



---

---

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a  
Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

“Comportamiento suicida en adolescentes a causa del  
confinamiento por COVID-2019 en México”

Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Adriana Stephanie Rodríguez Reveles

Director:

Mtra. Christian Sandoval Espinoza

Sínodo:

Dra. Adriana Irene Hernández Gomez

Lic. Cristina González Méndez

Los Reyes Iztacala Tlanepantla, Estado de México,

16 de Junio de 2021





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

El presente manuscrito ha sido realizado con muchos sacrificios y el cual he trabajado arduamente para lograr llegar a la meta, mi agradecimiento a aquellas personas que han estado conmigo en este proceso.

Agradezco a mi madre Graciela Reveles Hornelas y a mi padre Miguel Ángel Rodríguez Garay, ya que son un pilar fundamental en vida y un ejemplo a seguir, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios y mi empeño, ustedes siempre me han inspirado a ser mejor persona y a lograr cada uno de mis sueños y de mis anhelos. Gracias a sus consejos y palabras de aliento he crecido como persona, gracias por ser lo más importante que tengo en la vida, por ser siempre mi apoyo y los formadores de lo que ahora soy como persona, sin ustedes yo no habría llegado hasta donde estoy ahora, he llegado a realizar la más grande de mis metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

Agradezco a mi hermana Nancy Viridiana Rodríguez Reveles, quien ha sido un apoyo fundamental para la construcción de mi vida profesional así como un ejemplo a seguir, sentó en mí bases de responsabilidad y deseos de superación, lo cual me lleva a admirarla cada vez más, le agradezco por confiar en mí y por brindarme los recursos necesarios para cumplir mis metas.

Agradezco a mi pareja David Vázquez Aguilar, quien me alentó a seguir cuando más quise abandonar, a ser tenaz respecto a mis metas y sueños; gracias por el apoyo, el amor y todo lo que has luchado a mi lado para que hoy yo pueda estar aquí, creíste en mí y sin duda me apoyaste, guiaste y me sostuviste cuando más lo necesitaba, gracias por ser un pilar importante en mi vida.

Agradezco a mi directora de manuscrito Mtra. Christian Sandoval Espinoza por la acertada orientación, el soporte y discusión crítica que me permitió un buen aprovechamiento en el trabajo realizado, y que esta investigación llegara a buen término.

Y por supuesto, agradezco a mi querida Universidad y a todas las autoridades, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por brindarme la oportunidad de pertenecer a esta honorable institución y por brindarme la paciencia, orientación y guiarme en mi desarrollo académico.

Sin duda ha sido un camino largo y duro en el que, algunas veces, la fijación por lograr tus objetivos te hace olvidar la importancia de agradecer a las personas que te ayudan a cumplir estos objetivos, este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes; he logrado concluir con éxito un proyecto más en mi vida, que sin duda alguna en un principio parecía una tarea titánica e interminable, como muestra de mi cariño y agradecimiento, por todo el amor y el apoyo brindado y porque hoy veo llegar a su fin una de las metas de mi vida.

Gracias.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	6
<b>Abstract</b> .....	6
<b>Justificación</b> .....	7
<b>Pregunta de investigación</b> .....	8
<b>Objetivos</b> .....	8
<i>Objetivo general</i> :.....	8
<i>Objetivos específicos</i> .....	8
<b>Marco Teórico</b> .....	9
<b>Capítulo I. Comportamiento Suicida</b> .....	9
1. <i>Antecedentes</i> .....	9
2. <i>Epidemiología y Prevalencia en México</i> .....	12
3. <i>Teorías Explicativas</i> .....	14
4. <i>Factores Protectores y de Riesgo</i> .....	19
5. <i>Conceptos Básicos</i> .....	24
6. <i>Tipología y Caracterización del Comportamiento Suicida</i> .....	26
7. <i>Métodos y Letalidad</i> .....	28
8. <i>Detección y Causas</i> .....	30
9. <i>Comorbilidad Psiquiátrica</i> .....	32
10. <i>Estrategias de Prevención</i> .....	33
11. <i>Método de Abordaje</i> .....	35
<b>Capítulo II. Adolescencia</b> .....	38
1. <i>Definición</i> .....	38
2. <i>Desarrollo Normal del Adolescente</i> .....	39
3. <i>Factores de Protección y Riesgo</i> .....	42
4. <i>Dificultades y Alteraciones Psicológicas del Adolescente</i> .....	45
5. <i>Comportamiento Suicida en el Adolescente</i> .....	48
<b>Capítulo III. COVID-2019</b> .....	51
1. <i>Definición</i> .....	51
2. <i>Factores de Transmisión</i> .....	51
3. <i>Sintomatología y Consecuencias</i> .....	53

<b>4. Mortalidad y Letalidad.....</b>	<b>53</b>
<b>5. COVID-19 y Salud Mental .....</b>	<b>55</b>
<b>6. Secuelas Físicas y Psicológicas.....</b>	<b>57</b>
<b>Escenario.....</b>	<b>61</b>
<b>Tipo de estudio .....</b>	<b>61</b>
<b>Descriptivo .....</b>	<b>62</b>
<b>Transversal .....</b>	<b>62</b>
<b>Muestra .....</b>	<b>63</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>63</b>
<i>Criterios de inclusión.....</i>	<i>63</i>
<i>Criterios de exclusión.....</i>	<i>63</i>
<b>Instrumentos .....</b>	<b>64</b>
<b>Materiales .....</b>	<b>66</b>
<b>Procedimiento.....</b>	<b>67</b>
<b>Técnica de análisis de información.....</b>	<b>67</b>
<b>Consideraciones éticas .....</b>	<b>68</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>72</b>
<i>Resultados de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds.....</i>	<i>79</i>
<i>Resultados de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik .....</i>	<i>86</i>
<b>Discusión.....</b>	<b>89</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>94</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>103</b>
<b>Consentimiento informado .....</b>	<b>103</b>
<b>Escala de Riesgo Suicida de Plutchik .....</b>	<b>104</b>
<b>Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).....</b>	<b>105</b>

## **Comportamiento suicida en adolescentes a causa del confinamiento por COVID-2019 en México**

### **Resumen**

La investigación tuvo como objetivo conocer y analizar el comportamiento suicida en adolescentes de 12 a 19 años que se encuentran en confinamiento a causa del COVID-2019. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal utilizando una metodología cuantitativa. Las personas que experimentan ideas suicidas en su mayoría pueden carecer de conexiones con otras personas y a menudo, desconectarse de otras a medida que aumenta el riesgo de suicidio. A partir de los resultados obtenidos se encontró que sólo el 42.5% de la población total presenta sintomatología depresiva mientras que sólo un 9.16% de la población total presenta alto riesgo suicida, así que los resultados muestran diferencias con base tipo de situaciones que les generan síntomas depresivos.

**Palabras clave:** Comportamiento suicida, confinamiento, COVID-19, depresión.

### **Abstract**

The research aimed to know and analyze suicidal behavior in adolescents aged 12 to 19 years who are in confinement because of COVID-2019. The type of study was descriptive and cross-sectional using a quantitative methodology. People who experience suicidal ideas, for the most part, may lack connections with others and often become disconnected from others as the risk of suicide increases. From the results obtained it was found that only 42.5% of the total population presents depressive symptomatology while only 9.16% of the total population presents high suicidal risk, so the results show differences based on the type of situations that generate depressive symptoms.

**Key words:** Suicidal behavior, confinement, COVID-19, depression.

## **Justificación**

Con el presente estudio se pretende identificar los factores que pueden influir en la ideación o intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 19 años que se encuentran en confinamiento a causa del COVID-2019, por esta razón es de gran importancia realizar esta investigación debido a la gran tasa de intento de suicidio que existe en México, en este sentido el INEGI reporta que nueve de cada diez fallecimientos de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años fueron por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

En la actualidad esto representa una problemática de salud pública, ya que existen diversos factores de riesgo que pueden crear un elevado impacto psicológico en los adolescentes, por lo tanto se han desarrollado diversas investigación acerca del impacto psicológico que ha tenido el confinamiento a causa de la pandemia en la en las personas, por lo que sería de gran relevancia conocer las principales causas por las que los adolescentes han tenido estas conductas así como las consecuencias que se generan.

Todo lo expuesto confirma que el confinamiento a causa de la COVID-2019 puede tener grandes secuelas en la salud mental, en donde las personas se encuentran expuestas a factores estresantes desarrollando factores de alto riesgo en su salud física y mental, por lo cual esta investigación se propone estudiar los factores que pueden influir en la ideación o intento de suicidio en los adolescentes de 12 a 19 años de edad.

## **Pregunta de investigación**

1. ¿Cuál es la prevalencia e incidencia de los criterios de comportamiento suicida en adolescentes de 12 a 19 que se encuentran en confinamiento por la COVID-2019?
2. ¿Qué características comportamentales ligadas a la conducta suicida presentan los adolescentes de la muestra?
3. ¿Cuáles son los factores que pueden influir en que adolescentes de 12 a 19 que se encuentran en confinamiento por la COVID-2019 desarrollen ideas o intentos suicidas?

## **Objetivos**

### *Objetivo general:*

Analizar el comportamiento suicida en adolescentes de 12 a 19 años que se encuentran en confinamiento a causa del COVID-2019.

### *Objetivos específicos*

1. Conocer el número de casos y tipos de comportamientos suicidas que presentan los adolescentes que se encuentran en confinamiento por la COVID-2019.
2. Determinar las características de un comportamiento suicida en adolescentes.
3. Identificar las principales situaciones de riesgo y los signos de alerta que se pueden desarrollar en un adolescente que presenta ideas o intenciones suicidas.

## Marco Teórico

### Capítulo I. Comportamiento Suicida

#### 1. *Antecedentes.*

El suicidio en la actualidad es un problema grave dentro del sector público, el cual ha estado presente en distintas sociedades; tal como lo mencionan Hernández y Villarreal (2015) esto se debe a causa de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales que posee cada cultura y sociedad. De manera literaria y filosófica la dimensión histórica del suicidio se ha desarrollado desde hace tiempo, por lo cual el suicidio ha sido abordado desde diversas perspectivas, ya que ninguna corriente o disciplina se ha adueñado de este término, si bien es cierto estudiar el comportamiento suicida o el suicidio es un tema amplio, por lo que puede resultar resulta incompleto si se analiza o discute desde el punto de vista de una sola disciplina.

Ortega (2018) afirma lo siguiente “La filosofía es la primera en ocuparse del suicidio de manera crítica, mediante el cuestionamiento y la formulación de preguntas acerca de las causas, implicaciones y problemáticas en dicho acto... Lo que sí es necesario aclarar es que, más que una filosofía, existen varias filosofías, por lo tanto, diferentes formas de hacer filosofía y de conceptualizar al suicidio” (p. 19).

“En la antigüedad el suicidio era valorado en función de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país. En Oriente el Suicidio era visto como un acto indiferente o elogiado, ya que la muerte solo era un cambio de forma. En China durante el gobierno del emperador Chi Koang - Ti, 500 filósofos de la escuela de Confucio se precipitaron al mar para no sobrevivir a la quema de los libros sagrados. En Japón se describe el suicidio-martirio, practicado por los devotos de la Divinidad Amidas, que se

tiraban al mar o se enterraban vivos, posteriormente el Seppuku y el Hara Kiri fueron formas de Suicidio tradicional. El Suicidio entre los Judíos (a.C.) se daba por causas de honor o bien como sinónimo de derrota política o militar. Tanto el pueblo Griego como el Romano tenían lugares públicos como Leucade, Ceos y Marsella destinados para consumir la muerte, el Suicidio representaba una forma de evitar la captura, mantener el honor, así como evitar la humillación y la muerte infame. Con la llegada del Cristianismo, el suicidio fue aceptado durante los primeros siglos, era admisible en algunas circunstancias, siendo elegido como una forma de martirio voluntario, como vergüenza para sus opresores y para expirar sus culpas. San Agustín (354 - 430 d.C.) lo atacó tajantemente ya que violaba el 6o. mandamiento de La Ley de Dios. En el Concilio de Arles, celebrado en 452 d.C. declararon que el suicidio estaba inspirado por el demonio y en el 533 d.C., en el concilio de Orleans, se determinaron penas eclesiásticas para prevenirlo y castigarlo. En el 562 d.C. en el Concilio de Braga se ampliaron los castigos, pero es hasta el 693 d.C. en el de Toledo en donde se impone la excomunión a quién lo realice” (Revista Digital Universitaria, 2005, párr. 1-2).

De manera histórica, dentro de la Edad Antigua, Amador (2015) describe siete etapas, la primera es la Grecia Antigua ya que es una de las primeras culturas que aborda el suicidio a manera de supervivencia, en donde su cultura desarrollaban conductas de “supervivencia”, aunque Grecia era la cuna del pensamiento moderno el suicidio representaba un problema para el Estado de la Grecia Antigua el suicidio era considerado un delito, teniendo severos castigos para los suicidas. Dos perspectivas que influían en la Grecia Antigua eran Platón y Aristóteles, para Platón el suicidio era un delito contra la sociedad, pero existe una excepción socialmente aceptable en caso de amor. Por otro lado, Aristóteles afirma que el suicidio es un acto de cobardía que atenta contra el Estado.

En el Imperio Romano se desarrollaron ciertas variaciones sobre el concepto del suicidio y su penalización, teniendo dos etapas de reflexión acerca del suicidio, en donde Cicerón condenaba el suicidio y lo avalaba de la misma forma que Platón, la segunda etapa la plantea Constantino, quien penaliza el suicidio y a su vez toma medidas estrictas para compensa al Estado, de la misma forma que Aristóteles.

Mientras que en el Imperio Romano se desarrolló un avance respecto a la legalidad y el castigo del suicidio, no se podía regular ni penalizar en casos como: enfermedad, filosofía, amor, honor o condena, en casos que si estaban regulados y sancionados fueron casos económicos del Estado o de un Miembro de la Comunidad.

En la Edad Media la religión fue una gran influencia para la visión de las personas sobre sí mismos, pero aun existían estas puniciones o castigos en base a los conceptos grecorromanos. El suicidio en esta época se empezaba a abordar de manera literaria, ya que en el desarrollo del renacimiento se desarrolló un marco sobre la comprensión y reevaluación del suicidio.

Finalmente, en la Edad Moderna con la entrada del Renacimiento se pretende despenalizar el suicidio con base a conceptos más racionales y los cuales estuvieron influidos por la intelectualidad francesa, teniendo un gran impacto, ya que posterior a la Revolución Francesa no existían sanción legal dentro de los Códigos Napoleónicos, aunque la ideología del suicidio se desarrolló de manera más racional, en el siglo XVII y XVIII se creó una nueva estigmatización acerca del suicidio, por lo que la Aristocracia llegó a considerar el suicidio como vergonzoso y propio de clases pobres. Sin embargo, en la Edad Contemporánea, y gracias a la intelectualidad francesa, el suicidio se fue despenalizando por toda Europa aunque seguían existiendo problemas con el Estado; debido a este desarrollo racional, el suicidio se fue considerando como enfermedad o de índole mental, puesto que con el simple hecho de considerar al suicidio como una enfermedad cambia el panorama para el sujeto suicida y el suicidio.

Por otro lado, Ortega (2018) atestigua que el filósofo y político francés Montesquieu propuso que el suicidio no fuera tratado como una terrible consecuencia de

demencia o locura y que de esta manera debería de ser tratado como un problema con sus propias características complejas. Durante el siglo XIX se empezaron a desarrollar teorías científicas más revolucionarias, como la Teoría de la Evolución de Charles Darwin, la cual tuvo evidencia científica, en donde el suicidio sería considerado de manera inadvertida como un acto que se opone a lógica de la naturaleza de los seres vivos y con esta teoría cambiaría la visión sobre el concepto de nosotros mismos y de las demás especies. El suicidio se puede expresar de muchas formas por causas sociales, filosóficas o literarias, ya que todo acto suicida puede ser desarrollado a causa de perturbaciones de dependencia con la sociedad y, por consiguiente, se trata en principio de un evento social (p. 26-35).

## ***2. Epidemiología y Prevalencia en México.***

La problemática del suicidio en México ha tenido gran importancia desde hace décadas, debido a sus distintas manifestaciones, por lo que se han ido desarrollando diversas investigaciones con el fin de comprender y describir el comportamiento suicida (componentes, factores, consecuencias, etc.). De acuerdo a Yáñez (2008) del Centro Universitario de Ciencias de la Salud menciona que “Al año mueren por suicidio alrededor de un millón de personas, cada día hay en promedio casi 3 mil personas que ponen fin a su vida; al menos 20 intentan suicidarse por cada una que lo consigue y se afectan al menos 6 personas cercanas.” (párr. 1), a su vez Yáñez (2008) afirma que el suicidio es la segunda causa de muerte en México, y existen diversos factores siendo uno de los principales el desamor, problemas familiares y problemas económicos, estos factores afectan a jóvenes de 12 a 24 años de edad a tal punto de desarrollar comportamiento suicida y a su vez, consumir el suicidio. En este caso el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI) recaba e integrada los suicidios en las estadísticas de mortalidad dentro de las defunciones accidentales y violentas, a su vez, cuenta con datos desde el año 1990 al año 2019, los cuales conforma por entidad federativa y municipio, edad y sexo, entre otras variables que se encargan de analizar este fenómeno en el país.

“En nuestro país el fenómeno del suicidio consumado es más frecuente en la población masculina. Para 2016, de los 6 291 fallecidos por suicidio, 5 116 eran hombres, lo que se traduce en que, de cada diez suicidios, ocho son cometidos por hombres, mientras que dos de cada diez (1 173), por mujeres. En relación con la edad, en los jóvenes de 20 a 29 años se presentan las tasas más altas de suicidios. Entre las causas que se presentan en este grupo de población se encuentran los problemas familiares, amorosos, depresión y ansiedad, el abuso de alcohol y drogas, entre otras, intensifican la búsqueda del suicidio. En 2016, la tasa para el grupo de 20 a 24 años fue de 9.5, por cada 100 000 jóvenes; y de 8.2 en jóvenes de 25 a 29 años” (INEGI, 2018, p. 1-6).

