



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

Nombre del trabajo

**IDEACIÓN SUÍCIDA EN ADOLESCENTES POR
CONFINAMIENTO POR CONTINGENCIA SANITARIA
POR COVID-19**

Tipo de investigación

EMPIRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Mónica Andrea Alatorre Vera

Director: Dra. De La Rosa Gómez Anabel

Vocal: Lic. Alan E. Barba Sánchez

Secretario: Lic. Alicia I. Flores Elvira



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 17 de junio 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.

Índice

Índice de ilustraciones	3
Índice de tablas	3
Resumen	4
Introducción	5
Planteamiento del problema	16
Objetivo general	17
Objetivo específicos	17
Pregunta de investigación	17
Método	17
Participantes	17
Muestreo	17
Diseño	18
Instrumentos	18
Procedimientos	19
Análisis de datos	19
Resultados	20
Discusion	30
Referencias	32
ANEXO	37
INSTRUMENTO	37
Entrevista semiestructurada	37
Escalade desesperanza de Beck	39
Escala de Roberts	40
Escala de expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha	42
Escala de ideación suicida de Beck (ISB)	43
ANEXO 2 Catalogo de Instituciones	45
ANEXO3 Recomendaciones	49

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Nivel de desesperanza	21
Ilustración 2 Escala de desesperanza de Beck- Sexo masculino	21
Ilustración 3 Escala de desesperanza de beck- Sexo femenino	22
Ilustración 4 Escala de Roberts- Porcentaje de Ideación suicida	23
Ilustración 5 Escala de Roberts- Análisis sexo femenino	24
Ilustración 6 Escala deRoberts. Análisissexo masculino	24
Ilustración 7 Porcentaje de riesgo por género	26
Ilustración 8 Análisisde riesgo- Sexo femenino	26
Ilustración 9 Análisis de riesgo- Sexo masculino	27
Ilustración 10 Análisis general de ideación suicida	28
Ilustración 11 Análisis de ideación suicida- Secx femenino	29
Ilustración 12 Análisis de ideación suicida- Sexo masculino	29

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de la aplicación del cuestionario de desesperanza	20
Tabla 2 Resultados de la aplicación de la Escala de Roberts (37), incluida en la Escala de Depresión del CES-D	22
Tabla 3 Resultados de la aplicación de la Escala de Expektativas sobre Vivir-Morir de Okasha	25
Tabla 4 Resultados de la palicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)	27

RESUMEN

Objetivo: Describir incidencia de ideación suicida en una muestra de adolescentes que se encuentran en confinamiento por la emergencia sanitaria por COVID-19 en la Ciudad de México. **Métodos:** Muestreo no probabilístico de tipo intencional durante el 2021, en 82 adolescentes entre 12 y 15 años de edad. Se determinó variables como la edad y sexo, usando escalas validas como la de desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler, Escala de Roberts, incluida en la Escala de Depresión del CES-D, Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha y Escala de Ideación Suicida de Beck. **Resultados:** el 35.4% de los participantes eran del género masculino y 64.4% femenino. Las edades oscilaban entre los 12 y 15 años, con una media de 13 años. Ambos grupos presentaron tener un nivel alto en desesperanza, ya que el 1% de ambas muestras obtuvo menos de 8 puntos, el 55% presentó que por lo menos un día tuvo ideas suicidas (depresión), los hombres obtuvieron el 48% mientras que las mujeres el 58%, dentro de las expectativas de vivir o morir el 60% muestra riesgo suicida (18% H y 42% M), mientras que el 2% mínimo, 22% regular y 76% moderado en ideación suicida más elaborada. **Conclusión:** la ideación suicida si está asociada al confinamiento, porque se presenta un aumento considerable de desesperanza y riesgo suicida porque casi todos los participantes muestran poco interés en su futuro o su situación actual no les provee bases para fijarse metas a corto, mediano o largo plazo o han pensado en terminar con su vida.

Palabras claves: ideación suicida, adolescentes, confinamiento, emociones.

