilidad, irreversibilidad, secesión y causalidad).

A los padres se les pedirá que respondan un breve cuestionario que incluye reactivos sobre datos demográficos personales y familiares, así como su historia médica y psiquiátrica y se realizará un familiograma, para ver psicopatología familiar previa, se les solicitará información complementaria.

**RIESGOS Y MOLESTIAS**
Las entrevistas serán realizadas por personas con entrenamiento en salud mental (médicos psiquiatras), los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y prevenir cualquier molestia o desagrado.

**BENEFICIOS**
La participación de su hijo(a), traerá a la sociedad como beneficio el mejorar nuestros conocimientos acerca de la etiología psicosocial de esta problemática y en un futuro con este conocimiento intentar aplicar nuevas terapias y abordajes preventivos que nos ayuden a prevenirlas.

Los participantes en el estudio no recibirán información concerniente a los resultados de los instrumentos de medición. Sin embargo, si sugieran preguntas al momento de la aplicación de las escalas, se le brindará la información necesaria.

**DERECHO A RETIRARTE DEL ESTUDIO**

La participación en este estudio es voluntaria. Si decide que sus hijo(a) participen en el estudio, estará autorizando el uso y divulgación de la información recolectada de su hijo (a).

Deberá informar a la Dra. Alma Delia Genis la cancelación de la autorización. Si cancela su autorización, se dará por terminada su participación en el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar la información médica acerca de su hijo, destruyendo toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

**CONFIDENCIALIDAD**

La identidad de su hijo(a) y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de ustedes se mantendrán resguardadas de forma confidencial. Esta información no se le dará a nadie más. Su identidad se mantendrá confidencial en las publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto. La información que los identifica será guardada bajo llave en la oficina del proyecto y solamente la responsable del proyecto y las personas que trabajan con ella tendrán acceso. Esto significa que el nombre de su hijo, dirección, fecha de nacimiento y cualquier otra información que pudiera identificarlo, se trasformará en un código con letras y números.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Su hijo(a) no tiene obligación de participar en este estudio si no lo desea. En el caso de que no quiera participar en este estudio, no perderá ningún beneficio ni acceso a tratamientos a los cuales pudiera tener derecho.

**CONTACTOS**

Si tiene alguna pregunta ahora, por favor hágala con confianza. Si tuviera preguntas adicionales después o deseara reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, puede dirigirse con el Dr. Emmanuel Sarmiento al tel. 55 73 49 55 ext.120 o con la Dra. Alma Delia Genis al tel. 53 50 19 00 ext.1197 o con el Dr. Humberto Nicolini Sánchez, al teléfono 53 50 19 00 ext.1196 en horario matutino. El Comité de Ética a cargo del Dr. Julio Flores Lázaro, podrá responder en caso necesario dudas acerca de sus derechos como sujeto de investigación.

**Carta de Consentimiento**

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, se me han respondido todas mis preguntas en términos que he podido entender. Basado en esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre del ***Participante menor de edad (paciente)***: _____

Firma: _____

Nombre del ***Representante Legal del menor (padre o tutor)***:_____
Parentesco: _____

Firma: _____

Nombre del ***Representante Legal del menor (madre o tutor)***:_____
Parentesco: _____

Firma: _____

| _____ | _____ |
|---|---|
| ***Testigo 1*** | ***Testigo 2*** |
| **NOMBRE Y FIRMA** | **NOMBRE Y FIRMA** |

Nombre del ***Investigador:*** _____

Firma: _____

Fecha: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**
VERSIÓN PARA MENORES DE EDAD
**(ASENTIMIENTO)**
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO"

Titulo del proyecto: "Desarrollo de concepciones de muerte en niños de entre 6 y 12 años con ideas de muerte persistentes, ideación suicida e intentos suicidas y su asociación con la exposición directa o indirecta a violencia de pareja, a violencia sexual y exposición a violencia en medios de comunicación así como con trastorno de ansiedad de separación".

**PROPÓSITO**
Se te ha solicitado participar en un proyecto de investigación para determinar la relación de algunas causas en niños y adolescentes con intento suicida.