Según afirma el INEGI (2020) en su comunicado de prensa publicado el 08 de Septiembre de 2020, en 2018, del total de fallecimientos ocurridos en el país, 6 710 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que representa una tasa de suicidio de 5.4 por cada 100 mil habitantes, mientras que por lesiones autoinfligidas, los hombres tienen una tasa de 8.9 fallecimientos por cada 100 mil hombres (5 454), mientras que esta situación se da en 2 de cada 100 mil mujeres (1 253); Por otro lado, en el grupo de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años ocurrieron 641 fallecimientos por lesiones autoinfligidas, que representan el cuarto lugar dentro del total de causas de muerte, en donde nueve de cada diez fallecimientos por lesiones autoinfligidas (88%), de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años, fueron por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. así que para el 2018 el total de fallecimientos ocurridos en el país (705 149), 6 710 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que representa una tasa de suicidio de 5.4 por cada 100 mil habitantes (p. 1).

El INEGI (2020) menciona que el suicidio en niños, niñas y adolescentes no es sinónimo de que esos niños, niñas y adolescentes quieran morir, si no es un recurso para escapar, considerándolo como su recurso final para aliviar un gran malestar, no existe una sola causa que genere suicidio, en el caso de los niños, niñas y

adolescentes en su mayoría se encuentran vulnerables a diversos cambios que pueden afectarles, como por ejemplo, cambios hormonales, incremento de responsabilidades, crisis familiares, etc.

### **3. Teorías Explicativas.**

“Han existido, en términos generales, dos vertientes tradicionales en el estudio del suicidio: la social y la individual. La primera orientación explica la conducta suicida desde la influencia de los factores sociales en la persona y la segunda considera el suicidio desde las características personales del individuo. En la primera orientación se incluyen los enfoques sociológicos, que han utilizado la estadística como instrumento primordial en el estudio del suicidio. Dentro de la segunda se encuentran las distintas explicaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas, cuya metodología de aproximación al tema ha sido principal y tradicionalmente el “estudio de caso” (Alcantar, 2002, p. 30).

El suicidio o la conducta suicida ha sido un fenómeno social que ha estado presente hasta la actualidad y es tan antigua como la humanidad, a su vez ha sido considerado como multifactorial, ya que entran factores sociales, psicológicos y biológicos, siendo un gran problema de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país, pero esto nos hace la pregunta acerca del suicidio, ¿Cuáles son las principales teorías que tratan de buscar una explicación coherente acerca de este comportamiento?, en este caso Rodríguez, De Rivera, Gracia y Montes de Oca (1990) afirman que existen tres teorías que pueden explicar el comportamiento suicida:

- Teorías sociológicas.
- Teorías psicoanalíticas.
- Teorías biológico-genéticas.

Estas tres teorías o modelos ayudan a comprender mejor acerca del comportamiento suicida, desde atribuirle a la sociedad esta causalidad, así como centrar su interés en el individuo e intentar conocer los correlatos bioquímicos específicos.

Dentro de la Teoría sociológica se encuentra la Teoría sociocultural, la cual su principal representante es Durkheim, quien considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas o como realidades exteriores al individuo, afirmando que la tasa de suicidio no se puede explicar por motivaciones individuales y que esta se relaciona entre el individuo y la sociedad, por lo que establece cuatro formas de suicidio:

- *Suicidio egoísta*. Existe un trastorno en la integración en la colectividad social y un exceso de individualización de la persona.
- *Suicidio altruista*. Se utiliza el *yo*, por lo que no se pertenece y se confunde con otra cosa que no es 1 y siempre está situado fuera de sí mismo.
- *Suicidio anómico*. Llega a existir un fallo o dislocación de los valores sociales que conlleva una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida.
- *Suicidio fatalista*. Se caracteriza por una excesiva reglamentación, en donde los sujetos su principal porvenir está implacablemente limitado.

Otra teoría dentro de la Teoría sociológica es la Teoría de la subcultura desarrollada por Halbwachs, este autor no está de acuerdo con Durkheim, ya que menciona que existe una relación entre la residencia urbana-rural y las tasas de suicidio, explicando que se debe a la diferencia que existe en los modos de vida de los grupos urbanos y los grupos rurales. Por otro lado, otra teoría es la Teoría del Cambio de Estatus desarrollada por Durkheim y Sainsbury, quienes afirman que un cambio repentino en la posición social de la persona tiene una cierta probabilidad de conducir al suicidio, y por último, se encuentra Teoría de la Integración de Estatus, desarrollada por Gibbs y Martín, ellos afirman que cuanto más baja sea la tasa de suicidio, más estables y duraderas son las relaciones sociales, por ende, existe una

mejor conformidad con las expectativas sociales, obteniendo un menor conflicto del rol, así como menos individuos ocupando estatus incompatibles y una mayor integración de estatus.

En la Teoría psicoanalítica del suicidio los principales avances en relación con el sustrato intrapsíquico del suicidio derivan de Sigmund Freud y sus discípulos, en este caso Freud menciona que la idea fundamental del suicidio es parte del homicidio, así como que la ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida, y que la asociación de la agresividad genera una manifestación de un instinto o pulsión de muerte que, buscando un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

A pesar de esto la doctrina clásica psicoanalítica sobre el suicidio es la obra de Menninger, quien afirma que está de acuerdo con el concepto freudiano del pulsión de muerte, atribuyendo el suicidio a causas inmediatas evidentes y reconocibles a simple vista, como la locura, enfermedad y ruina económica, por otro lado elementos Menninger considera otros tres elementos como esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir, con base a esto se desarrollaron tres componentes del comportamiento suicida:

- Deseo de matar. Son pulsiones cristalizadas derivadas de la agresividad primaria.
- Deseo de ser matado. Son pulsiones derivadas de una modificación de la primitiva agresividad cristalizada en la que intervienen los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo.
- Deseo de morir. Enlaza con los motivos más sofisticados y se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos.

En la Teoría biológico-genéticas se han buscado explicaciones iniciales de las teorías genéticas buscando una interpretación en aquellos casos donde existe alta incidencia de suicidios en familia, a causa de esto se han desarrollado diversos

trabajos con el fin de descubrir si lo que se transmite es una herencia específica del suicidio o es la enfermedad mental, un ejemplo de esto es el trabajo de Haberlandt, Juel-Nielsen y Videbech quienes en su investigación encontraron un número significativo de pares de gemelos monocigóticos concordantes con el suicidio. Claramente se fueron desarrollando diferentes trabajos, investigaciones, metodologías y estudios que trataban de comparar la incidencia del suicidio tanto en familiares biológicos y familiares adoptivos. Claramente no se puede dar por hecho que el suicidio se debe a un patrón genéticamente determinado, pero lo que sí es probable que los individuos que estén sujetos a algún proceso de vida estresante tienen una mayor predisposición genética para ello, al igual que los que cometen suicidio (p. 1-4).

De acuerdo a Rodríguez, De Rivera, Gracia y Montes de Oca (1990) “En el campo neuro bioquímico de la investigación suicida han existido dos grandes hipótesis: la hipótesis de la noradrenalina y la hipótesis de la serotonina” (p. 4); por esta razón las teorías neuroquímicas se basan en como las emociones pueden estar adscritas a centros específicos del cerebro.

Otro ejemplo de hipótesis es la relación existente entre la Depresión y la Serotonina, incidencia creciente de enfermedad depresiva en familiares de pacientes con bajo 5-HIAA al compararlos con familiares de pacientes normales en 5-HIAA, asociación entre los intentos de suicidio y la serotonina, la relación entre comportamiento suicida y 5-HIAA, la relación entre comportamiento suicida y 5-HIAA, relación entre el suicidio y las catecolaminas, etc.

En este punto se ha abordado el suicidio desde diferentes teorías, teorías sociológicas, teorías psicoanalíticas, y teorías biológico-genéticas, pero existen otros enfoques como el psiquiátrico, el psicológico y teorías cognoscitivas. En este caso Alcántar (2002) menciona diferentes perspectivas, dentro del enfoque psiquiátrico se considera que el suicidio tiene dos orientaciones principales, la orientación psiquiátrica clásica, la cual parte de la idea del suicidio como una consecuencia de una enfermedad mental, con base a esta teoría y creencia de que las personas con enfermedades mentales se suicidaban porque estaban enfermos

se realizaron diversas investigaciones para conocer las anomalías morfológicas y funcionales en las personas que intentaban suicidarse, buscando las principales causas del suicidio, lo cual relacionaban con las determinaciones biológicas de la conducta suicida, es decir, las diversas disfunciones orgánicas; por otro lado, la orientación psiquiátrica epidemiológica trata de entrelazar aspectos individuales con aspectos sociales, centrándose principalmente en la identificación de grupos de riesgo y de las características del mismo, por lo que consideran variables sociodemográficas, psicopatológicas y sociales.

Al interior de paradigma Psicológico se encuentra el enfoque fenomenológico, en donde exponentes como Shneidman afirman que algunos de los componentes de suicidio son la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese, dentro de estos componentes existen características que son comunes en el comportamiento suicida:

- El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- El objetivo común es el cese de la conciencia.
- El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción común en el suicidio es la desesperanza.
- El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
- El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.
- La acción común es el escape.
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Finalmente dentro de las Teorías Cognoscitivas Beck es uno de los principales representantes, ya que afirma que toda sintomatología depresiva surge

progresivamente de patrones cognoscitivos negativos y distorsionados a través de la llamada “*Tríada Cognoscitiva*”, esta postura tripartita se caracteriza por tener una visión negativa de sí mismo, en donde las experiencias se interpretan de manera negativa, esto en conjunto de errores de procesamiento en la información y patrones cognoscitivos estables se desarrollan “esquemas” que generan una conceptualización “primitiva”, es decir, un pensamiento global, extremo y sin matices, absolutista, categórico e irreversible.

#### **4. Factores Protectores y de Riesgo.**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2001) los principales factores protectores y de riesgo son los siguientes:

##### FACTORES PROTECTORES

- Patrones familiares
  - Buena relación con los miembros de la familia.
  - Apoyo de la familia.
- Estilo cognitivo y personalidad
  - Buenas habilidades sociales.
  - Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
  - Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.
  - Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes.
  - Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.
  - Receptividad hacia conocimientos nuevos.
- Factores culturales y sociodemográficos

- Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
- Buenas relaciones con sus compañeros.
- Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos.
- Apoyo de personas relevantes.

### FACTORES DE RIESGO

- Factores culturales y sociodemográficos
  - Bajo estatus socioeconómico.
  - Bajo nivel educativo.
  - Desempleo en la familia.
  - Escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad.
  - Conflicto con los valores de los diversos grupos.
  - Inconformismo de género.
  - Cuestiones de identidad relativas a orientación sexual.
  - Problemas de integración.
  - Carencia de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.
- Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez
  - Psicopatología de los padres.
  - Presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales.
  - Abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia.
  - Antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio.

- Familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño).
- Escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia.
- Peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones.
- Divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores.
- Mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes.
- Expectativas demasiado altas o bajas por parte de los padres o cuidadores.
- Padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada.
- Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido.
- Rigidez familiar.
- Familias adoptivas o afines.
- Estilo cognitivo y personalidad
  - Humor inestable, enojo o agresividad.
  - Comportamiento antisocial.
  - Conductas irreales, representación de fantasías.
  - Alta impulsividad.
  - Irritabilidad.
  - Rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones.
  - Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades.

- Inhabilidad para entender la realidad.
  - Tendencia a vivir en un mundo ilusorio.
  - Fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización.
  - Se defrauda fácilmente.
  - Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones.
  - Petulancia.
  - Sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones.
  - Abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres.
  - Incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual.
  - Relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos.
- Trastornos psiquiátricos
  - Depresión
  - Trastornos de ansiedad
  - Abuso de alcohol y drogas
  - Trastornos alimentarios
  - Trastornos psicóticos

## SITUACIONES DE RIESGO

- Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente cuando son evaluadas objetivamente). Los niños y adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos triviales como altamente dañinos y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas perciben estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida.
- Problemas familiares.
- Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.
- Muerte de una persona querida u otra persona importante.
- Término de una relación amorosa.
- Conflictos interpersonales o pérdidas.
- Problemas legales o disciplinarios.
- Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de estos.
- Sometimiento y victimización.
- Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios.
- Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes.
- Falta de empleo y problemas económicos.
- Embarazo no deseado, aborto.
- Infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.
- Enfermedad física grave.
- Desastres naturales.

## **5. Conceptos Básicos.**

Cuando se habla de suicidio muchas veces se conceptualiza como un proceso en donde se realizan ciertas acciones con las que se asume que una persona busca quitarse la vida, pero dentro del comportamiento suicida abarcan diversos conceptos y procesos que anteceden a los suicidios.

Kumate, Tapia, Moreno, Fernández, Sánchez, Prado y Rétiz (2015) desarrollaron diversos conceptos básicos con base a las diferentes expresiones que existen en el suicidio, por lo que afirman que dentro del comportamiento suicida existen cuatro conceptos básicos:

- **Autolesión/gesto suicida:** Esta conducta se presenta cuando una persona se realiza una lesión autoinfligida, utilizando la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, pero no tiene la intención de matarse.
- **Conducta suicida no determinada:** Esta conducta tiene un grado indeterminado de intención suicida que puede resultar sin o con lesiones, o causar la muerte.
- **Intento suicida:** Esta conducta se presenta cuando una persona se realiza una gran lesión autoinfligida pero sin ningún resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte, por lo que puede o no provocar lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- **Suicidio:** Muerte autoinfligida, en donde la persona utiliza determinado método para auto agredirse; el resultado de esta agresión conduce a la muerte, con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intención de auto provocarse la muerte (p. 7).

A su vez, dentro del comportamiento suicida existen diversas conductas que se pueden presentar en la persona, ya que puede estar pasando por diversas etapas o situaciones en determinados tiempos, por esta razón González (2016) menciona las diferentes conductas:

- “Autolesión. Son conductas que el sujeto adopta en las que se hace daño a sí mismo pero cuya intención no es la de acabar con su vida, sino que pretende aparentar que intenta matarse para conseguir algún beneficio.
- Parasuicidio. El parasuicidio es un concepto introducido por Kreitman con el objetivo de diferenciarlo del intento de suicidio. Se trata de un conjunto de conductas autolesivas que el sujeto realiza sin buscar la muerte como objetivo final aparentemente, obteniendo como resultado dolor, desfiguración, daño de algún miembro, enfermedad o riesgo de muerte.
- Intento de suicidio. Hace referencia a comportamientos potencialmente mortales con resultados no letales, que la persona adopta con el claro objetivo de provocar su muerte.
- Suicidio frustrado. Se trata del intento de suicidio en el que, por circunstancias ajenas y no previstas por el sujeto, no ha podido llevarse a cabo. Es muy común que alguien cercano a la persona que pretende suicidarse, le sorprenda en pleno acto y evite que el suicidio se consuma por completo. También es posible que se presente alguna dificultad que el sujeto no había previsto, haciendo imposible la consumación del suicidio.
- Suicidio accidental. Es aquel en el que la persona utiliza un método en el cual desconoce el alcance del daño que puede producirse y aun no teniendo la intención de morir, se produce la muerte.
- En ocasiones, se trata de gestos suicidas que, al utilizar un método difícil de controlar, conducen a una muerte no deseada, como por ejemplo, ingerir medicación sin conocer muy bien sus efectos y dosis nocivas, consumo de alcohol u otras drogas.
- Suicidio intencional. Se trata del conjunto de acciones realizadas por el propio individuo para producirse un daño físico, con el objetivo final de terminar con su vida.

- Suicidio racional. La persona padece una enfermedad terminal, incapacitante, dolorosa y progresiva y decide por sí misma acabar con su vida para evitar prolongar su sufrimiento” (p. 8-9).

## **6. Tipología y Caracterización del Comportamiento Suicida.**

Dentro del suicidio existen diferentes tipos de suicida, de acuerdo a Maldonado (2019) existen cuatro tipos de suicidio:

- Suicidio egoísta. Se presenta en personas excesivamente individualistas, es decir, se da de manera común en personas que están poco integrados a grupos sociales de los que forman parte.
- Suicidio altruista. Se presenta en personas que tienen una excesiva “integración” en la sociedad que se encuentran, a tal punto en que la persona individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa, teniendo abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber.
- Suicidio anómico. Se caracteriza por presentarse en momentos de crisis sociales agudas, de transformaciones en las estructuras y valores culturales, es decir, que algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio.
- Suicidio fatalista. Se caracteriza por un cambio de normas que regulan la conducta humana, afectando a las personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro.

En cambio, González (2016) menciona las características comunes que presenta una persona suicida, en donde engloba signos, síntomas, cambios físicos y psicológicos que presenta la persona, los más representativos son:

- Cambios en el apetito, cambios en el peso corporal involuntario, generalmente disminución aunque puede darse un aumento, fatiga, dolor,

minusvalía, insomnio de conciliación y mantenimiento, somnolencia durante el día, mal genio, agitación, irritabilidad o ánimo depresivo, apatía, disminución del interés en las actividades de la vida diaria, dificultad en la concentración y pérdida de memoria ocasional, preocupación excesiva y dificultad para tomar decisiones, sentimientos de culpabilidad infundados, pensamientos sobre el suicidio, ideas de muerte, miedos, sentimientos de tristeza y rechazo hacia uno mismo (p. 10).

A su vez, el Grupo de Trabajo de la *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (2010) menciona que existen conductas frecuentes en personas que pretender atentar con su vida.