ABSTRACT

Objective: To describe the incidence of suicidal ideation in a sample of adolescents in confinement due to the COVID-19 health emergency in Mexico City. **Method:** Non-probabilistic purposive sampling during 2021, in 82 adolescents between 12 and 15 years of age. Variables such as age and sex were determined, using valid scales such as Beck, Weissman, Lester and Trexler's hopelessness scale, Roberts Scale, included in the CES-D Depression Scale, Okasha's Living-Dying Expectations Scale and Beck's Suicidal Ideation Scale. **Results:** 35.4% of the participants were male and 64.4% female. Ages ranged from 12 to 15 years, with a mean of 13 years. Both groups presented a high level of hopelessness, since 1% of both samples obtained less than 8 points, 55% presented that at least one day they had suicidal ideas (depression), males obtained 48% while females 58%, within the expectations of living or dying 60% showed suicidal risk (18% H and 42% M), while 2% minimum, 22% regular and 76% moderate in more elaborated suicidal ideation. **Conclusion:** Suicidal ideation is associated with confinement, because there is a considerable increase in hopelessness and suicidal risk because almost all participants show little interest in their future or their current situation does not provide them with a basis for setting short, medium- or long-term goals ve thought about ending their lives.

Keywords: suicidal ideation, adolescents, confinement, emotions.

Introducción

El nuevo coronavirus se llama SARS-Cov-2 y la enfermedad que causa es COVID-19, la cual se ha convertido en una pandemia, debido a que se transmite fácilmente de una persona infectada a otras a través de gotas de saliva expulsadas al toser y estornudar, al estrechar la mano, al tocar un objeto o superficie contaminada con el virus; o por vía aérea, al contacto con fluidos de personas u objetos infectados.

El COVID-19 fue descubierto por primera vez el 31 de diciembre de 2019 en la Comisión Municipal de Salud de Wuhan en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, de la República Popular China, de inicio, se informó de un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, incluidos siete casos graves, todos con el antecedente de haber visitado el mercado mayorista de mariscos “Huanan” (OMS, 2020).

Es importante mencionar la diferencia entre la cuarentena y el aislamiento. La primera se recomienda para las personas que han estado en contacto directo con personas infectadas por COVID-19 esto para reducir la propagación de la infección mientras que la segunda es cuando las personas se restringen de ciertas actividades de movilidad siempre y cuando sus condiciones laborales, económicas y sociales se los permitan (Torija, 2020).

Al presentarse esta situación nos pudimos percatar que México no tenía un plan de emergencia a pesar de conocer con antelación la situación a nivel mundial que se estaba viviendo, es decir, no se contaba con los instrumentos mínimos indispensables para hacer frente a la pandemia, como son: personal médico y paramédico capacitados, medicamentos, aparatos, se desconocían las medidas higiénicas para evitar un contagio, así como el impacto en la salud mental. De esta última se desconocían todas las problemáticas que habría durante el confinamiento, puesto que la población no conoce estrategias para afrontar este tipo de situaciones ya que no se han desarrollado las capacidades adaptativas para hacerle frente a la crisis de manera adecuada, como son: regular emociones, flexibilidad cognitiva y la utilización de primeros auxilios psicológicos (Brooks et al 2020).

Se debe tener en cuenta la importancia de dos factores que perjudican el bienestar físico y psicológico, estos son el cambio tan drástico de hábitos o rutinas y el estrés psicosocial (Wang et al., 2020). La interrupción de hábitos durante el confinamiento y la instauración de otros poco saludables (p.ej. malos hábitos alimenticios, patrones de sueño irregulares, sedentarismo y mayor uso de las pantallas) pueden derivar en problemas físicos.

El tener a un familiar infectado o presenciar la muerte de alguno de ellos suele ser una experiencia traumática, así como la duración del confinamiento, la exacerbación de emociones como el enojo y aburrimiento, conflictos familiares, por mencionar algunos, estos pueden conducir al desarrollo de la desesperanza aunado al suicidio, estrés, malos hábitos, depresión, ansiedad, manía, psicosis, agitación psicomotriz severa, de autolesiones, de ideación suicida o conducta suicida, trastorno obsesivo compulsivo y alteraciones en el trastorno del espectro autista, estrés postraumático, dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social, aumento en el consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas, episodios de manía y duelos inconclusos; estos pueden durar hasta tres años (Balluerka et al, 2020; Secretaria de Salud, 2020).