Se ha considerado que la conducta suicida e ideas de muerte tiene varios factores de riesgo, entre los que se destacan los genéticos (son aquellos que se heredan), la ansiedad, depresión, abuso de sustancias (alcoholismo y drogadicción), abuso sexual, abandono, entre otros.

Te pedimos que participes porque tienes características que estamos buscando. Tu participación, de ninguna manera afectará o modificará tu tratamiento médico.
Para el estudio, requerimos de tu cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información.

**PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN**
Si aceptas participar, se te pedirá que completes los siguientes procedimientos de la investigación en una visita:
VISITA 1:
Se te hará una entrevista donde contestaras cuestionarios para saber cómo te sientes respecto al intento de suicidio (escala de ideación suicida de Columbia) y sobre la historia de enfermedades médicas y mentales (Escala MINI KID), así como una escala sobre tu entendimiento de algunos conceptos de muerte (Escala de Muerte). Así como información de tu edad, años de escolaridad, vivienda, familia, medios de comunicación (televisión, videojuegos) que pudieras utilizar diariamente y antecedentes de violencia dentro y fuera de tu familia.

**RIESGOS Y MOLESTIAS**
Deseamos asegurarte que las entrevistas serán realizadas de manera privada y que la información que nos brindes no será compartida con otros miembros de tu familia. Las entrevistas serán realizadas por personas con entrenamiento en salud mental (médicos psiquiatras), los cuales están entrenados para proteger la confidencialidad y prevenir cualquier molestia o desagrado.

**POSIBLES BENEFICIOS**
Tu participación en este estudio nos ayudará a mejorar nuestro conocimiento acerca de las causas del suicidio, en un futuro con este conocimiento podríamos intentar resolver problemas de diagnóstico o tratamiento.
Los participantes en el estudio no recibirán información concerniente a los resultados de las pruebas genéticas. Sin embargo, si sugieran preguntas al momento de la aplicación de las escalas, se te brindará la información necesaria.

**DERECHO A RETIRARTE DEL ESTUDIO**
La participación en este estudio es voluntaria. Si cancelas tu autorización, se dará por terminada tu participación en el estudio y el personal del proyecto dejará de recolectar información médica acerca de ti y se destruirá toda la información que se haya recabado hasta ese momento.

**CONFIDENCIALIDAD**
Tu identidad y cualquier otra información que nosotros obtengamos acerca de ti, se mantendrá resguardada de forma confidencial. Esta información no se le dará a nadie más. La información que te identifica será guardada en la oficina del proyecto bajo llave y solamente la responsable del proyecto y las personas que trabajan con ella en este proyecto tendrán acceso a ellas. Tú nombre, dirección, fecha de nacimiento se convertían en un código de números y letras, cualquier otra información que pudiera identificar tu nombre no será proporcionado a nadie.

**TU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA**
No tienes obligación de participar en este estudio si no lo deseas. En el caso de que no quieras participar en este estudio, no perderás ningún beneficio ni acceso a tratamientos a los cuales pudieras tener derecho.

**CONTACTOS.** Si tienes alguna pregunta ahora, por favor hazla con confianza. Si tuvieras preguntas adicionales después o desearas reportar algún problema médico que pudiera estar relacionado con este estudio, puede dirigirse con el Dr. Emmanuel Sarmiento al tel. 55 73 49 55 con la Dra. Alma Delia Genis al tel. 53 50 19 00 ext.1197 o con el Dr. Humberto Nicolini Sánchez al teléfono 53 50 19 00 ext. 1196 en horario matutino.
El Comité de Ética que revisa las investigaciones en sujetos humanos podrá responder en caso necesario dudas acerca de sus derechos como sujeto de investigación, a cargo del Dr. Julio Flores Lázaro.

Nombre del *participante menor de edad*:_____

Firma: _____

Nombre del *representante legal del menor (padre, madre o tutor)*:_____

Parentesco: _____

Firma: _____

| _____ | _____ |
|---|---|
| *Testigo 1* | *Testigo 2* |
| NOMBRE Y FIRMA | NOMBRE Y FIRMA |

Nombre del *Investigador:*_____

Firma: _____

Fecha: _____