- Amenazan con dañarse o matarse.
- Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio.
- Hablan o escriben sobre la muerte, el morir o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro).
- Expresan sentimientos de desesperanza.
- Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza.
- Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables.
- Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida.
- Incrementan el uso de alcohol u otras drogas.
- Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno.
- Se muestran ansiosos o agitados.
- Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo.
- Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión.

- Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos.
- Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban.
- Dicen que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito (p. 14).

## **7. Métodos y Letalidad.**

El conocimiento actual de la conducta suicida obliga a promover una mayor investigación acerca de los métodos que utilizan las personas realizar un acto suicida; Santurtún, Santurtún, Agudo y Zarrabeitia (2016) afirman lo siguiente:

“A lo largo de la historia han existido diferentes clasificaciones del suicidio según el método elegido. Lester diferencia los métodos activos (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego y armas blancas) de los métodos pasivos (gases, drogas o venenos). Por su parte, Isometsa et al. clasifican el suicidio en “violento” y “no violento”, y en el segundo grupo incluyen la sumersión y la exposición a tóxicos.” (párr. 4).

Rojas (2013) menciona diferentes métodos para consumar el suicidio, en donde se menciona que el método que se utilice depende de la disponibilidad y el acceso que la persona tenga a un método particular, así como la influencia sociocultural y las características geográficas, es especial estas zonas geográficas, ya que está relacionado con el acceso a distintos métodos, como por ejemplo, mar, vía férrea, pesticidas en zonas agrícolas, puentes, carreteras de alta velocidad, edificios de altura, etc.

Dentro de los métodos más utilizados se mencionan la precipitación, ahorcamiento, asfixia con bolsa de plástico en la cabeza, intoxicación con medicamentos, intoxicación por gases, envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, la inanición o ayuno prolongado, el suspender la medicación prescrita, el accidente de tráfico provocado, el arrojar al paso de

vehículos, el disparo con arma de fuego, la bomba con explosivo adosado al cuerpo, el prenderse fuego a lo bonzo, tragar objetos punzantes o cortantes y el apuñalamiento o eventración.

A su vez, se menciona que existe una clasificación para cometer suicidio todo esto depende del impulso que tenga la persona para cometer suicidio, existen cuatro métodos:

- Métodos no violentos.
- Métodos violentos.
- Métodos activos.
- Métodos pasivos.

En el *Programa Nacional de Prevención del Suicidio* desarrollado por Rojas (2013) afirma que los hombres suelen cometer más métodos activos, mientras que las mujeres eligen métodos pasivos, por otro lado, los niños, niñas y adolescentes los métodos que eligen depende de la disponibilidad de estos, pero los más frecuentes en niños son la ingesta de tabletas, venenos agrícolas, kerosene, lociones para la piel, precipitación, ahorcamiento, fuego y corte de vasos sanguíneos, mientras que las niñas atentan contra su vida a menor edad que los niños, y en los lugares que regularmente habitan o frecuentan, por ejemplo, hogar, escuela, casa de amigos, etcétera.

“Las consecuencias asociadas a la conducta suicida tampoco se restringen únicamente al propio fenómeno sino que tiene repercusión en otras esferas de la vida de los jóvenes e impacta a múltiples niveles. En este sentido, una amplia diversidad de trabajos científicos muestran, de forma consistente, que aquellos adolescentes que presentan comportamientos suicidas, en cualquiera de sus expresiones, refieren, entre otros, un mayor número de problemas emocionales y conductuales, mayor consumo de sustancias, peor calidad de vida, peores niveles de

apoyo social percibido, peor autoestima, menor comportamiento prosocial y más conductas de riesgo e impulsividad” (Fonseca y Díez, 2018, p. 39).

## **8. Detección y Causas.**

“La detección de pensamientos o ideas suicidas sean cuales sean deben tomarse en cualquier caso en serio. La evaluación de estas ideas, a diferencia de otras problemáticas, requiere en muchos casos simultanearse con la intervención debido a la posibilidad que el cliente pueda llevar sus ideas suicidas a cabo. Durante la exploración inicial, los profesionales de la salud han de aclarar y confrontar las ideas que existen sobre el suicidio con el cliente (y si precisa con la familia), ya que existen múltiples ideas instaladas en la sociedad que se han demostrado absolutamente falsos y dificultan la prevención de la ideación suicida. Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo del individuo y realizar una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual” (De la Torre, 2013, p. 5).

De esta manera, se trata de identificar la presencia de factores de riesgo y protección generales, así como una evaluación de riesgo actual y finalmente una valoración de riesgo suicida, dentro de esto se deben de identificar las señales de alerta, por ejemplo, la Comunidad de Madrid (2007) afirma que es importante conocer cuáles son las señales de alerta con el fin de minimizar este riesgo de intento suicida, ya que las personas que presentan un comportamiento suicida evidencian una serie de signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida.

- Señales de alerta verbales. Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida, comentarios o verbalizaciones negativas

sobre su futuro, despedidas verbales o escritas, comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte.

- Señales de alerta no verbales. Cambio repentino en su conducta. Este cambio puede ir en dos sentidos: un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, el otro sentido que puede tomar es un periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Considerar esta situación como una mejoría de la persona podría ser un error; puede constituir una señal de peligro de riesgo inminente. Aparición de lesiones recientes en alguna de parte del cuerpo. Regalar objetos muy personales, preciados y queridos. Cerrar “asuntos pendientes”. Preparación de documentos para cuando uno no esté (testamento, seguro de vida, etc.).

Castellvi y Piqueras (2019) afirman que no existe una sola causa de una conducta suicida, ya que intervienen diversos factores con base a un constructo multifactorial, por lo que se desarrollan diversas interacciones, interviniendo factores de riesgo como por ejemplo, factores sociales, académicos o laborales y algunos determinantes socioeconómicos; dentro de este constructo multifactorial existen factores genéticos, biológicos y familiares que predisponen a una persona a sufrir una conducta suicida en determinados momentos de su vida.

### **9. Comorbilidad Psiquiátrica.**

La comorbilidad del suicidio con otros trastornos no se limita sólo a los trastornos, ya que existe un riesgo de suicidio, por lo que puede aumentar linealmente con el número de trastornos asociados a él.

“El suicidio es un tema que despierta gran interés, ya que el hombre en su afán de conservación busca una explicación al hecho de que existen personas que conscientemente tratan de privarse de la vida. Disímiles son las explicaciones que se buscan a esta, pero no han resultado del todo, ya que el intento suicida en ocasiones está ligado a una patología psiquiátrica, ya conocida, en otras es el primer inicio de un trastorno situacional, de una depresión endógena, una esquizofrenia, alcoholismo, trastornos de personalidad, las disfunciones sexuales e incluso de enfermedades orgánicas del sistema nervioso central. El suicidio definido como el acto de autolesionarse, de acabar, está vinculado directamente al hombre y surge por tanto con la existencia de este, sus características varían de acuerdo con las culturas y estructura socioeconómica...El índice de intento suicida es más elevado en pacientes con problemas psiquiátricos, con mayor frecuencia en casos de trastornos afectivos, alcoholismo o enfermedades en la fase inicial después de la hospitalización. Además es también más alto el índice en personas de más de 70 años con el máximo en varones solteros. Sin embargo la conducta suicida no es específica de ningún trastorno psiquiátrico, de hecho ocurre en un amplio espectro de enfermedades mentales y debe tratarse como un problema distinto de los trastornos psiquiátricos mayores” (Pérez, González, Genechea, Jaca y Méndez, 2008, p. 1-2).

Existen diversos trastornos psiquiátricos relacionados con conductas y cogniciones como pensar en la muerte, deseos de estar muerto, ideación suicida e intento de suicidio, mientras que los trastornos que son factores son trastorno cognitivo,

trastorno psicótico, bipolaridad, trastorno depresivo, distimia, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, cualquier fobia, abuso de alcohol, dependencia alcohol, abuso de drogas, dependencia de tabaco, trastorno de somatización y personalidad antisocial.

### ***10. Estrategias de Prevención.***

En la actualidad es de gran importancia conocer acerca de las diversas estrategias del suicidio, así como implementar una psicoeducación en la persona acerca de la conducta suicida y la prevención de esta conducta, por esta razón la Organización Mundial de la Salud (2004) menciona estrategias eficaces para la prevención de suicidio:

- Restricción del acceso a los medios de suicidio, como sustancias tóxicas y armas de fuego.
- Identificación y tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales y por consumo de sustancias.
- Mejora del acceso a los servicios de salud y la asistencia social.
- Cobertura responsable de las noticias sobre suicidios en los medios.

En otro orden de ideas, en el Generalitat Valenciana (2018) menciona estrategias que son consideradas como universales, selectivas e indicadas para la promoción y prevención, como por ejemplo, desarrollar y potencializar la realización de talleres específicos para prevenir la depresión en centros educativos, así como mejorar la información de la población sobre el suicidio, la lucha contra el estigma de los problemas de salud mental y mejorar la atención de Bullying y Cyberbullying.

Stone, Holland, Bartholow, Crosby, Davis y Willkins (2017) elaboraron un paquete técnico de políticas, programas y prácticas con el fin de recopilar estrategias para la reducción de factores de riesgo, este paquete técnico tiene como objetivo orientar y fundamentar la toma de decisiones relativas a la prevención, tanto en las

comunidades como en los estados, dentro de las estrategias para la prevención del suicidio se encuentran las siguientes:

- Fortalecimiento de los apoyos económicos. Se fortalece la seguridad financiera del hogar, se desarrollan políticas para la estabilidad de la vivienda.
- Fortalecimiento del acceso a los cuidados relacionados con el suicidio y de su prestación. Crear cobertura de afecciones mentales en las pólizas de seguro médico, reducir la escasez de proveedores en las áreas sub-atendidas y cuidados más seguros con relación al suicidio mediante cambios a nivel de sistema.
- Creación de ambientes protectores. Reducir el acceso a medios letales entre las personas en riesgo de suicidio, desarrollar políticas y cultura a nivel de organización y políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol.
- Fomento de la conexión. Creación de programas de normas de semejantes y actividades de participación en la comunidad.
- Enseñanza de destrezas de superación y resolución de problemas. Desarrollo de programas de educación socio-emocional y programas de destrezas de crianza y relaciones familiares.
- Identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo. Capacitación del personal de primera línea, intervención en crisis, tratamiento para las personas en riesgo de suicidio y tratamiento para la prevención de nuevos intentos.
- Reducción de los daños y prevención de riesgo futuro. Intervención posterior y la elaboración de un informe y mensajes seguros en relación con el suicidio.

### **11. Método de Abordaje.**

Actualmente, existen diversos protocolos o métodos de abordaje desarrollado por psicólogos y psiquiatras para abordar a una persona con comportamiento suicida, sin duda las personas con este comportamiento tienen algo en común, los síntomas per se debe de tener en cuenta que cada persona es única y por ende cada conducta se da en un tiempo y en un espacio diferente e irrepetible.

Dentro del método de abordaje concurren dos opciones, la primera es que la persona que se encuentre con alguien que quiere atentar con su vida y que amenace con suicidarse le debe de prestar ayuda en ofrecerle una esperanza de solución, siguiendo a Rojas (2013) se debe de tener en cuenta la ayuda psicológica de emergencia o intervención en crisis, lo cual es recomendable comenzar llamando por su nombre a la persona en riesgo, en donde se le recuerda la identidad de la persona de manera sutil, con base a esto deben de darse ciertos pasos, para iniciar se debe de conocer el problema que generó la crisis, y ofrecerle ayuda para solucionarlo. Así que si se tiene la sospecha de que una persona está en riesgo suicida, se debe determinar si existe un peligro inmediato de suicidio, por lo que es de gran importancia conocer la intención de realizar el acto suicida o si se trata de una ideación suicida.

Si se hace presente un riesgo inminente de suicidio, en primer lugar se debe solicitar ayuda en forma inmediata, en donde se pueden seguir ciertas recomendaciones como no dejar solo a la persona, es necesario que la persona en riesgo se sienta acompañada, no hacerle sentir culpable, no desestimar sus sentimientos, expresarle apoyo y comprensión y permitirle la expresión de sentimientos. Así que, durante estas crisis es fundamental crear un espacio para el pensamiento y la verbalización de los sentimientos, para que de esta manera la persona en riesgo lo pueda utilizar como mediador entre la desesperación y la acción, y de esta manera la persona podrá cuestionarse la posibilidad de encontrar otra salida. Al interior del *Programa Nacional de Prevención del Suicidio* desarrollado por Rojas (2013) se menciona que es fundamental mantener con vida a la persona en riesgo, por ello

desarrollaron una lista que pueden utilizar las personas para saber cómo ayudar a una persona en crisis suicida:

- Siempre hay que creerle a la persona que manifiesta la intención o ideación suicida. No se deben banalizar ni despreciar las amenazas suicidas. Tampoco pensar que lo que quiere es llamar la atención. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.
- No dejarle sola e intentar llevarla a un centro de salud o a un médico general o psiquiatra. Enfatizar a la persona la necesidad de recibir ayuda.
- Tomar medidas para disminuir los riesgos, alejando los objetos que puedan servir para realizar el acto suicida.
- Generar un espacio de confianza, de escucha y de contención.
- No ser críticos frente a la situación.
- Reforzar los recursos de la persona, su potencial de vida.
- Garantizar la seguridad personal.
- Buscar respuestas alternativas, ayudándole a encontrar opciones a la autodestrucción, pero teniendo especial cuidado con aquellas alternativas que mencione la persona pero que no pueda realizar inmediatamente.
- Ayudar a que la persona exprese sus sentimientos.
- Explorar el motivo de la intención de autoeliminación.
- No emitir juicios de valor.
- Crear un entorno de confianza, seguridad y afecto.
- Hablarle en forma tranquila y pausada.
- Tomar contacto con el establecimiento de atención primaria correspondiente a su domicilio y apoyarle para que sea atendido por un profesional de la salud.

Finalmente, en el caso de manejo de riesgo suicida a nivel primario, los profesionales de la salud que se encuentran en atención primaria deben manejar las técnicas de primera ayuda psicológica para abordar a las personas con riesgo suicida; Rojas (2013) menciona La *Primer Ayuda Psicológica* desarrollada por Pérez Barrero en 1999, en donde se desarrollan cinco etapas:

- Etapa I: Tomar contacto.
- Etapa II: Conocer la dimensión del problema.
- Etapa III: Posibles Soluciones.
- Etapa IV: Acción concreta.
- Etapa V: Seguimiento.

Con base a este protocolo, se deben de evaluar factores de riesgo y de esta manera evaluar las ideas suicidas, así que se evalúan mediante una entrevista clínica, siempre tratando al paciente con respeto, escuchándolo y sin emitir juicios, se pueden aplicar escalas de detección de riesgo y en todo caso de que no exista algún indicio de comportamiento suicida se debe de hacer seguimiento del paciente con factores de riesgo, evaluándolo cada cierto tiempo, e indicando tanto al paciente como a sus familiares que deben estar atentos a cambios que tiene la persona durante del tratamiento.

En este capítulo se abordó el tema del comportamiento suicida y sus principales componentes, ya que es de gran importancia conocer el proceso dinámico y complejo del comportamiento suicida y sus fases previas, con el fin de crear una psicoeducación que puede ayudar a identificar de manera oportuna y previa el comportamiento suicida. En el siguiente capítulo se hablará sobre el proceso que se lleva a cabo en la etapa de la adolescencia, así como las principales alteraciones y dificultades psicológicas que desarrollan los adolescentes a causa de ciertos factores de riesgo y de protección influyen en el comportamiento suicida.

## Capítulo II. Adolescencia

### 1. *Definición.*

La adolescencia es un proceso por el que toda persona pasa, no sólo es el proceso de cambios físicos, sino psicológicos, siendo una fase específica del ciclo de la vida humana, abarcando elementos de crecimiento biológico y grandes transiciones de roles sociales.

Moreno (2007) define a la adolescencia como “Un momento vital en el que suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona...La adolescencia constituye así una etapa de cambios que, como nota diferencial respecto de otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez. Este período de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente” (p. 13).

La OMS (2008) resalta que la adolescencia el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad,

la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

Mientras que, Silva (2012) define a la adolescencia como “Período de transición Bio-Psico-Social que ocurre entre la infancia y la edad adulta... Ocurren modificaciones corporales y de adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que llevan a la vida adulta” (p. 11).

Con base a estas definiciones podemos desarrollar un concepto preciso y simple sobre la adolescencia.

Adolescencia: Etapa vital que se produce después de la niñez y antes de la vida adulta, abarcado desde los 10 hasta los 20 años, en donde se van generando cambios físicos, biológicos, sociales y psicológicos con la finalidad de llegar a la madurez.

## ***2. Desarrollo Normal del Adolescente.***

Dentro del desarrollo y crecimiento del adolescente se empiezan a notar cambios físicos, sexuales, cognitivos, sociales y emocionales, muchas veces estos cambios generan preocupaciones en los adolescentes.

Casas y González (2005) apuntan lo siguiente: “La adolescencia debería de ser el mejor período de nuestra vida. La mayoría de las funciones tanto físicas como psicológicas están en plenitud: fuerza, reflejos, rapidez, memoria, etc. Es cuando disfrutamos más de nuestro cuerpo y sus movimientos, cuando la comida sabe mejor, los olores son más profundos, la música es más bonita y el amor más real” (p. 20).

Hidalgo y Ceñal (2014) mencionan los patrones normales el crecimiento y desarrollo físico en los adolescentes o la etapa de la pubertad, en donde mencionan que los cambios en la pubertad muchas veces están determinados por variables genéticas y

ambientales, como por ejemplo, alimentación, condiciones de salud personal y ambiental, higiene, actividad deportiva, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales, etc.

Dentro de los cambios hormonales se encuentra trabajando el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, así que exista una disminución de la sensibilidad de las neuronas hipotalámicas productoras de hormona liberadoras de gonadotropinas a la inhibición ejercida por los esteroides gonadales, esto quiere decir, que existe un incremento en la producción de andrógenos y estrógenos; mientras que en el eje hipotálamo-hipófiso-somatomedínico se produce un aumento en la producción en el hipotálamo de hormona liberadora de la hormona del crecimiento, generalmente este incremento se puede notar mucho antes en las mujeres que en los hombres.