De este modo se pueden clasificar 4 grupos de reacciones asociadas durante la emergencia sanitaria por COVID-19:

Físicas: se presentan los escalofríos, sudor, malestar estomacal, dolores de cabeza, ritmo cardíaco acelerado, vómitos, mareos, dolor en el pecho, respiración pesada, dificultad para recuperar el aliento, temblores, tensión o dolores musculares o cualquier síntoma que no sea parte de los valores que maneja comúnmente.

Cognitivas: pensamientos confusos, dificultad para concentrarse, problemas de memoria, reacciones de sobresalto exacerbada, sentirse culpable, sentirse desorientado, problemas o duda en la toma de decisiones y/o con los números, pesadillas continuas, recuerdos fugaces o dificultad para pensar o modificar su proceso normal de pensamiento.

Emocionales se encuentran los sentimientos de temor, culpa, ira, pánico, ansiedad, agresión, necesidad continua de llorar, irritabilidad constante, sensación abrumadora o de no tener el control de las situaciones, negación, depresión o emociones que no sean cotidianas.

Conductuales: se engloba el retraimiento, inquietud, cambios en el sueño o en el apetito, mayor ingesta de alcohol u otras sustancias, episodios de ira, dificultad para expresar lo que siente, o algún comportamiento que no esté dentro del comportamiento habitual.

Asimismo, se ha informado en algunos estudios relacionados con los síntomas psicológicos se presentaron en un 21.3% de 7143 estudiantes universitarios expuestos a COVID-19 se identificó ansiedad leve en 17.7%; ansiedad moderada en 2.7% y ansiedad grave en 0.9%. Se considera que vivir en áreas urbanas y con los padres fueron factores protectores contra la ansiedad. Tener familiares o conocidos infectados de COVID-19, situación económica inestable y retrasos en las actividades académicas se asociaron a mayor ansiedad. El apoyo social se correlacionó negativamente con el nivel de ansiedad. Después de un mes de recuperación, el 35% de 180 sobrevivientes de SARS se identificaron síntomas de ansiedad y/o depresión moderados a grave. Los trabajadores de la salud o quienes tenían familiares fallecidos por este virus fueron más propensos a desarrollar niveles altos de angustia (Huarcaya-Victoria, 2020).

Al comparar a trabajadores de la salud hospitalarios (n= 82) durante el pico de la epidemia y el personal del hospital que se recuperó de SARS (n= 97), se identificó que ambos grupos presentaron el mismo nivel de preocupación de infectar a otros (especialmente a los miembros de su familia). Los trabajadores tenían más miedo relacionado con la infección; en los sobrevivientes, el miedo relacionado con el SARS se correlacionó con síntomas de estrés postraumático; además, manifestaron preocupación por otros problemas de salud y la discriminación. Las personas que han experimentado emergencias de salud pública tienen diversos grados de estrés, incluso después de que el evento ha terminado o se han recuperado y egresado del hospital. Teniendo en cuenta los límites de interacción social y las medidas de confinamiento, los servicios de salud mental han adoptado el uso de líneas directas, plataformas de aplicaciones móviles, internet y redes sociales para compartir estrategias para lidiar con el estrés, así como para evaluar el impacto psicosocial en la población expuesta (Vázquez et al 2020).

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales de mayor recurrencia en esta época de pandemia, ya que las personas deben cambiar sus hábitos de vida y enfrentarse al aislamiento y confinamiento en sus hogares, para evitar el contagio del nuevo coronavirus o COVID- 19 (Gutiérrez et al 2020).

Un estudio redactado por especialistas de tres universidades mexicanas (González- Jaimés et al 2020) reveló que los 674 participantes, hombres y mujeres, con edades entre 18 y 43 años, quienes llenaron una encuesta en línea distribuida mediante Facebook, WhatsApp y Teams, presentaban síntomas de moderados a severos de estrés en el 31.9 % de los casos, que el 36% tenía problemas para dormir, que el 9.5% tenía disfunción social en la actividad diaria, el 5.9% síntomas psicósomáticos, y el 4.9% síntomas depresivos, especialmente entre las mujeres y el grupo de las personas más jóvenes (de 18 a 25 años); además, el 40.3% sintió ansiedad, lo que se observó mayormente en los varones, y el 31.9% sufrió estrés. Aproximadamente una cuarta parte de los participantes también tuvo dolor de cabeza, sensación de falta de control y poca satisfacción con sus actividades; un tercio reconoció sentirse agobiado, con nerviosismo, mal humor, menor actividad, dedicando más tiempo del usual para hacer tareas cotidianas, y con sentimientos de inutilidad; finalmente, más de la tercera parte tuvo problemas para dormir y el 42 % mostró incapacidad para disfrutar las actividades cotidianas (Saldívar-Garduño y Ramírez-Gómez 2020).

Necesidades sentidas y normativas

En México, el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud estableció políticas de acción para la prevención, atención, contención y mitigación de contagios, divididas en tres escenarios; el primero, decretado el 27 de febrero, buscó reducir de manera significativa el tránsito y contacto de las personas, creando a su vez, conciencia de prevención en las familias, espacios públicos, grupos escolares y centros de contacto; asimismo, planteó la detección de casos importados de lugares en los que el brote de COVID-19 fuera más significativo y a los que se buscó dar atención y seguimiento, para evitar contagios locales. Más adelante y con la detección de casos de transmisión comunitaria, el 24 de marzo fue confirmado el ascenso al escenario dos, caracterizado por tener un mayor cuidado en la aglomeración y tránsito de personas, privilegiando el cuidado de personas adultas mayores y otros grupos de mayor riesgo.

Con lo anterior, la población mexicana ha vivido cambios sustanciales en la forma de convivir y de realizar su día a día. El ascenso en los escenarios ha conllevado el endurecimiento de las políticas de control, resultando en el cierre de escuelas, comercios, centros de culto, centros de entretenimiento, entre otros; así mismo, se ha reducido notoriamente el tránsito de trabajadores, dando prioridad al uso de las telecomunicaciones para el trabajo desde casa.

Por consecuencia, los cambios en el estilo de vida, la advertencia constante de noticias que anuncian un incremento exponencial en el aumento de casos, así como la inevitable llegada del escenario tres, que representará el momento más álgido en el número de contagios, han llevado a la población mexicana a un punto en el que convergen múltiples visiones y formas de entender el problema de salud pública; algunos de ellos buscan de forma propositiva

informar, prevenir y preparar a la población para transitar durante esta etapa, en contraste con otros que, carentes de sentido propositivo, parecieran generar incertidumbre y choque entre la población y el gobierno.

Por otra parte, de acuerdo con la Secretaría de Salud (corte 13:00 hrs. 2 de octubre de 2020), la presencia del COVID-19 se da en los 32 estados de la república con un total de 795 605 casos positivos, de los cuales el mayor porcentaje se da en la Ciudad de México, Estado de México y Guanajuato. Estos datos reflejan cierta proporción entre el número de contagios con el número de pobladores por estado, sin embargo, la inferencia no puede cerrarse a la posibilidad de que no exista riesgo de contagio en aquellos estados en los que el número de contagios sea menor.

Del preámbulo anterior puede comprenderse que una de las acciones presentes y/o inmediatas de las personas es el cómo asimilar y entender los periodos de contingencia y de “cuarentena”, mismos que en el plano emocional generan preocupación, miedo e incertidumbre. En consecuencia, se desprenden como necesidades el recibir seguridad en materia de salud, así como la adaptabilidad y resiliencia de la población ante la pandemia. Para lo primero, el estado, a través de las instancias de seguridad social, en conjunto con las organizaciones privadas es el encargado de ofrecer las garantías de atención en materia de salud; en tanto que, para lograr la adaptabilidad y resiliencia social se requiere un cúmulo de esfuerzos provenientes de todos los sectores. Es en este punto en el que estimamos que la difusión de información confiable y actualizada es el eje de control en la percepción y actuación de las personas sobre el tema, siempre y cuando, y sintonía con las aportaciones de Brooks, et al. (2020), esta información sea provista y diseñada con una visión accesible y propositiva desde el plano psicosocial.

Por otra parte, desde el aspecto normativo, es necesario señalar que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en el artículo 4 que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, en tanto que el 73 refiere que en caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables; asimismo, salvaguardando el derecho a la protección de la salud que se toma de diversos tratados internacionales de los que México es parte, dentro de los que destacan la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es necesario que la procuración del bienestar sea de carácter integral, por lo que el plano mental debe ser un foco de atención importante.