El desarrollo y crecimiento en el adolescente muchas veces puede variar pero en un amplio rango de normalidad ya que cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, en consecuencia se debe de tener en cuenta que el crecimiento no es armónico sino que muchas veces se da por segmentos, así que en el crecimiento y la maduración física de los adolescentes se menciona que los principales cambios físicos en la pubertad son aceleración y desaceleración del crecimiento óseo y de internos, cambios de la composición corporal y maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios). Durante el crecimiento y el desarrollo en la pubertad existe una desaceleración del crecimiento que antecede al pico de máxima velocidad de crecimiento en donde a las chicas aparece entre 12 y 13 años y en los chicos a la edad de 14 y 15 años, respecto al crecimiento, se menciona que en ambos sexos, durante el segundo año del estirón es cuando existe un incremento mayor, de 5.8 a 13.1 cm en los chicos y de 5.4 a 11.2 cm en las chicas. Los cambios de la composición corporal y el desarrollo de sistemas y órganos existe un aumento de peso, por lo que las chicas acumulan más grasa que los chicos, por otro lado, en la maduración sexual el primer signo de maduración en las chicas es el desarrollo mamario a una edad de aproximadamente de 11 años, mientras que en los chicos el primer signo de maduración es el aumento del tamaño testicular, aproximadamente a una edad de 13 años, por otro lado, los caracteres

sexuales secundarios, tanto en el sexo masculino como en el femenino, dependen de la estimulación androgénica.

En relación al desarrollo psicosocial, los autores confirman que a los 12 años los chicos y chicas alcanzan el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, mientras que a los 15-16 el desarrollo moral, desarrollando una independencia, una imagen corporal de sí mismos, el interés por amistades y la búsqueda de su identidad, todo esto durante las tres fases, adolescencia inicial, media y tardía. En muchas ocasiones los adolescentes empiezan a adquirir una independencia familiar, pueden existir problemáticas como bajo rendimiento escolar o problemas de conducta, así como la aceptación de responsabilidades.

De tal suerte que, el desarrollo de la imagen corporal y la autoaceptación del cuerpo pueden generar muchas inseguridades y preocupaciones sobre sí mismos, comparándose con otros, pero en la fase media van creando una aceptación por su cuerpo hasta llegar a la última fase en donde se aceptan los cambios y sólo se preocupan si existen anomalías.

En este caso, el proceso de la adolescencia se va generando un crecimiento y una maduración, así como del desarrollo de pensamiento abstracto y el establecimiento de su propia identidad, este proceso se divide en tres etapas:

- Temprana (11-13 años)

Existe un rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares. La capacidad de pensamiento es totalmente concreta, no perciben las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes.

- Media (14-17 años)

En este estadio, se finaliza el crecimiento y la maduración sexual adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta, La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, Son capaces de percibir las implicaciones futuras

de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable, Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro.

- Tardía (17-21 años)

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros, el pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue, están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. Las relaciones familiares son de adulto a adulto y el grupo pierde importancia para ganar las relaciones individuales de amistad. Las relaciones son estables y capaces de reciprocidad y cariño y se empieza a planificar una vida en común, familia, matrimonio y proyectos de futuro (Casas y González, 2005, p. 22-24).

### **3. Factores de Protección y Riesgo.**

Los factores protectores y de riesgo pueden agruparse en dos categorías, en primera aquellas que ocurren en el ambiente y en segunda aquellas que son características personales de los sujetos.

#### *Factores de protección:*

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo, estos factores cumplen una función beneficiosa o de protección en el estado de salud del individuo, ayudándolo a su adaptación al ambiente físico y social.

Autores como Páramo (2011) investigaron los diversos factores de protección que se presentan en los adolescentes, por lo que menciona dos tipos de factores de protección:

- Factores de protección de amplio espectro.
  - Familia contenedora con buena comunicación interpersonal.

- Alta autoestima.
  - Proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado.
  - Locus de control interno bien establecido.
  - Sentido de la vida elaborado.
  - Permanecer en el sistema educativo formal.
  - Alto nivel de resiliencia.
- Factores de protección específicos.
  - Uso de cinturón de seguridad.
  - No tener relaciones sexuales, o tenerlas con uso de preservativo que reduce o evita el embarazo, ETS, o SIDA).
  - No fumar.

### *Factores de riesgo*

Los factores de riesgo de acuerdo constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura.

Páramo (2011) afirma que los principales factores de riesgo en la adolescencia son los siguientes:

- Edad.
- Expectativas educacionales y notas escolares.
- Comportamiento general.
- Influencia de los pares.
- Influencia de los padres.
- Calidad de la vida comunitaria.

- Calidad del sistema escolar.
- Autoestima baja.
- Uso ilícito de sustancias.
- Ausentismo escolar, suspensiones.
- Robos, vandalismo.
- Sexo precoz y sin protección.
- Familia con pobres vínculos entre sus miembros.
- Violencia intrafamiliar.
- Pertenecer a un grupo con conductas de riesgo.
- Deserción escolar.
- Proyecto de vida débil.
- Locus de control externo.
- Bajo nivel de resiliencia.
- Trastornos del aprendizaje.
- Conductas violentas.
- Mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.
- Episodios de embriaguez y mayor consumo de sustancias adictivas por amigos y familiares.
- Problemas emocionales en todas las áreas, en particular la familiar y la de salud.
- Problemas con la autoimagen.
- Tendencia al aislamiento.

- Conductas psicopatológicas (depresión, ansiedad, ataques de pánico, estrés).

#### **4. Dificultades y Alteraciones Psicológicas del Adolescente.**

“Hoy en día juega un papel muy importante en la comprensión de los trastornos mentales que se presentan en las diferentes poblaciones de nuestro planeta, ya que gracias a ella es posible determinar la frecuencia de los problemas mentales, así como su distribución, los grupos más afectados, los diferentes procesos que determinan el padecimiento y por último las acciones de intervención y prevención hacia estas problemáticas (Borges, Medina y López, 2004; citado en Hernández, 2016, p. 33).

Es importante, conocer cuáles son los síntomas que sugieren vulnerabilidad psicológica en un adolescente: respuesta emocional inadecuada, explosiones de irritabilidad o rabia, inquietud emocional, aplanamiento afectivo, comportamiento peculiar, suspicacia, retraimiento, cambios en el funcionamiento social (problemas en sus relaciones con amigos y familiares, aislamiento social), dificultades para concentrarse o en la memoria, alteraciones del estado de ánimo (depresión, ansiedad), preocupación por pensamientos extraños o ideas que son difíciles de ignorar (cree que hay personas que hablan de él o intentan hacerle daño), abuso de drogas, limitación en el desempeño de roles y/o realización de actividades habituales, descuido del autocuidado, alteraciones del discurso (pobre, disgregado, vago, abstracto, sobre elaborado), pensamiento mágico, experiencias perceptivas inusuales, falta de iniciativa, interés o energía, cansancio constante... Ante estos síntomas, en lugar de esperar y ver qué sucede, hay que conseguir una «fotografía» más amplia del comportamiento del adolescente y su entorno, explorar la presencia de factores de riesgo psicopatológico infantojuvenil (Ruiz, 2013, p. 7).

La etapa de la adolescencia es un periodo crucial para el desarrollo de los jóvenes, ya que se genera y mantienen hábitos sociales y emocionales que son importantes para el bienestar mental. Hernández (2016) realizó un perfil epidemiológico en

México acerca de la salud mental de los adolescentes, en donde clasifica las enfermedades mentales que más se presentan en los adolescentes, las cuales son:

- Depresión. Es una de las enfermedades que más contribuyen a la morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años.
- Suicidio. Es una de las tres principales causas de mortalidad entre personas de 15 a 35 años.
- Ansiedad. Se observa en mayor medida en personas entre 15 y 45 años de edad, siendo las mujeres las que puntúan más alto a comparación de los hombres.
- Trastorno disocial. La edad de aparición es de 10 a 12 años en hombres y para las mujeres es de los 14 a los 16.
- Consumo de sustancia como alcohol y tabaco. En el caso del consumo de sustancias se encuentra que en los jóvenes de 12 a 17 años la prevalencia de consumo de alcohol es de 27.6%, mientras que para los adultos de 18 a 65 años es de 53.5%.
- Problemas somáticos. Es una problemática que se atribuye a factores biopsicosociales y que su prevalencia es más notoria en mujeres que en hombres y en personas que cuentan con niveles bajos en aspectos socioeconómicos y educacionales.

Aunado a autores como Ruiz (2013) explican los principales factores de riesgo psicopatológico infantojuvenil, entre ellas se encuentran:

- **Circunstancias de la concepción y el embarazo.** Embarazo en la adolescencia, hijos no deseados al final del embarazo, hijos concebidos en violaciones, muerte de hermanos o familiares directos durante el embarazo, embarazo de riesgo clínico, enfermedades graves de la madre o el feto, conductas y situaciones de riesgo prenatal: alcohol, drogas, problemas laborales o ambientales, consecuencias de medidas diagnósticas y terapéuticas.

- **Circunstancias perinatales adversas.** Partos gravemente distócicos, prematuridad, APGAR bajo, sufrimiento fetal o perinatal, recién nacido con enfermedad congénita o malformaciones, separación prolongada de la madre y el lactante, hospitalización prolongada de la madre o del bebé.
- **Características temperamentales difíciles.** Temperamento difícil, irritabilidad o tristeza importantes, irregularidades en los hábitos básicos de comer, dormir y evacuar, reacciones excesivas o desmesuradas a los estímulos, dificultades en las adaptaciones a los cambios del medio (personas, objetos, alimentos...), inhibición conductual (predictor de trastorno ansiedad), apatía, lentitud o dificultad al responder, retraimiento social, rechazo de lo desconocido, vinculación ansiosa a la madre o figura sustitutiva, activación vegetativa intensa en esas u otras circunstancias.
- **Enfermedades crónicas.** Asma, obesidad, convulsiones, diabetes, neoplasias, sida, déficits sensoriales y secuelas de enfermedades del sistema nervioso central, enfermedades metabólicas que originan déficits o importante ansiedad en los padres.
- **Situaciones traumáticas concretas.** Muerte de uno de los padres o de un hermano, separación de los padres, nacimiento de hermanos (en familias vulnerables), hospitalización prolongada (del niño o de familiares o allegados próximos), cambios escolares importantes, ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores, derrumbe socioeconómico familiar.
- **Características familiares.** Familias extremadamente rígidas y con límites impermeables, padres muy jóvenes o muy mayores, conflictos graves y crónicos de pareja, familias monoparentales, enfermedades crónicas, invalidantes o graves padres con déficits sensoriales, apego ansioso, rechazo primario o secundario, trastornos psiquiátricos severos de los padres, trastornos delirantes, esquizofrenia, trastornos depresivos mayores, episodios de manía, intentos de suicidio, trastornos graves de la personalidad, alcoholismo o abuso de otras drogas, padres con institucionalización prolongada en la infancia, abandono, negligencia, malos

tratos físicos o psíquicos, falta de contacto afectivo y lúdico entre el hijo y el progenitor o los progenitores, madre sin apoyo socioeconómico, promociones o cambios profesionales que impliquen cambios internos o externos radicales en los comportamientos de uno o de los dos progenitores, vinculación ansiosa o rechazo primario o secundario por parte de la madre, somatizaciones reiteradas, consultas, exploraciones y hospitalizaciones reiteradas, consulta en múltiples instituciones, ingreso prolongado en hospitales o asilos, hermanos con actividades antisociales.

### **5. *Comportamiento Suicida en el Adolescente.***

La adolescencia ha sido identificada como un período de transición de la niñez hacia la adultez temprana. Se caracteriza por grandes cambios emocionales, sociales y físicos. Los adolescentes deben lidiar simultáneamente con una variedad de problemas psicosociales, consolidar un sentido de identidad y madurar cognoscitiva y emocionalmente. Típicamente, los adolescentes son confrontados con la emergencia de una autonomía, el rechazo a la autoridad parental, el incremento de responsabilidades sociales y académicas y un deseo de intimar con otros. Igualmente este período de transición representa un tiempo de exploración de la identidad donde se experimentan cambios frecuentes en las metas de vida, en los vínculos románticos, en las aspiraciones de trabajo o estudio y en la visión del mundo. Estos eventos pueden facilitar que algunos adolescentes cursen con síntomas depresivos o conductas suicidas por la inhabilidad de enfrentar cambios biológicos y psicosociales que ocurren durante este período crucial del desarrollo. También, los adolescentes pueden utilizar conductas desadaptativas aprendidas para dirigir su inconformidad asociada a sus rápidas experiencias de cambios (Vargas & Saavedra, 2012).

El comportamiento suicida en adolescentes se debe a que el adolescente puede llegar a experimentar diferentes sentimientos, ya que a medida que van creciendo se llega a incrementar la mortalidad, por esta razón se debe desarrollar y establecer programas de prevención y promoción de los diversos factores de riesgo.

Bakalarz y Papolla (2012) mencionan lo siguiente: “En la adolescencia pueden existir diferentes situaciones en respuesta o reacción a la crisis vital de este grupo etario, que van desde cortes, autolesiones, ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidios. Su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal de los síntomas. Nunca se deben minimizar las conductas auto lesivas, pues nos hablan de un malestar o un padecer en los individuos, donde la intervención oportuna previene comportamientos de riesgo a futuro” (p. 1).

Al interior de este proceso de comportamiento suicida en los adolescentes existe dos etapas para cometer un acto suicida, en primer lugar los adolescentes presentan signos depresivos, por ejemplo, retraimiento, cambios en el humor, con incomunicación y pérdida de la seguridad en sí mismo y de la autoestima, disminución del rendimiento escolar, pérdida de la iniciativa, llantos repentinos, pérdida del apetito, disminución de sus actividades, con base a estos signos surge la segunda etapa, realizar el acto suicida, muchas veces los adolescentes pueden pensar en las diversas formas que cometerían este acto, ya sea de forma prolongada, con premeditación reflexivamente u otras veces, ocurre como una reacción rápida e impulsiva, la cual se realiza en un momento de disminución del grado de conciencia.

El comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial que incluye factores causales biológicos, psicológicos y sociales; por lo cual, es primordial conocerlos y también conocer de qué manera se puede llegar a intervenir. Es importante tener presente que los factores de riesgo para conductas suicidas son rasgos individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno...Por la importancia que tiene este problema como un problema de salud pública a nivel mundial y por el incremento de esta conducta entre niños y personas jóvenes es necesario y urgente dedicar especial atención a estos grupos de

riesgo creando programas especiales que permitan la incorporación de esta población a diferentes actividades que impidan la conducta suicida (Cabra, Infante y Sossa, 2010, p. 33-34).

En este capítulo se abordó de manera concreta el proceso que se lleva a cabo en cada etapa de la adolescencia así como las principales características que generan grandes cambios emocionales, sociales y físicos y que de alguna manera desarrollan posibles alteraciones psicológicas y emocionales, en donde varios factores influyen de forma característica en el hecho de que los pensamientos suicidas se transformen en comportamientos suicidas y esto se puede desencadenar a causa de eventos estresantes como el confinamiento a causa por COVID-19. En el siguiente capítulo se conocerá sobre las secuelas físicas y psicológicas del COVID-19 y el cómo repercute en la salud mental de las personas.

## Capítulo III. COVID-2019

### **1. Definición.**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020) habla sobre la COVID-19 en su página oficial, por lo que la define como “La COVID-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China)”.

Mientras que, en la página oficial del Gobierno de México (2020) tiene información general sobre la COVID-19, por lo que menciona lo siguiente: “El coronavirus SARS-CoV-2 es un virus que apareció en China. Después se extendió a todos los continentes del mundo provocando una pandemia. Actualmente, Europa y América son los más afectados. Este nuevo virus, provoca la enfermedad conocida con el nombre de COVID-19”.

“El COVID-19 es una nueva forma de la enfermedad del Coronavirus la cual se debe al nuevo virus SARS-CoV 2 que causa una infección aguda con síntomas respiratorios. Este nuevo-virus es diferente de los que causan el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) o el MERS (Síndrome Respiratorio del Medio Oriente). También es diferente del Coronavirus que causa la infección estacional en los EE.UU.” (American Thoracic Society, 2020, p. 1).

### **2. Factores de Transmisión.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) en su reseña científica “*Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia*

*de prevención de infecciones*” mencionan las diferentes vías de transmisión del SARS-CoV-2, confirmando tres principales vías de transmisión:

- Transmisión por contacto y por gotículas. Se puede transmitir por contacto directo, indirecto o estrecho con personas infectadas a través de las secreciones contaminadas (por ejemplo, la saliva, las secreciones respiratorias o las gotículas respiratorias) que se expulsan cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o canta, en estas circunstancias, las gotículas respiratorias que contienen el virus pueden llegar a la boca, la nariz o los ojos de una persona expuesta y esto podría causar una infección. Además, podría producirse transmisión por contacto indirecto si un hospedero expuesto tiene contacto con un objeto o una superficie contaminados.
- Transmisión aérea. Se puede transmitir por vía aérea durante la realización de técnicas médicas en las que se produzcan aerosoles (procedimientos que generen aerosoles) el SARS-CoV-2 también puede propagarse a través de aerosoles en los casos en los que no se realicen técnicas en las que se produzcan aerosoles, especialmente en entornos cerrados con mala ventilación.
- Transmisión por fómites. Las secreciones respiratorias o las gotículas que las personas infectadas expulsan pueden contaminar las superficies y los objetos, lo que produce fómites (superficies contaminadas). En dichas superficies es posible detectar mediante RCP-RT viriones del SARS-CoV-2 viables o ARN vírico durante periodos que van desde horas hasta días, dependiendo del entorno, el ambiente (incluidos factores como la temperatura y la humedad) y el tipo de superficie; es posible detectar altas concentraciones de esas partículas especialmente en establecimientos sanitarios en los que se prestó asistencia a pacientes con COVID-19.