Características de la población en relación a la conducta, motivaciones o impulsos en la calidad de vida

La población mexicana es socioeconómicamente diversa, los indicadores de pobreza, ocupación laboral, índice de desigualdad y de población con acceso a servicios de salud, son los más significativos para el análisis del presente.

Respecto a las condiciones socioeconómicas de la población, la pobreza es uno de los factores más importantes que deben considerarse, pues permiten estimar la capacidad de

respuesta de la población mexicana ante la epidemia y sus consecuencias económicas: en 2018, 49.5% de la población, es decir, 61.7 millones de personas, se encontraban en condiciones de pobreza a pobreza extrema (Coneval, 2018).

Otro factor es la desigualdad en el acceso a derechos sociales, de los cuales interesa destacar aquellos que tienen relación directa con las condiciones sanitarias en las cuales se enfrentará la contingencia (Coneval 2018):

- 20.2 millones de mexicanos no tienen acceso a servicio de salud.
- 24.7 millones no cuenta con servicios básicos en su vivienda, y 13.8 millones no tenía condiciones mínimas de calidad y espacios.
- 25.5 millones de personas no tienen acceso a una alimentación suficiente y adecuada.

A estas condiciones deben sumarse otras relacionadas con la situación laboral; en particular, destaca que en enero de 2020 la tasa de informalidad alcanzó 56% y la tasa de desocupación fue de 3.7% de la Población Económicamente Activa. En ambos casos se trata de personas sin acceso a servicios de salud.

Los programas de prevención de la salud han tenido un éxito limitado, persisten los problemas de acceso efectivo y de desigualdad en los servicios públicos, el ejercicio del gasto público no logra la eficiencia necesaria y se conservan asignaciones presupuestarias insuficientes, el sector privado de la salud es muy extenso y el gasto de bolsillo de la población no es menor, falta articulación de los niveles de atención del sistema, etcétera (Murayama y Ruesga, 2016).

Brooks et al. (2020) recaba información de diversos estudios en los que coincide que algunos estresores durante la contingencia de salud son:

- Duración de la cuarentena: según su longitud y grado de imposición puede atraer síntomas de estrés postraumático, conductas de evitación y enojo.
- Miedo a la infección: dado que las personas pueden sentir temores sobre su propia salud o temores de infectar a otros, máxime si sus actividades económicas y sociales no les facilitan el aislamiento total.
- Frustración y aburrimiento: el confinamiento, la pérdida de la rutina habitual y la reducción del contacto social y físico con los demás, pueden generar aburrimiento, frustración y una sensación de aislamiento del resto del mundo, lo que era angustiante para los participantes.
- Suministros inadecuados: la necesidad de conseguir y contar suministros básicos (comida, agua, ropa, medicamentos) durante la cuarentena es fuente de frustración.
- Información inadecuada. La disposición de información deficiente de las autoridades de salud pública es un factor estresante, ya que la población espera ser informada con suficientes pautas claras sobre las acciones a tomar, con lo que evitaría confusión sobre el propósito de la cuarentena. La falta de claridad sobre los diferentes niveles de riesgo, en particular, puede llevar a la población a temer lo peor.

Asimismo, Brooks et al. (2020) también recaba estresores que se van conformando durante la contingencia y que pueden fortalecerse al culminar la misma, uno de ellos es:

Finanzas. La pérdida financiera puede ser un problema durante la cuarentena, ya que algunas personas no pueden trabajar o lo hacen de forma limitada, por lo que tienen que interrumpir sus actividades profesionales sin una planificación avanzada; los efectos pueden ser duraderos.

Epidemiología del suicidio en adolescentes

La adolescencia abarca de los 11 a los 20 años aproximadamente, durante este periodo ocurren cambios significativos, los cuales se dividen en tres: desarrollo psicobiológico (madurez reproductiva, crecimiento físico rápido y profundo que se acompaña de otros, suelen surgir problemas conductuales como los trastornos alimenticios, consumo de drogas por mencionar algunos), cognoscitivos (desarrollo del pensamiento abstracto y razonamiento científico aunque en ocasiones prevalece el pensamiento inmaduro el cual se observa en actitudes y conductas, sin embargo hay una concentración para definir a que se dedican) y las psicosociales (búsqueda de la identidad en general, mejores relaciones paternas, se consolida un grupo de amigos los cuales ayudan a desarrollar y probar el autoconcepto pero en algunos casos pueden impactar negativamente ejerciendo una influencia antisocial) (Papalia, Wendwoks y Duskin, 2004).