### **3. Sintomatología y Consecuencias.**

De acuerdo a la OMS (2020) menciona cuatro tipos de síntomas:

- I. **Síntomas habituales.** Fiebre, tos seca y cansancio.
- II. **Síntomas menos frecuentes y que pueden afectar a algunos pacientes.** Pérdida del gusto o el olfato, congestión nasal, conjuntivitis (enrojecimiento ocular), dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares o articulares, diferentes tipos de erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea, escalofríos o vértigo.
- III. **Síntomas de un cuadro grave de la COVID-19.** Disnea (dificultad respiratoria), pérdida de apetito, confusión, dolor u opresión persistente en el pecho, temperatura alta (por encima de los 38° C).
- IV. **Síntomas menos frecuentes.** Irritabilidad, merma de la conciencia (a veces asociada a convulsiones), ansiedad, depresión, trastornos del sueño, complicaciones neurológicas más graves y raras, como accidentes cerebrovasculares, inflamación del cerebro, estado delirante y lesiones neurales.

### **4. Mortalidad y Letalidad.**

Existe una investigación realizada por Cieza y Uriol (2020) en la cual se menciona sobre la Letalidad y la mortalidad de COVID-19 en 60 países afectados y su impacto en los aspectos demográficos, económicos y de salud, en donde encontró que existía una fuerte correlación entre la mortalidad y letalidad, para ello compararon el día en que se inició la enfermedad en un país y su crecimiento de infectados, por lo que mostraron diferencias entre países, por lo que afirman que aquellos con mejores indicadores económicos e índice de desarrollo humano, tuvieron menos letalidad al inicio de la enfermedad. Al aumentar la incidencia, estas diferencias desaparecieron.

“Durante un brote de enfermedad, lo que merece atención es el crecimiento de la tasa de mortalidad (número de defunciones/número de habitantes), ya que es la única forma actual para hacer comparaciones; por lo anterior, la tasa de letalidad (defunciones/infecciones), que depende del número de habitantes infectados, no se considera útil en este momento de la pandemia porque no se tienen datos reales. Sin embargo, se considera que la letalidad es un estadístico muy importante para evaluar el resultado de la terapia que reciben los casos graves y críticos” (Domínguez, Domínguez y Núñez, 2020, p. 5).

Kánter (2020) indica que desde Julio del año 2020, México se convirtió en el octavo país con más casos de contagio del mundo, superando a Alemania y Francia, de esta manera México tuvo una tasa de letalidad de 12 defunciones por cada 100 contagios.

Según reportes de la Secretaría de Salud, desde que inició la pandemia hasta el 14 de febrero de 2021, en el país se habían registrado 294 mil 287 defunciones asociadas al coronavirus, de las cuales 182 mil 301 estaban confirmadas; hay que sumar los fallecimientos registrados del 15 de febrero a la fecha, que son 26 mil 772, lo que da un total de 321 mil 059 decesos... De acuerdo con el informe “Exceso de mortalidad por todas las causas, durante la emergencia por COVID-19, México 2020-2021”, desde que inició la pandemia hasta el 14 de febrero, en el país se habían registrado 294 mil 287 defunciones asociadas al coronavirus, de las cuales 182 mil 301 estaban confirmadas hasta ese momento. A esas cifras hay que sumar los fallecimientos registrados del 15 de febrero a la fecha, que son 26 mil 772, lo que da un total de 321 mil 059 decesos (Cámara de Diputados, 2021, párr. 1, 2 y 4).

En el Informe Técnico Diario acerca de COVID-19 desarrollado por la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud de México se publicó que al 18 de abril de 2021, a nivel mundial se han reportado 140,322,903 casos confirmados (809,004 casos nuevos) y 3,003,794 defunciones (11,481 nuevas defunciones). La tasa de

letalidad global es del 2.1%. Mientras que en México se han confirmaron 2,305,602 casos totales y 212,339 defunciones totales por COVID-19, teniendo una tasa de incidencia de casos acumulados de 1787.7 por cada 100,000 habitantes, mientras que la distribución por sexo en los casos confirmados muestra un predominio en hombres (50.1%). La mediana de edad en general es de 42 años.

Entre los casos acumulados de mayor prevalencia por entidad federativa se encuentran Ciudad de México, Estado de México, Guanajuato, Nuevo León, Jalisco, Puebla, Sonora, Coahuila, Querétaro y Tabasco, que en conjunto conforman cerca de dos tercios (68%) de todos los casos acumulados registrados en el país. La Ciudad de México registra la mayor parte de los casos acumulados del país y representa por si sola 27% de todos los casos registrados por entidad de residencia. Al corte del día 18 del Mes de Abril se tienen registrados 28,759 casos activos.

## **5. COVID-19 y Salud Mental**

El brote de la COVID-19 resulta estresante para muchas personas. El temor y la ansiedad que causa esta enfermedad pueden ser agobiantes y generar emociones fuertes, tanto en adultos como en niños. La forma en que la población responde al brote depende de sus antecedentes, de los aspectos que los diferencian de otros individuos y de la comunidad en la que vive; no obstante, las personas que pueden tener una reacción más fuerte al estrés, en una crisis de este tipo, incluye a ciertos grupos poblacionales más vulnerables. La salud mental de la población general y de ciertos grupos poblacionales vulnerables, se puede ver afectada de forma importante por la pandemia de la COVID-19, a consecuencia de niveles superiores de estrés. La COVID-19 puede afectar a toda la sociedad, tiene consecuencias psicosociales en los individuos que se sienten estresados y preocupados. La epidemia y las medidas de control que se llevan a cabo pueden llevar a un miedo generalizado en la población, y pueden conducir a la estigmatización social de los pacientes, de sus familiares y del personal sanitario que los atiende, todo ello con sus consecuencias psicológicas... Asimismo, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS reconoce que el número de personas expuestas a

los factores estresantes extremos es grande, y que la exposición a estos constituye un factor de riesgo para el desarrollo de problemas sociales y de salud mental. De igual manera, existen circunstancias en la vida de los individuos, que pueden propiciar un mayor riesgo psicosocial ante la pandemia de la COVID-19. Entre estas circunstancias se describen, el ser:

- Dependiente de bebidas alcohólicas u otras sustancias adictivas.
- Personas que deambulan por la calle, sin techo o con movilidad reducida.
- Personas con soledad no deseada o con la ausencia de redes de apoyo, o presentar ausencia de vínculos con los que mantener una comunicación activa.
- Sujetos con escasos recursos personales para el entretenimiento o con baja capacidad o pobre acceso a la tecnología.
- Individuos con una convivencia en entornos de riesgo (violencia o aislamiento), y con dificultad para comprender el estado de alarma y por tanto, en riesgo de incumplir.
- Menores de edad o sujetos dependientes de otras personas.
- Personas con la obligación de acudir a su puesto laboral, con la posibilidad de la pérdida de su trabajo.
- Individuos con precariedad o ausencia de recursos económicos.

La crisis ocasionada por la pandemia de la COVID-19, impacta la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles. Emocionalmente, las actividades de distanciamiento social y autoaislamiento pueden causar problemas de salud mental, ansiedad y depresión. La incertidumbre asociada con la enfermedad en sí, su rápida propagación y alto riesgo de infección, así como, la duración desconocida de las intervenciones de salud pública para enfrentar la progresión de la enfermedad, pueden ocasionar y afectar los problemas

de salud mental preexistentes. Esta situación resulta lógica y predecible (Hernández, 2020).

## **6. Secuelas Físicas y Psicológicas.**

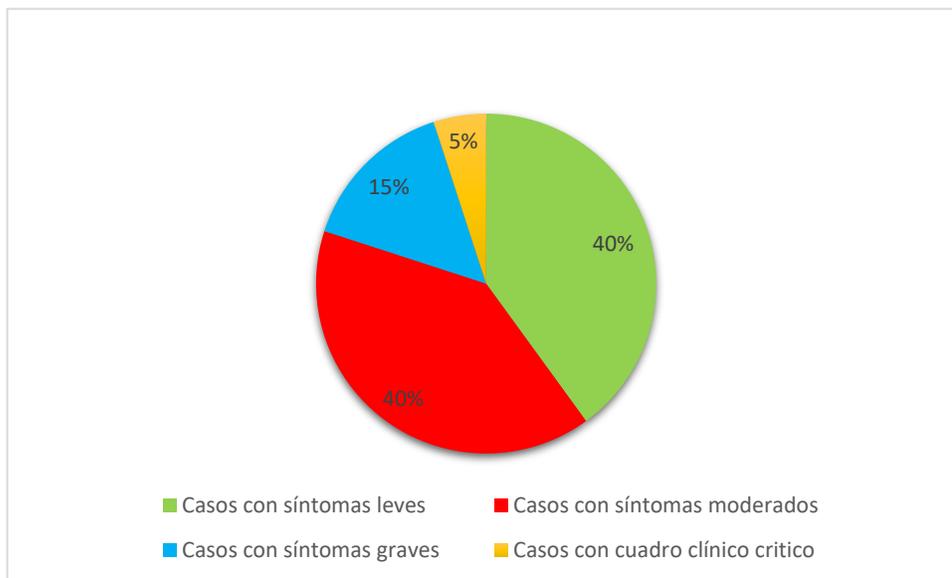
Las secuelas y complicaciones que se observaron en las epidemias previas de coronavirus causante del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) en 2002 y del Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) desde 2012 hasta nuestros días. En algunas personas afectadas, se observó reducción de la función pulmonar y capacidad de ejercicio, trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad y una calidad de vida reducida, sugiriendo que es probable que SARS CoV-2 pueda tener un impacto similar. Durante el proceso fisiopatológico se genera una intensa respuesta inflamatoria afectando en primer lugar al tracto respiratorio y posteriormente al sistema cardiovascular, nervioso central y periférico, musculoesquelético, además de los efectos psiquiátricos y psicológicos que puede desencadenar. La principal potencial secuela es el desarrollo de fibrosis pulmonar. El daño agudo favorece el depósito de material hialino en las membranas alveolares y en una fase posterior los pulmones presentan depósito de fibrina e infiltración de células inflamatorias y fibroblastos, para que, finalmente, el tejido se vuelva fibrótico (Llamosas, 2020).

De acuerdo a lo documentado hasta la fecha (*gráfica 1*), se conoce que 40% de los casos de COVID-19 desarrollan síntomas leves (fiebre, tos, disnea, mialgia o artralgia, odinofagia, fatiga, diarrea y cefalea), 40% presentan síntomas moderados (neumonía), 15% desarrolla manifestaciones clínicas graves (neumonía severa) que requieren soporte de oxígeno, y 5% desarrollan un cuadro clínico crítico presentando una o más de las siguientes complicaciones: insuficiencia respiratoria, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), sepsis y choque séptico, tromboembolismo y alteraciones de la coagulación, y/o falla multiorgánica, incluyendo insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, miocarditis, accidente cerebrovascular, entre otros. También se

han documentado complicaciones atribuidas a los procedimientos invasivos o no invasivos, realizados durante el manejo clínico del caso.

### Figura 1.

Incidencia de la sintomatología por COVID-19.



Las complicaciones por COVID-19 se presentan principalmente en personas con factores de riesgo: adultos mayores, fumadores y aquellos con comorbilidad subyacente como hipertensión, obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica (por ejemplo, la obstructiva crónica y el asma), enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, enfermedad cerebrovascular, cáncer e inmunodeficiencia. Las principales complicaciones documentadas con la COVID-19, además de las relacionadas con el aparato respiratorio, son las neurológicas, incluyendo delirio o encefalopatía, accidente cerebrovascular, meningoencefalitis, alteración de los sentidos del olfato (anosmia) y el gusto (disgeusia), ansiedad, depresión y problemas del sueño (28, 29). En muchos casos las manifestaciones neurológicas se han reportado incluso en ausencia de síntomas respiratorios. También hay reportes de casos de síndrome de Guillain Barré en pacientes con COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Por su parte, Santillán (2020) habla sobre el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en México donde menciona diversas problemáticas que afectan de manera psicológica en las personas, enlista cinco problemáticas frecuentes a causa de la pandemia de COVID-19.

- Estrés agudo. Este tipo de estrés lo experimentan las personas cuando están expuestas a la muerte, a una lesión grave o a violencia sexual, también algunas personas que se exponen a sucesos traumáticos, camilleros y policías que se exponen repetidamente a situaciones altamente estresantes, algunos de los síntomas más representativos son los síntomas de intrusión, por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño, despertar varias veces por la noche o mucho más temprano de lo normal, además de la alteración del sueño, las personas pueden presentar comportamiento irritable o hipervigilancia, y en los casos más graves se puede presentar ataques de pánico.
- Duelo complicado. Existen diferentes tipos de duelo y variantes en la forma de afrontarlos, por ejemplo, la forma de muerte de familiares, amigos, vecinos, profesores, o de figuras de apego importantes, también puede presentarse el duelo debido a la pérdida del trabajo, de proyectos, de la salud, de la pareja; a raíz de la pandemia muchas personas pierden su casa y su red de apoyo social, siendo esta última el principal predictor de salud emocional y física.
- Trastorno depresivo moderado o grave. La pandemia por COVID-19, caracterizada por una situación estresante y de pérdida, eleva las probabilidades de activar la desesperanza en las personas, la pandemia ha incrementado las probabilidades de que haya más personas que la desarrollen, convirtiéndola en un problema de prioridad mundial.
- Estrés post traumático. A raíz de la pandemia por COVID-19, los efectos secundarios podrían aparecer hasta 20 años después, pese a que el evento altamente estresante ya haya terminado, pensamientos, recuerdos e imágenes de lo que probablemente se está viviendo en ese momento, el

recuerdo de estar experimentando la angustia de conocer si su familiar superará el virus, o el recuerdo de recibir varias noticias de muerte inesperadas, serán pensamientos que estarán irrumpiendo en las personas durante un tiempo, en muchos casos, de manera crónica.

- Conductas asociadas al suicidio. Debido al aislamiento entre el personal médico, las personas que perderán su empleo, la población migrante y jóvenes que piensan sobre el futuro puede generar una desesperanza sobre la vida y sobre el mismo futuro, haciéndolos más vulnerables a tener posibles ideas suicidas.

El comportamiento suicida en adolescentes a causa del confinamiento por COVID-19 es un tema complejo, siendo un grave problema de salud pública por esta razón es importante conocer, abordar e identificar los principales signos, síntomas y señales de advertencia que presentan los adolescentes, ya que de esta manera se puede tratar desde los diferentes niveles de intervención y a su vez, centrarse en mantener y aumentar el funcionamiento en contextos interpersonales y sociales los cuales han sido afectados debido al confinamiento por COVID-19, así como las condiciones de riesgo emocionales, físicas y económicas; es importante abordar el tema del comportamiento suicida, la adolescencia y el COVID-19, de esta manera se pueden entender las circunstancias que influyen para que un adolescente desarrolle un comportamiento suicida,

## **Método**

### **Escenario**

El espacio para la realización de la investigación fue a través de medios de internet, utilizando las siguientes herramientas tecnológicas:

- Redes sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp) para contactar a los participantes.
- Formularios Google para recabar la información de la aplicación de los instrumentos.

La elección de este escenario se desarrolló, ya que es el medio común en donde los adolescentes tienen un acceso fácil y rápido, a su vez, se puede obtener información relevante que ayude a cumplir los propósitos de esta investigación.

### **Tipo de estudio**

La investigación es de tipo descriptiva y transversal utilizando una metodología cuantitativa, este tipo de estudio es adecuado para la investigación, ya que nos ayuda y permite medir, interpretar y analizar datos, a su vez trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede, a su vez, utilizar este tipo de estudio es adaptable a la investigación, debido a que se realiza sin manipular las variables de manera deliberada, por lo que se basa en la observación de los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad o bien conocer la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo, de esta manera se pueden describir las variables y analizar su incidencia del grupo de personas a investigar.

La presente investigación es desarrollada a partir de una metodología cuantitativa, ya que como menciona Pita y Pértegas (2002) la investigación cuantitativa permite evaluar a los sujetos bajo estudio, a través de instrumentos que permitan tener una asociación o relación para medir las variables, en este caso, analizar el comportamiento suicida en adolescentes de 12 a 19 años que se encuentran en confinamiento a causa del COVID-2019.

### **Descriptivo**

El objetivo de este tipo de estudio es medir específicamente las características y perfiles de una persona o población, es decir, que pretende únicamente describir información de las variables involucradas del fenómeno que sea sometido un diseño no experimental pretende evaluar el fenómeno o acontecimiento, así como la observación de una población en la que no existe una intervención y un seguimiento, estos diseños a su vez son descriptivos porque tienen como objetivo investigar los sucesos de los niveles y ayudan a proporcionar información sobre la relación entre dos o más variables en un mismo grupo de sujetos. Se dice que es transversal porque los datos son recolectados en un solo momento. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### **Transversal**

Reding, A., Jiménez, F., García, J., López, J., Lino, L. y Ramírez, Y., (2014) mencionan que “El diseño de estudios transversales se define como el diseño de una investigación observacional, individual, que mide una o más características o enfermedades (variables), en un momento dado. La información de un estudio transversal se recolecta en el presente y, en ocasiones, a partir de características pasadas o de conductas o experiencias de los individuos.” (párr. 1-2). En este caso los diseños de transversales ayudan a proporcionar información sobre la relación de dos o más variables en un mismo grupo de sujetos, lo cual resulta muy funcional

ya que se utiliza para investigar la relación o asociación entre una determinada exposición y una enfermedad.

## **Muestra**

La muestra es de manera voluntaria, por lo que se pretende trabajar con 120 personas que tengan un rango de edad de 12 a 19 años.

## **Participantes**

Los participantes o la población objeto de estudio estará comprendida por 100 personas que residan en México por lo que se les aplicará dos instrumentos psicométricos, las personas serán de ambos géneros, entre 12 y 19 años de edad.

### *Crterios de inclusión*

Para este estudio se consideraron las siguientes condiciones:

- Rango de edad: De 12 a 19 años.
- Personas que deseen colaborar y que puedan participar.
- Participación de personas de sexo indistinto (mujeres y hombres).
- Que las personas o participantes sepan que la investigación es con fines educativos y que la información que proporcionen es confidencial.
- Contar con algún dispositivo móvil (celulares, tablets, computadoras, laptops).

### *Crterios de exclusión*

- Registros incompletos o erróneos.
- Registros duplicados.

## Instrumentos

Para la realización de esta investigación se utilizaron dos instrumentos:

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Este instrumento permite diferenciar entre individuos que no presentan riesgo suicida y los que están en riesgo suicida. Está formada por un cuestionario de 15 preguntas cerradas (sí o no como respuesta). Está validada en la población española con alfa de Cronbach de 0,89, sensibilidad y una especificidad del 88%, para discriminar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes (Castaño, Constanza, Betancur, Castellanos, Guerrero, Gallego y Llanos, 2014, p. 195).

### Tabla 1.

Ficha técnica de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

<i><b>Versión original</b></i>	<i><b>Plutchik 's Suicide Risk Scale.</b></i>
<i><b>Versión adaptada</b></i>	<b>Adaptación española Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP)</b>
<i><b>Autor</b></i>	<b>Robert Plutchik</b>
<i><b>Tipo de instrumento</b></i>	<b>Estructurada</b>
<i><b>Tipo de administración</b></i>	<b>Auto aplicada</b>
<i><b>N° de ítems</b></i>	<b>15</b>
<i><b>Tiempo de administración</b></i>	<b>de 10 min.</b>
<i><b>Población</b></i>	<b>Adolescentes y adultos</b>

***Interpretación***

**A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.**

- Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).

La Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) es una prueba breve de fácil aplicación, desarrollada para evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 13 y 18 años, aunque puede ser usado en personas fuera de este rango de edades. Permite determinar los niveles clínicos relevantes de la sintomatología depresiva en adolescentes y es útil para identificar a las personas que denotan depresión dentro de las poblaciones escolares. Además, se la considera como una herramienta de recolección de datos para la investigación de la relación de la depresión con otros constructos y como medida de los resultados de algún tipo de tratamiento. La EDAR puede ser aplicada individualmente o en pequeños grupos, y las instrucciones pueden ser expresadas oralmente cuando los adolescentes tienen problemas de lectura. La escala contiene 30 ítems y utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas: casi nunca, rara vez, algunas veces y casi siempre. El adolescente debe elegir y marcar la alternativa con cuyo contenido se siente más identificado. Los ítems están escritos en tiempo presente para elicitación de síntomas actuales. El formato de respuesta evalúa la frecuencia de los síntomas que son psicopatológicamente positivos del trastorno depresivo. De los 30 ítems, siete son inconsistentes con la depresión: 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29. Estos reactivos se califican de modo inverso, es decir la respuesta “casi nunca” recibe un puntaje de 4; “rara vez”: 3 puntos; “algunas veces”: 2 puntos y “casi siempre”: 1 punto.” (Ugarriza y Ecurra, 2002, pp. 99-100).

**Tabla 2.**

Ficha técnica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

<i><b>Versión original</b></i>	<i><b>Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)</b></i>
<i><b>Versión adaptada</b></i>	<b>Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)</b>
<i><b>Autor</b></i>	<b>Reynolds</b>
<i><b>Tipo de instrumento</b></i>	<b>Estructurada</b>
<i><b>Tipo de administración</b></i>	<b>Auto aplicada</b>
<i><b>N° de ítems</b></i>	<b>30</b>
<i><b>Tiempo de administración</b></i>	<b>de 15 min.</b>
<i><b>Población</b></i>	<b>Adolescentes, adultos y en grupos pequeños</b>
<i><b>Interpretación</b></i>	<b>A mayor puntuación, mayor riesgo, se califican con cuatro respuestas, casi nunca (1), rara vez (2), algunas veces (3) y casi siempre (4), 7 ítems de califican de forma inversa.</b>

## **Materiales**

### Herramientas Tecnológicas

- Infografía.
- Redes Sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp).
- Formularios de Google.
- Programa de Excel.

## **Procedimiento**

Primero, se realizó un contacto inicial en donde se publicó en redes sociales sobre el estudio que se está realizando, todo esto a través de una infografía, redactando el propósito de esta investigación.

Por lo que se aplicaron dos instrumentos psicométricos a través de Formularios de Google, ya que es una página de fácil acceso en la que se puede recabar la información.

Segundo, mediante la selección de muestra que se realizó y se les explicó a los participantes el proceso de participación en la investigación, abarcando los siguientes aspectos.

- En esta etapa, se les preguntó si deseaban participar y se les proporcionó dentro del formulario un consentimiento informado, el cual firmaron para su autorización y en caso de que sean menores de edad los padres firmaron su autorización.

Al término de la aplicación de los instrumentos, se llevó a cabo un análisis de los datos obtenidos, los cuales fueron sometidos a un análisis e interpretación a través de un software utilizando funciones de estadística básica, el programa de Excel.

## **Técnica de análisis de información**

Para el análisis exploratorio se utilizó una estadística descriptiva e inferencial, por lo que se empleó el programa de Excel para la realización de la base de datos, ya que con la aplicación de una estadística descriptiva se pudo obtener una mejor organización, descripción y un mejor resumen de los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos para conocer el comportamiento suicida en los adolescentes de 12 a 19 años de edad, por otro lado, con la aplicación de la estadística inferencial se logró obtener conclusiones de la población a partir de los datos de la muestra seleccionada (hombres y mujeres). Finalmente para el análisis

de grupos contrastados, se realizó un análisis multivariado para analizar las diferencias y similitudes de los estímulos en base a la variable elegida.

### **Consideraciones éticas**

Si nos basamos en el Código Ético del Psicólogo en el apartado de “Calidad de la enseñanza/supervisión e investigación” se establecen los siguientes artículos:

Art. 47. El psicólogo planea y conduce una investigación de manera consistente, tanto con las leyes federales y estatales como con las regulaciones y normas profesionales que gobiernan la conducción de la investigación, particularmente, con aquellas que regulan una investigación donde participen personas y sujetos animales.

Art. 48. El psicólogo diseña, conduce e informa sobre la investigación, de acuerdo con las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética. El psicólogo también planea la investigación de tal forma que minimiza la posibilidad de resultados engañosos. Al hacer esto, cuida su aceptación ética de acuerdo con este código ético. Si algún aspecto ético no queda claro, el psicólogo busca resolverlo por medio de las consultas a consejos revisores e institucionales, a comités para el uso y cuidado de animales, a colegas, y por medio de otros mecanismos pertinentes.

Art. 49. El psicólogo que conduce una investigación lo hace de manera competente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes, sean estos humanos o animales.

Art. 55. El psicólogo no inventa datos ni falsifica los resultados de sus investigaciones publicadas. Si el psicólogo descubre errores significativos en ellas, toma las medidas necesarias para arreglarlos por medio de una corrección, retracción, erratum, u otros medios de comunicación apropiados.

Art. 56. El psicólogo no presenta porciones o elementos del trabajo o datos de otros como suyos. Se hace responsable y se atribuye crédito, incluyendo los de autoría, sólo por el trabajo que haya llevado a cabo realmente o al que haya contribuido. La autoría principal y otros créditos de publicación reflejan con precisión las contribuciones científicas o profesionales relativas de los individuos involucrados, independientemente de su estatus relativo. La mera posesión de un cargo institucional, tal como la jefatura de un departamento, no justifica el crédito de la autoría. Las contribuciones menores a la investigación o la escritura de publicaciones se reconocen apropiadamente, en sitios tales como pies de página o enunciados introductorios.

Art. 57. A un estudiante se le enlista usualmente como autor principal de un artículo con múltiples autores, si dicho artículo está basado principalmente en la tesis o disertación del estudiante, y su participación en la planeación del diseño y conducción del estudio fue sustancial.

Art. 58. El psicólogo no publica, como datos originales, aquellos que ya haya publicado anteriormente. Esto no impide republicar datos siempre y cuando vayan acompañados del reconocimiento apropiado.

Art. 59. Después de publicar los resultados de una investigación, el psicólogo entrega, si así se le solicita, los datos en los que se bases sus conclusiones para facilitar que otros profesionales competentes, verifiquen las afirmaciones sustantivas por medio de un reanálisis, en el entendido que tales datos se utilicen sólo para ese propósito y la confidencialidad de los participantes pueda protegerse, siempre y cuando los derechos legales concernientes a la propiedad de los datos no impidan su entrega.

Art. 60. Al realizar una investigación, el psicólogo se abstiene de sacar conclusiones que no se deriven directa, objetiva y claramente de los resultados obtenidos.

A su vez, en el Código Ético del Psicólogo se identifica otro apartado sobre "Confidencialidad de los resultados" en donde se menciona lo siguiente:

Art. 65. Si un protocolo de investigación aprobado por un comité institucional o cualquier otro cuerpo colegiado, requiere de la inclusión de identificadores personales, éstos se eliminarán antes de que la información se haga accesible a otros. Si esta eliminación no es posible, antes de hacer la transferencia, o de revisar datos recolectados por otros, el psicólogo toma las medidas razonables para obtener el debido consentimiento de las personas cuyos nombres aparecen.

Art. 68. En sus presentaciones científicas o profesionales y publicaciones, el psicólogo disfraza la información confidencial de personas u organizaciones de que tratan, de modo que otros no puedan identificarlas y que las discusiones resultantes no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.

Dentro de la Secretaria de Salud existe el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, en donde se hablan sobre los principios éticos, principalmente en el Título Segundo nombrado “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I se encuentran las disposiciones comunes estableciendo lo siguiente:

Art. 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Art. 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Art. 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

Art. 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

## Resultados

### *Datos Sociodemográficos*

Para este estudio se obtuvo una muestra de 120 participantes, los cuales abarcan de un rango de 12 a 19 años de edad y que residen en el país de México. En la *tabla 3* se puede observar que participaron un total de 62 mujeres y un total de 58 hombres.

Dentro del rango de las edades del sexo femenino se obtuvo lo siguiente, el 10%(6) corresponde a la edad de 12 años, el 2%(2) corresponde a la edad de 13 años, el 15%(9) corresponde a la edad de 14 años, otro 15%(9) corresponde a la edad de 15 años, el 13% (8) corresponde a la edad de 16 años, el 15% (9) corresponde a la edad de 17 años, otro 15% (9) corresponde a la edad de 18 años y finalmente el 16% (10) corresponde a la edad de 19 años, con base a esto se puede afirmar que en el caso de las mujeres la edad promedio es de 16 años, pero la edad que predomina es de 19 años. Por otro lado, dentro del rango de las edades del sexo masculino se obtuvo lo siguiente, el 3% (2) corresponde a la edad de 12 años, el 12% (7) corresponde a la edad de 13 años, el 9% (5) corresponde a la edad de 14 años, el 16% (9) corresponde a la edad de 15 años, el 9% (5) corresponde a la edad de 16 años, el 12% (7) corresponde a la edad de 17 años, el 17% (10) corresponde a la edad de 18 años y finalmente el 22% (13) corresponde a la edad de 19 años, con base a esto se puede afirmar que en el caso de los hombres la edad promedio es de 16, de igual manera que las mujeres, la edad que predomina es la de 19 años.

### **Tabla 3.**

Datos sociodemográficos según edad y sexo.

<b>EDAD</b>	<b>MUJER</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>12</b>	6	2	8
<b>13</b>	2	7	9
<b>14</b>	9	5	14
<b>15</b>	9	9	18

<b>16</b>	8	5	13
<b>17</b>	9	7	16
<b>18</b>	9	10	19
<b>19</b>	10	13	23
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>58</b>	<b>120</b>

En la *tabla 3* se puede observar que la participación que más predomina dentro de esta investigación es la participación de las mujeres, a su vez, se puede observar que se abarcaron todas las edades, desde los 12 años a los 19 años.

En la *tabla 4* hace referencia a la situación de vivienda, es decir, con quien cohabitan actualmente los adolescentes, en este caso a los participantes se les proporcionó cinco opciones:

- Mamá y papá.
- Mamá.
- Papá.
- Abuelos.
- Otros.

Se les dio la opción de otros, por lo que se pudo recabar otras tres respuestas:

- Mamá, papá y hermanos.
- Tía.
- Solo.

Así que dentro de este proceso se pudo obtener que de las 120 personas, el 69% (83) viven actualmente con su mamá y papá, mientras que el 23% (28) viven con su mamá, el 2% (2) vive con su papá, el 3% (4) vive con sus abuelos, el 1% (1) vive con su mamá, papá y hermanos, el otro 1% (1) vive con su tía y finalmente el 1% (1) vive solo, así que dentro de este sector quien más predomina es el 69% (83) que actualmente viven con su mamá y papá.

En la *tabla 5* se puede identificar las persona con quienes viven actualmente los adolescentes de sexo femenino y masculino; en el caso de las mujeres el 66% (41) vive con ambos padres, el 26% (16) vive solamente con su mamá, el 3% (2) vive con su papá, mientras que el 2% (1) vive con sus abuelos, el otro 2% (1) vive con su mamá, papá y hermanos, y el 2% (1) vive con su tía, ningún adolescente del sexo femenino vive sola. Por otro lado, en el caso de los hombres el 72% (42) vive con ambos padres, mientras que el 21% (12) vive con su mama, el 5% (3) vive con sus abuelos y sólo un 2% (1) vive solo, por ende, ningún hombre vive solamente con sus padres, ni con sus padres y hermanos y con ningún tío o tía.

**Tabla 4.**

Datos de vivienda según edad.

<b>Actualmente vivo con...</b>	<b>Edad</b>								<b>TOTAL</b>
	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	
<b>Mamá y papá</b>	5	6	10	14	9	11	11	17	83
<b>Mamá</b>	2	2	4	4	3	4	5	4	28
<b>Papá</b>	0	0	0	0	1	0	1	0	2
<b>Abuelos</b>	0	1	0	0	0	0	2	1	4
<b>Mamá, papá y hermanos</b>	1	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Tía</b>	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>Solo</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>120</b>

**Tabla 5.**

Datos de vivienda según sexo.

<i>Actualmente vivo con...</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Total</i>
<b><i>Mamá y papá</i></b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>83</b>
<b><i>Mamá</i></b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>28</b>
<b><i>Papá</i></b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b><i>Abuelos</i></b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b><i>Mamá, papá y hermanos</i></b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b><i>Tía</i></b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b><i>Solo</i></b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>62</b>	<b>58</b>	<b>120</b>

A su vez, dentro de esta investigación se obtuvo la participación de 18 Estados de la República Mexicana, por lo que en la tabla 6 se puede observar cuantas personas contestaron de cada Estado de la Republica; el Estado que más predominó fue el Estado de México con un 39% (47), en segundo lugar se encuentra la Ciudad de México con un 28% (34), siendo el Estado de México y la Ciudad de México con mayor cantidad de participantes, por otro lado, con un 8% (9) se encuentra Veracruz, con un 4% (5) se encuentra Jalisco, con un 3% (4) se encuentra Morelos, a su vez, con un 3% (4) se encuentra Puebla y de la misma manera con un 3% (3) se encuentra Nuevo León, además con un 2% (2) se encuentra Coahuila, con otro 2% (2) se encuentra Oaxaca, y con otro 2% (2) se encuentra Zacatecas, finalmente con sólo 1% (1) se encuentra Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Guanajuato, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora.

En la *tabla 7* se puede identificar por sexo femenino y masculino cuantas personas contestaron de los Estados expuestos anteriormente, en el caso de las mujeres las personas con mayor participación fueron del Estado de México abarcando un 35% (22), mientras que con un 23% fue de la Ciudad de México, con un 10% (6) fue de

la Ciudad de México, con un 6% (4) fue del Estado de Jalisco, con un 5% (3) fue del Estado de Morelos, con otro 5% (3) fue del Estado de Nuevo León, con un solo 3% (2) del Estado de Puebla y con un solo 2% (1) se encuentran los Estados de Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora y Zacatecas. Por otro lado en el caso de los hombres, las personas con mayor participación fueron de la misma manera del Estado de México abarcando un 43% (25), mientras que con un 34% (20) fue de la Ciudad de México, por otro lado, con un 5% (3) fue del Estado de Veracruz, con un 3% (2) del Estado de Puebla y con un solo 2% (1) se encuentran los Estados de Coahuila, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Querétaro y Zacatecas.

**Tabla 6.**

Estados en los que residen los participantes.

<i>Estado en el que residen</i>	<i>Edad</i>								<b>TOTAL</b>
	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	
<i>Aguascalientes</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<i>CDMX</i>	3	3	4	2	2	6	5	9	<b>34</b>
<i>Chiapas</i>	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<i>Chihuahua</i>	0	0	0	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<i>Coahuila</i>	0	0	0	1	0	0	1	0	<b>2</b>
<i>Estado de México</i>	5	2	5	10	5	3	7	10	<b>47</b>
<i>Guanajuato</i>	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<i>Jalisco</i>	0	1	0	0	0	4	0	0	<b>5</b>
<i>Michoacán</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<i>Morelos</i>	0	1	0	0	1	0	1	1	<b>4</b>
<i>Nuevo León</i>	0	0	0	1	0	0	2	0	<b>3</b>
<i>Oaxaca</i>	0	0	0	2	0	0	0	0	<b>2</b>
<i>Puebla</i>	0	0	0	0	2	1	0	1	<b>4</b>
<i>Querétaro</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
<i>San Luis Potosí</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
<i>Sonora</i>	0	0	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
<i>Veracruz</i>	0	0	4	1	2	2	0	0	<b>9</b>
<i>Zacatecas</i>	0	0	0	0	1	0	1	0	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>29</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>120</b>

**Tabla 7.**

Estados en los que residen los participantes por sexo.