Tomando como base el párrafo anterior, es trascendental mencionar la importancia del sistema endocrino porque surge el eje hipotálamo–hipófisis–gónadas. La actividad gonadal está bajo el control del hipotálamo, que secreta la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), deca péptido que estimula la liberación de LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículoestimulante) por parte de la adenohipófisis. Estas gonadotropinas actúan sobre las gónadas masculina y femenina. Los niveles de GnRH, LH y FSH están regulados por mecanismos de retroalimentación de los estrógenos y andrógenos, liberados por las gónadas que actúan en el hipotálamo e hipófisis (Riva, S. 2018).

Este proceso conlleva ciertos cambios; en los varones es el crecimiento de los testículos, escroto y aparición de los bellos púbicos seguido de crecimiento del vello facial, crecimiento del pene e incremento de musculatura, después se presenta la primera eyaculación por medio de la masturbación y cuando se logra le conocido estirón aparece el vello axilar y la voz se vuelve más grave. En el caso de las mujeres comienza con el desarrollo de las glándulas mamarias y aparición del vello púbico, después se observa una mayor grasa corporal que se conoce como el desarrollo del cuerpo de mujer adulta, se agrandan útero, vagina, clítoris y labios vaginales, y de esta manera se da por concluido el proceso del estirón, se presenta su primera menstruación (menarca) (Riva, S. 2018).

Dentro de esta etapa se desarrolla el autoconcepto y la autoestima, el primero es la representación de su mismo haciendo referencia a la competencia en diferentes panoramas y así poder evaluarlos, la segunda es una valoración global de los atributos del primer concepto. La autoestima ha presentado gran correlación con variables que interfieren en el grado de ajuste social y el establecimiento de relaciones interpersonales. De esta manera se evidencia su relación con el desarrollo de habilidades sociales en adolescentes (Montesdeoca y

Villamarín, 2017). Se ha comprobado la existencia de una relación positiva y significativa entre la autoestima y la asertividad de un grupo de adolescentes de Lima, con edades comprendidas entre 11 y 15 años (Ayvar-Velásquez, 2016).

Además, el desarrollo adecuado de la autoestima constituye un factor protector de varios problemas psicológicos; Ceballos-Ospino, et al. (2015), encontraron que los adolescentes con mejor autoestima tienen menor probabilidad de presentar ideas suicidas y depresión. Estos cuentan con una mejor salud mental, menos problemas conductuales y síntomas patológicos (Arias, 2013). A su vez, presentan menor impulsividad, pocos sentimientos de ansiedad, celos y soledad; esto los hace emocionalmente más estables (Castañeda, 2013).

Varias investigaciones han corroborado que la autoestima tiende a debilitarse en esta etapa (Rodríguez-Naranjo y Caño-González, 2012), como consecuencia de los cambios puberales, cognitivos y del contexto escolar. La baja autoestima en los adolescentes es un factor de riesgo para la aparición de problemas psicológicos y sociales como los trastornos de alimentación, la preocupación exagerada por la imagen corporal (Moreno-González & Ortiz-Viveros, 2009); así como las ideaciones e intentos suicidas, sentimientos de inferioridad, depresión, aislamiento social, la deserción escolar, situaciones de delincuencia, el refugio en las drogas, entre otros (Ayvar-Velásquez, 2016; Bocanegra-Abad, 2017; Ceballos-Ospino, et al., 2015; Ferrel-Ortega, Vélez-Mendoza y Ferrel-Ballestas, 2014). Sin embargo, algunos resultados investigativos arrojan que la autoestima baja no es un factor consistente en la ideación suicida (Andrade-Salazar et al 2017) no obstante, su desarrollo disminuye la probabilidad de esta ideación.