<b><i>Estado en el que resido</i></b>	<b><i>Mujer</i></b>	<b><i>Hombre</i></b>	<b><i>Total</i></b>
<i>Aguascalientes</i>	1	0	<b>1</b>
<i>CDMX</i>	14	20	<b>34</b>
<i>Chiapas</i>	1	0	<b>1</b>
<i>Chihuahua</i>	1	0	<b>1</b>
<i>Coahuila</i>	1	1	<b>2</b>
<i>Estado de México</i>	22	25	<b>47</b>
<i>Guanajuato</i>	0	1	<b>1</b>
<i>Jalisco</i>	4	1	<b>5</b>
<i>Michoacán</i>	0	1	<b>1</b>
<i>Morelos</i>	3	1	<b>4</b>
<i>Nuevo León</i>	3	0	<b>3</b>
<i>Oaxaca</i>	1	1	<b>2</b>
<i>Puebla</i>	2	2	<b>4</b>
<i>Querétaro</i>	0	1	<b>1</b>
<i>San Luis Potosí</i>	1	0	<b>1</b>
<i>Sonora</i>	1	0	<b>1</b>
<i>Veracruz</i>	6	3	<b>9</b>
<i>Zacatecas</i>	1	1	<b>2</b>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>62</b>	<b>58</b>	<b>120</b>

### **Resultados de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds**

Ugarriza y Escurra (2002) desarrollaron una tabla de Ítems de la EDAR, en donde identifican sintomatología y fuentes asociadas basándose en el DSM-III para evaluar la depresión mayor y los desórdenes distímicos, a su vez, utilizaron el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (RDC) mostrado por el SADS utilizando ambas versiones para niños y adultos, de igual manera los ítems congruentes fueron síntomas especificados por el criterio de Weinberg y la Escala de Depresión de Hamilton.

#### *Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds*

**Tabla N° 6**  
**Ítems de la EDAR, sintomatología y fuentes asociadas**

Ítems	EDAR		Fuentes*		
	Sintomatología asociada	DSM-III R	RDC	Weinberg criterial	Hamilton
1	Disforia	X	X	X	X
2	Ansiedad escolar		X		X
3	Soledad		X	X	
4	Devaluado por los padres	X	X		X
5	Mérito propio, valía personal	X	X	X	
6	Aislamiento social	X	X	X	
7	Tristeza	X	X	X	X
8	Llanto	X	X	X	X
9	No apreciado, no valorado	X	X	X	X
10	Anhedonia - pares	X	X	X	
11	Queja somática	X	X	X	X
12	Bajo mérito personal	X	X	X	X
13	Abatimiento		X		X
14	Daño a sí mismo	X	X		X
15	Autoestima	X			X
16	Irritabilidad	X	X		X
17	Pesimismo		X		X
18	Fatiga	X	X	X	X
19	Autorreproche	X	X		X
20	Desaprobarse a sí mismo	X	X	X	X
21	Pena de sí mismo	X	X		
22	Cólera	X	X	X	
23	Reducción del habla	X	X		X
24	Alteraciones del sueño	X	X	X	X
25	Anhedonia - general	X	X		X
26	Preocupación		X		X
27	Queja somática	X	X	X	X
28	Pérdida de interés	X	X	X	X
29	Desórdenes del apetito	X	X	X	X
30	Desesperanza	X	X		X

El puntaje de corte se utiliza para evaluar la severidad del síntoma depresivo, por lo que sí el adolescente se encuentra por encima de 76 del EDAR se debe de evaluar de manera más específica y profunda, los ítems que son críticos en el EDAR son el 6, 14, 20, 26, 29 y 30, ya que estos discriminan a los adolescentes deprimidos desde un punto de vista clínico y de que aquellos que no los son.

- Dentro de este proceso existen indicadores de validez de la EDAR, dentro de ellas se encuentra lo siguiente:
- Seis o más omisiones en el protocolo invalidan la prueba.
- Respuestas que siguen un mismo patrón, por ejemplo, responder igual a todos los ítems.
- Respuestas inconsistentes a los pares de ítems 1 y 7 y el 9 y 12, que son opuestos pero lógicamente similares.

Al analizar la prevalencia de la sintomatología depresiva y su relación con las demás variables sociodemográficas se puede observar en la *tabla 8* que un 42.5% de la población total presenta sintomatología depresiva, siendo un equivalente de 52 personas, considerando las variables de sexo se puede notar que existe una diferencia significativa, en donde las mujeres presentan un índice de 46.77% (29) y los hombres presentan un índice de sólo 37.93% (22).

Con respecto a la edad se puede afirmar que el grupo con mayor casos es el grupo de 18 años representando un 57.89% (11), sigue el grupo de 17 años con un índice de 50% (8), en el grupo de 19 años tuvo un índice de 47.82% (11), mientras que en el grupo de 16 años tuvo un índice de 46.15% (6), en el grupo de 15 años tuvo un índice de 38.88% (7), en el grupo de 14 años tuvo un índice de 35.71% (5) y finalmente el grupo de 12 años sólo tuvo un 12.5% y el grupo de 13 años sólo tuvo un 11.11%.

De acuerdo al lugar de residencia los grupos que presenta sintomatología depresiva son Aguascalientes con un 100% (1), Ciudad de México con un 41.17%, Coahuila con un 50% (2), Estado de México con un 29.78% (14), Jalisco con un 60% (3), Morelos con un 50% (2), Nuevo León con un 66.66% (2), Oaxaca con un 50% (1), Puebla con un 75% (3), Querétaro con un 100% (1), San Luis Potosí con un 100%

(1), Veracruz con un 77.77% y Zacatecas con un 50% (1), Estados como Chiapas, Chihuahua, Michoacán y Sonora tuvieron un 0%, con base a esto se puede afirmar que el Estado con más grado sintomatológico es Estado de México y Ciudad de México, ambos con 14 casos.

**Tabla 8.**

Prevalencia de sintomatología depresiva respecto al sexo y edad.

<i><b>VARIABLE</b></i>	<i><b>TOTAL</b></i>	<i><b>CASOS</b></i>	<i><b>PREVALENCIA</b></i>
<i><b>Sexo</b></i>			
Femenino	62	29	46.77%
Masculino	58	22	37.93%
<i><b>Edad</b></i>			
12	8	1	12.5%
13	9	1	11.11%
14	14	5	35.71%
15	18	7	38.88%
16	13	6	46.15%
17	16	8	50%
18	19	12	63.15%
19	23	11	47.82%
<i><b>Lugar de residencia</b></i>			
Aguascalientes	1	1	100%
Ciudad de México	34	14	41.17%
Chiapas	1	0	0%
Chihuahua	1	0	0%
Coahuila	2	1	50%
Estado de México	47	14	29.78%

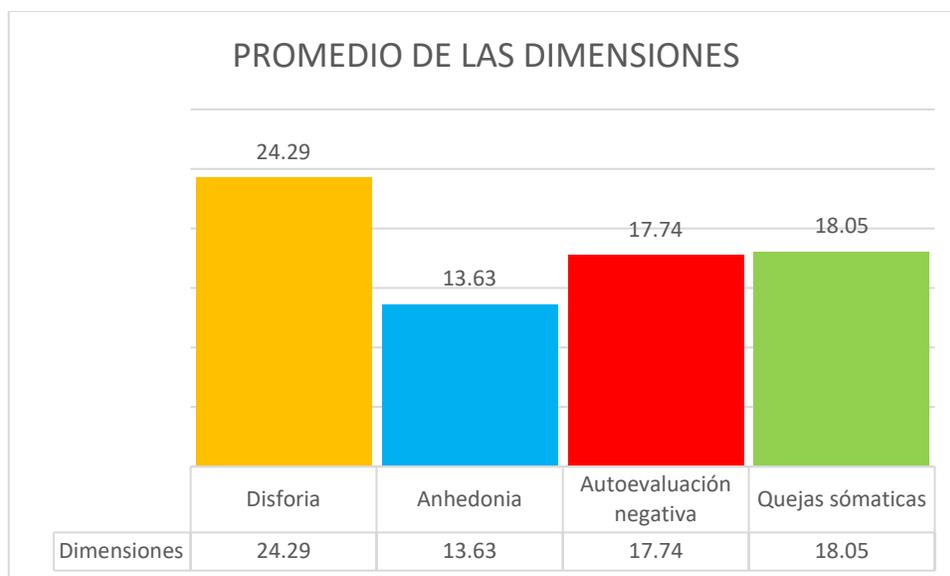
<b>Guanajuato</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Jalisco</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>60%</b>
<b>Michoacán</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Morelos</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>50%</b>
<b>Nuevo León</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>66.66%</b>
<b>Oaxaca</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>50%</b>
<b>Puebla</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>75%</b>
<b>Querétaro</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>
<b>San Luis</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>
<b>Potosí</b>			
<b>Sonora</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Veracruz</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>77.77%</b>
<b>Zacatecas</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>50%</b>
<b>General</b>	<b>120</b>	<b>51</b>	<b>42.5</b>

En la *figura 5* se observa la muestra respecto a las dimensiones más empleadas por los adolescentes que participaron, por lo que el mayor uso de dimensión fue la de Disforia con un promedio de 24.29, en segundo lugar se encuentra la dimensión de quejas somáticas con un promedio de 18.05, en tercer lugar se encuentra la autoevaluación negativa con un promedio de 17.74 y finalmente se encuentra la dimensión de anhedonia con un promedio de 13.63.

Lo más representativo en esta figura es que se encuentra la disforia en un alto nivel, lo que indica que existe una correlación con los ítems que reflejan comportamientos descriptivos de depresión, las personas deprimidas poseen esquemas distorsionados de la realidad, que fácilmente se activan ante sucesos estresantes como por ejemplo, ansiedad escolar o aislamiento, a raíz de estos hallazgos encontrados se plantea el análisis de los posibles factores asociados, en este caso el confinamiento por COVID-19.

**Figura 5.**

Promedio de la muestra de las dimensiones de depresión.



Por otro lado, en la *tabla 9* se puede observar la distribución de los resultados con base a las dimensiones y síntomas que se presentan en la depresión, analizando la media y la desviación estándar, por lo que en la muestra, los síntomas que más se representaron en los adolescentes fue ansiedad escolar, cólera, fatiga, aburrimiento, preocupado, soledad, pesimismo, aislamiento, alteraciones del sueño y tristeza, a su vez, dentro de los niveles bajos se encuentra queja somática, bajo mérito personal, disforia, anhedonia pares, anhedonia general, daño a sí mismo y trastornos del apetito.

Con base a los resultados obtenidos que se visualizan en la *tabla 9* y la relación con esta investigación en donde los participantes se encontraron en confinamiento a causa de la COVID-19 se puede afirmar que los participantes presentan síntomas de depresión y que con las dificultades que han experimentado a causa del confinamiento, los participantes tienen repercusiones psicológicas y es una situación sin precedentes que puede suponer una gran variedad de trastornos a nivel emocional y adaptativo, por supuesto no en todo el mundo responde igual, y no todos los participantes tienen la misma intensidad, pero sin duda alguna existe

el riesgo de que la sintomatología depresiva aumente desarrollando posibles pensamientos catastróficos, ideas o pensamientos suicidas y por ende, un posible comportamiento suicida.

**Tabla 9.**

Sintomatología de depresión: medias y desviación estándar.

DIMENSIONES Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	M	DE
DISFORIA		
<b>TRISTEZA</b>	2.65	0.32
<b>LLANTO</b>	2.54	0.29
<b>SOLEDAD</b>	2.85	0.37
<b>IRRITABILIDAD</b>	2.64	0.31
<b>PREOCUPACIÓN</b>	2.91	0.39
<b>AISLAMIENTO</b>	2.74	0.35
<b>ANSIEDAD ESCOLAR</b>	3.3	0.46
<b>COMPASIÓN POR SÍ MISMO</b>	2.33	0.26
<b>COMPASIÓN POR SÍ MISMO</b>	2.33	0.37
ANHEDONIA		
<b>ANHEDONIA GENERAL</b>	1.74	0.12
<b>ANHEDONIA PARES</b>	1.8	0.14
<b>DISFORIA</b>	1.85	0.15
<b>AUTOESTIMA</b>	2.41	0.27
<b>REDUCCIÓN DE LA COMUNICACIÓN</b>	2.1	0.21
<b>TRASTORNOS DEL APETITO</b>	1.52	0.00
<b>AUTORREPROCHES</b>	2.21	0.24
AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA		
<b>PESIMISMO</b>	2.75	0.36
<b>DESESPERANZA</b>	2.42	0.28
<b>NO APRECIADO</b>	2.3	0.26
<b>BAJO MÉRITO PERSONAL</b>	1.95	0.17

<b>VALÍA PERSONAL</b>	2.25	0.24
<b>DEVALUADO POR PADRES</b>	2.13	0.23
<b>DESAPROBARSE A SÍ MISMO</b>	2.13	0.23
<b>DAÑO A SÍ MISMO</b>	1.54	0.01
<b>QUEJAS SOMÁTICAS</b>		
<b>QUEJA SOMÁTICA</b>	2.12	0.22
<b>QUEJA SOMÁTICA</b>	2	0.19
<b>FATIGA</b>	2.97	0.42
<b>ALTERACIONES DEL SUEÑO</b>	2.67	0.33
<b>CÓLERA</b>	3.02	0.43
<b>ABATIMIENTO</b>	2.3	0.25
<b>ABURRIMIENTO</b>	2.97	0.41

### **Resultados de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik**

En esta escala se evalúa el riesgo suicida con respuestas de Sí y No, cada respuesta afirmativa se evalúa con 1 punto y cada respuesta negativa se evalúa con 0, por lo que la puntuación total de la escala oscila entre 0 y 15.

- Riesgo bajo: 0-5
- Riesgo moderado: 5-10
- Riesgo alto: 10-15

Al analizar la prevalencia de la escala de riesgo suicida de Plutchik y su relación con las variables sociodemográficas se puede observar que *tabla 10* que un 9.16% de la población total presenta alto riesgo suicida, siendo un equivalente de 11 personas, considerando las variables de sexo se puede notar que existe una diferencia significativa, en donde las mujeres presentan un índice de 11.29% (7) y los hombres presentan un índice de sólo 6.89% (4).

Respecto a la edad se puede afirmar que el grupo con mayor riesgo suicida es el grupo de 18 años representando un 26.31% (5), en segundo lugar se encuentra el grupo de 17 años representando un 12.5% (2), mientras que en tercer lugar se encuentra el grupo de 15 años representado un 11.11% (2), en cuarto lugar se encuentra el grupo de 16 años representando un 7.69% (1) y finalmente el grupo de 14 años es representado por un 7.14% (1).

De acuerdo al lugar de residencia los grupos que presenta mayor riesgo suicida son el Estado de Jalisco con un 40% (2), el Estado de Nuevo León con un 33.33%, el Estado de Puebla con un 25% (1), el estado de Morelos con un 25% (1), el Estado de Veracruz con un 11.11% (1), el Estado de México con un 6.38% (3) y finalmente la Ciudad de México con un 5.88% (2), los demás estados como Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Guanajuato, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora y Zacatecas no presentaron un mayor riesgo suicida.

**Tabla 10.**

Prevalencia de riesgo suicida según sexo, edad y vivienda.

<b>VARIABLE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>CASOS</b>	<b>PREVALENCIA</b>
<b>Sexo</b>			
Femenino	62	7	11.29%
Masculino	58	4	6.89%
<b>Edad</b>			
12	8	0	0%
13	9	0	0%
14	14	1	7.14%
15	18	2	11.11%
16	13	1	7.69%
17	16	2	12.5%
18	19	5	26.31%
19	23	0	0%
<b>Lugar de residencia</b>			
Aguascalientes	1	0	0%
Ciudad de México	34	2	5.88%
Chiapas	1	0	0%
Chihuahua	1	0	0%
Coahuila	2	0	0%
Estado de México	47	3	6.38%
Guanajuato	1	0	0%
Jalisco	5	2	40%
Michoacán	1	0	0%
Morelos	4	1	25%
Nuevo León	3	1	33.33%
Oaxaca	2	0	0%
Puebla	4	1	25%

Querétaro	1	0	0%
San Luis Potosí	1	0	0%
Sonora	1	0	0%
Veracruz	9	1	11.11%
Zacatecas	2	0	0%
General	120	11	9.16%

Los resultados observados en la *tabla 11* describen el número de participantes que presentan un alto, moderado y un bajo riesgo suicida, en donde sólo el 9% (11) presenta un alto riesgo suicida, el 48% (58) presenta un riesgo moderado suicida y finalmente el 43% (51) presenta un bajo riesgo suicida, con base a esto se puede afirmar que la mayoría de la población se encuentra en un riesgo moderado suicida.

**Tabla 11.**

Frecuencia absoluta y porcentual de Riesgo Suicida.

<b><i>Nivel de riesgo</i></b>	<b><i>Frecuencia</i></b>	<b><i>Porcentaje %</i></b>
<i>Alto riesgo</i>	11	9%
<i>Riesgo moderado</i>	58	48%
<i>Bajo riesgo</i>	51	43%
<b><i>Total</i></b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

Con ayuda de los dos instrumentos psicométricos utilizados se encontró, determino y diferenció que los participantes presentan bajo, moderado y alto riesgo suicida, debido a que de la misma manera los participantes presentan una sintomatología depresiva determinando que existen niveles clínicos relevantes esta sintomatología depresiva lo cual es útil porque es posible identificar que porcentaje de los participantes denotan depresión y presencia de riesgo suicida a causa del confinamiento por la COVID-19.

## Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo conocer y analizar el comportamiento suicida en adolescentes de 12 a 19 años que se encuentran en confinamiento a causa del COVID-2019, por lo que a modo de discusión y una vez obtenidos y analizados los datos de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), es posible plantear que se han obtenido resultados en cuanto a la prevalencia de ideación suicida a causa del COVID-2019 y es llamativo observar que hay un grupo de adolescentes que sin duda alguna debe de ser tomado en cuenta a modo preventivo.

Los hallazgos de la presente investigación corroboran lo establecido por la literatura científica en estudios sobre el tema del comportamiento suicida en adolescentes así como la relación con los factores asociados por el confinamiento a causa de COVID-19. El primer hallazgo por considerar son las diferencias que se encontraron en cuanto a las prevalencias en los diferentes grupos. Para iniciar la frecuencia para la sintomatología depresiva y su relación las variables sociodemográficas se obtuvo que un 42.5% de la población total presenta sintomatología depresiva, estos síntomas de depresión pueden variar, pero los cambios que presentan los adolescentes respecto a las emociones y su comportamiento son variados de acuerdo a la distribución de las dimensiones propuestas en el EDAR, claramente existen un aumento de disforia, abarcando síntomas como tristeza, llanto, soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento, ansiedad escolar y compasión por sí mismo, Vargas y Saavedra (2012) refieren que existen diversos eventos que pueden generar la aparición de síntomas depresivos o conductas suicidas, por lo que claramente existe un alto desarrollo de sintomatología depresiva a causa del confinamiento por COVID-19, siendo el síntoma de ansiedad escolar con mayor índice de presencia, a su vez, estos autores realizaron una investigación sobre el rendimiento escolar, en donde realizaban una asociación significativa pero indirecta entre el bajo rendimiento escolar e intentos suicidas, por lo que la baja asistencia

escolar estuvo positivamente asociada con ideación e intento suicida, aunque claramente este no es un factor directo ante este comportamiento.

La adolescencia es una de las etapas vitales en el desarrollo de una persona y muchas veces se ve afectada por crisis, cambios, construcción de la identidad personal y la transición a la etapa adulta, entre estos cambios se puede ver afectado su comportamiento si existen diversos factores de riesgo que propicien a los adolescentes a desarrollar ciertas situaciones de riesgo, como lo es el suicidio, por esta razón Cabra, Infante, y Sossa (2010) mencionan que los adolescentes que presentan conducta suicida presentan de manera frecuentemente trastorno depresivo, esto puede ser comprensible, ya que a mayores factores de riesgo el adolescente puede desarrollar mayores conductas suicidas. Actualmente y debido a la problemática de salud a causa de COVID-19 se han desarrollado problemas emocionales, teniendo una repercusión en la salud mental, lo cual es a causa del confinamiento por COVID-19; autores como Hernández (2020) afirma que a medida de que la pandemia se extiende por el mundo esta ha provocado miedo y preocupación en la población, impactando la actividad social, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles pero en mayor medida impacta en el aspecto emocional, causando problemas de salud mental, como la ansiedad y depresión; en el caso de los adolescentes no es una tarea fácil, dado que durante este periodo de contingencia se cancelaron actividades públicas y sociales, entre ellas el cierre de escuelas, por lo que los adolescentes se ven afectados provocando intranquilidad emocional y ansiedades adicionales.

Dentro del segundo hallazgo se encontraron grandes diferencias dentro de las prevalencias de ambos grupos y su relación las variables sociodemográficas, obteniendo como resultado que un 9.16% de la población total presenta alto riesgo suicida, en este caso considerando las variables de sexo se puede notar que existe una diferencia significativa, en donde las mujeres presentan un mayor índice de alto riesgo suicida con tan sólo un 11.29% y los hombres presentan un índice de sólo 6.89%, esto de acuerdo a la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, por otro lado Alcántar (2002) menciona que la presencia o ausencia de una conducta suicida

muchas veces depende de los factores de riesgo y de protección, claramente la presencia de un alto riesgo suicida se debe a ciertos indicios como el estado de ánimo, alteraciones en el comer o dormir, bajo rendimiento escolar, problemas familiares, antecedentes de intentos suicidas y el indicio más importante que fue evaluado y que existe una clara existencia de ello es el de aislamiento social de manera gradual y una mayor incomunicación con las personas. De acuerdo a Hernández (2020) las personas que experimentan ideas suicidas en su mayoría pueden carecer de conexiones con otras personas y a menudo, desconectarse de otras a medida que aumenta el riesgo de suicidio, claramente el desarrollo de estos pensamientos y comportamientos suicidas en 9.16% de los participantes están muy asociados al aislamiento social y por ende, podría generar y aumentar el riesgo de suicidio.

El presente trabajo tiene diversas limitaciones que deben de tenerse en cuenta es el trabajo realizado con datos un grupo que abarca la edad de 12 a 19 años, en su mayoría participaron más adolescentes de 15 a 19 años, por tanto, sería deseable poder llevar a cabo estudios multivariados, ya sea en instituciones o centros escolares; a su vez, sería necesario ampliar la investigación con la inclusión de otras variables que permitan conocer de una mejor manera las características de cada adolescente y de cada grupo, de esta manera se podrá identificar perfiles que ayuden a predecir la detección del comportamiento suicida a temprana edad, con el fin de poder establecer políticas de prevención.

## Conclusiones

- Los objetivos que se plantearon en la investigación se cumplieron, ya que el propósito principal era conocer y analizar si existía una correlación sobre el comportamiento suicida en adolescentes y el confinamiento a causa del COVID-19.
- Del mismo modo, se observó que existe un mayor índice de participantes con comportamientos suicidas moderados así como un menor índice de participantes con comportamientos suicidas de alto riesgo.
- El principal factor que desencadena síntomas depresivos fue la ansiedad escolar.
- El comportamiento suicida no sólo se debe a un solo factor, sino que muchas veces está determinado por un gran número de factores, en este caso y con base a la investigación los factores con más relación son el aislamiento social y ansiedad escolar.
- Los factores de riesgo no afectan a todas las personas por igual, por lo que no existe un motivo exacto por el que las personas desarrollen un comportamiento suicida.
- Así mismo, se debe de concientizar y prevenir sobre esta problemática de índole social, en conjunto con múltiples sectores y no solamente el sector salud.
- Finalmente, a los adolescentes que participaron se les sugeriría acudir con un profesional de la salud para que se les proporcione atención psicológica o un tratamiento psicoterapéutico, esto con el fin de que exista una correcta canalización, tanto a las personas que presentan alto riesgo suicida como a las que presentan un bajo riesgo suicida.
- A su vez, se les proporcionaría teléfonos de ayuda psicológica en México, así como algunos sitios web que pueden consultar para que puedan conocer todo referente a los problemas de salud pública sobre el comportamiento suicida, con el fin de desarrollar una psicoeducación para la prevención del suicidio.



## Referencias

- Alcántar, M. (2002). Prevalencia del intento suicida en estudiantes Adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el Ambiente familiar. (*Tesis de Licenciatura*). Universidad Nacional Autónoma de México <http://132.248.9.195/ppt2002/0304798/Index.html>
- Amador, G. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La Paz*, 21 (2), 91-98  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012)
- American Thoracic Society (2020). *¿Qué es el COVID-19?*  
<https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/COVID-19.pdf>
- Bakalarz, B. & Papolla, R. (2012). *Suicidio en adolescentes*.  
<https://www.sap.org.ar/docs/SUICIDIO.pdf>
- Cabra, O., Infante, D. y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev. Medica Sanitas*, 13 (2), 28-35.  
<https://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>
- Cámara de Diputados. (2021). *Ante exceso de mortalidad, México sería el segundo país en el mundo con más decesos por COVID-19: Verónica Juárez*. Gobierno de México.  
<http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2021/Marzo/28/9909-Ante-exceso-de-mortalidad-Mexico-seria-el-segundo-pais-en-el-mundo-con-mas-decesos-por-COVID-19-Veronica-Juarez>
- Casas, J. & Ceñal, M. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Pediatría Integral*, 9 (1), 20-24.

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)

Castaño, J., Constanza, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A. & Llanos, C. (2014). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 11(2), 193-205. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n2/v11n2a03.pdf>

Castellvi, P. & Piqueras, J. (2019). *El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir*. INJUVE. 45-59. [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el\\_suicidio\\_en\\_la\\_adolescencia\\_un\\_problema\\_de\\_salud\\_publica\\_que\\_se\\_puede\\_y\\_debe\\_prevenir.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf)

Cieza, J. & Uriol, C. (2020). Letalidad y la mortalidad de COVID 19 en 60 países afectados y su impacto en los aspectos demográficos, económicos y de salud. *Revista Médica Herediana*, 31 (4), 214-221 [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2020000400214&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2020000400214&script=sci_arttext)

Comunidad de Madrid. (2007). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida*. 1-16. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>

De la Torre, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. 1-36. Universidad Autónoma de México. [http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf?blobheader=application/pdf](http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo_ideacion_suicida.pdf?blobheader=application/pdf)

Domínguez, J., Domínguez, N. & Reyes, M. (2020). Cómo estimar la letalidad del COVID-19. *Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio*, 67 (1), 4-8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2020/pt201a.pdf>

- Fonseca, E. & Díez, A. (2018). *Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos*. INJUVE. 35-46. [http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/2.\\_conducta\\_suicida\\_y\\_juventud.\\_pautas\\_de\\_prevenicion\\_pra\\_familias\\_y\\_centros\\_educativos.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/2._conducta_suicida_y_juventud._pautas_de_prevenicion_pra_familias_y_centros_educativos.pdf)
- Generalitat Valenciana. (2018). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. 1-45. [http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf)
- Gobierno de México. (2020). *Información General COVID-19*. <https://coronavirus.gob.mx/informacion-accesible/>
- González, F. (2016). *Aspectos fundamentales del comportamiento suicida y su prevención*. 7-30. Universidad de Cantabria. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8921/Gonzalez%20Ganzabal%20F..pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2010). *La conducta suicida*. 1-27. Ed. Avalia-t. <https://consaludmental.org/publicaciones/Laconductasuicida.pdf>
- Güemes, M., Ceñal, M. e Hidalgo, M. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Pediatr. Integral*, 21 (4), 233-244. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
- Hernández S., Fernández C. & Baptista L. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ta. Ed.). México: McGraw Hill.
- Hernández, C. (2016). *Problemas emocionales y conductuales en una muestra de adolescentes de la ciudad de Toluca*. 18-45. Universidad Autónoma del

Estado de México.  
[http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65268/problemas+emocionales+y+conductuales+en+adolescentesj+\(1\)-split-merge.pdf;jsessionid=7E69435F855AA1B45D6E86C0E199FC4D?sequence=3](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/65268/problemas+emocionales+y+conductuales+en+adolescentesj+(1)-split-merge.pdf;jsessionid=7E69435F855AA1B45D6E86C0E199FC4D?sequence=3)

Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Revista Mediacentro Electrónica*, 24(3), 578-594.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578)

Hernández, P., & Villareal, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Revista MEDISAN*, 19 (8), 1051-1058.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>

Hidalgo, M. & Ceñal, M. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista An. Pediatr Contin.*, 12(1), 42-46.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-pdf-S1696281814701672>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2018). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. 1-8. México.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio datos nacionales*. 1-7. México.  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf)

Kánter, I. (2020). Muertes por COVID-19 en México. *Revista Mirada Legislativa*, 190, 1-22. México.

<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4927/ML190.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kumate, J., Tapia, R., Moreno, K., Fernández, C., Sánchez, R., Prado, J. & Rétiz, I. (2015). *Detección temprana y derivación en casos de ideación e intento suicida*. 5-15.

<http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/DeteccionSuicida/Manualdeoperacion.pdf>

Llamosas, L. (2020). Secuelas a largo plazo de COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*, 1-4.

[https://www.msrebs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas12\\_llamosas.pdf](https://www.msrebs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/Perspectivas/perspectivas12_llamosas.pdf)

Maldonado, G. (2019). *El Suicidio*. 1-18. México. [http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj\\_suicidio.pdf](http://www.aniorte-nic.net/archivos/trabaj_suicidio.pdf)

Martín, V. (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *Psicología, ciencia y profesión: mirando al futuro*, 1(2), 233-250.

<https://psicologosemergenciasbaleares.files.wordpress.com/2016/12/298-928-1-pb.pdf>

Moreno, A. (2007). *La adolescencia*. 13-95.

<http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/110987/7/La%20adolescencia%20CAST.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención del suicidio*.

[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/es/](https://www.who.int/mental_health/prevention/es/)

Organización Mundial de la Salud (2008). *Desarrollo en la adolescencia*.

[https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

Organización Mundial de la Salud (2020). *Información básica sobre la COVID-19*.

<https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-COVID->

[19#:~:text=La%20COVID%2D19%20es%20la,Wuhan%20\(Rep%C3%BAblica%20Popular%20China\)](#)

Organización Mundial de la Salud (2020). *Transmisión del SARS-CoV-2: Repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones.* 1-11.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Transmission\\_modes-2020.3-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio.* 2-14. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.

[https://www.who.int/mental\\_health/media/en/63.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2020). *Alerta Epidemiológica. Complicaciones y secuelas por COVID-19.* 1-17.

<https://www.paho.org/es/file/70247/download?token=XQWvcPGv>

Ortega, M. (2018). *Comportamiento Suicida.* 19-41. Ed. Qartuppi.

<http://www.qartuppi.com/2018/SUICIDA.pdf>

Páramo, A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión.

*Terapia Psicológica,* 29(1), 85-95.

<https://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>

Pérez, J., González, L., Genechea, M., Jaca, V. & Méndez, V. (2008). *Intento suicida. Comorbilidad psiquiátrica,* 1-11.

<http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/download/540/947>

Pita, S. & Pértegas, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Revista Cad Aten Primaria,* 9, 76-78.

[https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/cuanti\\_cuali2.pdf](https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/cuanti_cuali2.pdf)

- Reding, A., Jiménez, F., García, J., López, J., Lino, L. & Ramírez, Y. (2014). Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. En diseño de estudios transversales. (3° ed.) Cap. 9. Ed. Mc Graw Hill. <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=1721>
- Revista Digital Universitaria (2005). *Suicidio*. 6(11). <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110-3c.htm>
- Rodríguez, F., De Rivera, J., Gracia, R. & Montes de Oca, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, (11), 374-380. [https://www.psicoter.es/arts/90\\_A077\\_12.pdf](https://www.psicoter.es/arts/90_A077_12.pdf)
- Rojas, I. (2013). *Programa nacional de prevención del suicidio orientaciones para su implementación*. 7-40. Departamento de Salud Mental. [https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Preencion.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf)
- Ruiz, P. (2013). *Psicología del adolescente y su entorno*. 1-6. Ed. Mayo. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Psicolog%C3%ADa%20del%20Adolescente%20y%20su%20entorno%20P.J.Ruiz%20L%C3%A1zaro.pdf>
- Santillán, C. (2020). *El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en México*. 19-30. <https://www.comecso.com/wp-content/uploads/2020/08/COVID-10-Santilla%C3%ACn.pdf>
- Santurtún, M., Santurtún, A., Agudo, G. & Zarrabeitia, M. (2016). Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22 (3-4), 6-13. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062016000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062016000200003)
- Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2021). Informe Técnico Diario COVID-19 Gobierno de México. 1-6.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/630904/Comunicado\\_Tecnico\\_Diario\\_COVID-19\\_2021.04.18.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/630904/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.04.18.pdf)

Secretaría de Salud. (2008). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Gobierno de México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S. & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Rev. Med. Chile*, 141, 1275-1282. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n10/art06.pdf>

Silva, I. (2012). *La adolescencia y su interrelación con el entorno*. INJUVE. 9-121. [http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno\\_completo.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno_completo.pdf)

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético*. México: Trillas. [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)

Stone, D., Holland, K., Bartholow, B., Crosby, A., Davis, S. & Willkins, N. (2017). *Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas*. 15-49. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage-es.pdf>

Ugarriza, N. y Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Revista Persona*, 5, 83-130. <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147118132004.pdf>

Vargas, H. y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372036937004.pdf>

Yáñez, R. (2008). *El suicidio es la segunda causa de muerte en México*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México.  
<https://www.cucs.udg.mx/noticias/archivo-de-noticias/el-suicidio-es-la-segunda-causa-de-muerte-en-m-xico>

## Anexos

### Consentimiento informado

Estimado(a) participante la presente investigación sobre “Comportamiento suicida en adolescentes a causa del confinamiento por COVID-2019 en México” se realiza con fines educativos, el cual ha sido desarrollada por Adriana Stephanie Rodríguez Reveles que se encuentra cursando la Licenciatura de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia.

Se hace de tu conocimiento que la información que sea proporcionada será manejada de manera confidencial y sólo para los fines de esta investigación, en donde eres invitado a participar de forma voluntaria, puedes dejar de participar si es tu deseo, de lo contrario si deseas participar se te pide manifestar tu consentimiento para participar.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por este medio manifiesto mi consentimiento para participar en la presente investigación, declarando que he sido informado de los alcances y propósitos de la misma, así como del resguardo de mi información privada y la confidencialidad de mi participación, siendo mi participación anónima y en la libertad de retirarme en cualquier momento si así lo considero.

Acepto participar en la investigación.

No deseo participar en la investigación.

## Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

### ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

Fecha de Elaboración:

--	--	--

<b>Nombre (s):</b>	
--------------------	--

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

**Puntaje total:**

--	--	--

## Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

### Instrucciones

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca*, *Rara vez*, *Algunas veces* o *Casi siempre*. Marca el círculo que está debajo de la respuesta que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me preocupa el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me siento solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Siento que mis padres no me quieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me siento importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Siento ganas de esconderme de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento con ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Siento que no le importo a nadie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tengo deseos de huir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tengo ganas de hacerme daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Siento que no les gusta a los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Siento que la vida es injusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Siento que soy malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Siento que no valgo nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tengo pena de mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hay cosas que me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de hablar con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tengo ganas de divertirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me dan dolores de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Me siento aburrido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me gusta comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>