La Organización de la Naciones Unidas reconoce desafortunadamente al suicidio un problema de salud pública puesto que no se limita a una zona geográfica, sino que es un acontecimiento presente a nivel mundial y afecta significativamente al entorno donde se suscita este acto; ya sea económico, social, psicológico, teniendo en cuenta que altera a la familia, sociedad, comunidad y sociedad en general (OMS, 2014). A partir de esto se desprende la idea de que el suicidio no solo dependen de las decisiones del sujeto, sino que también le afectan las condiciones en donde se desarrolla, de aquí surge la idea de que es importante conocer los factores que inician la gestación de esta conducta y desembocar en la muerte (Torres, 2018).

Se debe de reconocer que el sujeto con pensamiento suicida experimenta sucesos que lo perjudican, es decir, a nivel emocional un sufrimiento intenso, nivel conductual; la falta de recursos psicológicos para poder afrontar las situaciones o contratiempos y en el nivel cognitivo una desesperanza o falta de visión positiva para su futuro, enfocándose de esta manera a la muerte como su única opción viable. Recordando que no todos los sujetos tienen la necesidad de terminar con su vida, sino que solo desean apaciguar o controlar el sufrimiento o dolor su vida (Echeburúa, 2015).

De acuerdo con Beck, Steer y Ranieri (1988) las personas con ideas suicidas tienen una característica cognitiva que los diferencia de las que no lo tienen y de aquellas que tienen otros problemas que no es suicida; estas son estructuras que determinan el acto suicida que se considera el andamio de querer o no vivir y lo que se antepone al suicidio (ideación suicida

y pensamientos), así como el deseo de muerte y que tanto se quiere llegar a eso. De esta manera se corrobora que las personas con este problema tienen distorsiones de la realidad.

Cada año alrededor de 800,000 personas se quitan la vida y un porcentaje alto se queda en intento. Recordando que cada suicidio es un acontecimiento que afecta a todos los niveles de la sociedad (familia, comunidad y país); este acto se puede realizar a cualquier edad, teniendo como referencia el año 2016, el cual refiere que el suicidio fue la segunda causa principal de defunción a nivel mundial, teniendo como prevalencia entre los 15 a 29 años (OMS, 2019).

De acuerdo con (Borges et al, 2009 y Vázquez, et al 2015) Se considera que, debido al aumento en la mortalidad por suicidio, es importante realizar estudios que se basen en las expresiones que se conecte con dicho suceso antes de llevarlo a cabo; es decir, la ideación suicida, de la cual se desprenden los planes, gestos e intentos, así como a los factores o estímulos que predisponen a que el sujeto presente una conducta suicida.

En el año 2012 el suicidio ocupó la posición quince haciendo referencias a las causas de muerte mundialmente, ocupando el 1,4 % del total de defunciones lo que es un aproximado de casi un millón de suicidios (OMS, 2014).

En México se han realizado diversos estudios (Borges et al, 2004; 2005; 2009; 2016) en los cuales mencionan el manifiesto que la idea de atentar contra su vida sin culminarla (intento de suicidio) disminuía con la edad, de esta idea se desprenden los siguientes datos: 4.3% en el grupo de 12 a 17 años; 3.8% en el grupo de 18 a 29 años; y 2.6% en el grupo de 30 a 65 años. Divididos por sexo y grupos de edad, los intentos de suicidio en las mujeres, representaron el 6.7% entre los 12 y los 17 años; 5.1% de los 18 a los 29; y 1.5% entre los 30 y los 65 años. En el mismo orden respectivo, en los hombres, los intentos de suicidio fueron de 2.1%, 2.3% y 2.1%. Los trabajos referidos informan que los intentos de suicidio recientes (en los últimos 12 meses) representaron sólo una cuarta parte de los intentos de “alguna vez en la vida”, a saber, 1.1%, en la población de 12 a 17 años; 0.9% en la de 18 a 29 años; y 0.6% en la población de 30 a 65 años de edad.

A partir de estas investigaciones se desprende que el proceso suicidógeno afecta en proporciones impactantes tanto personal como social, es decir, tiene costo emocional, físico y económico para los actores, pero en las personas que lo rodean por lo menos afecta a seis personas englobando a su familia y si tiene las mismas afectaciones que el sujeto (sobrevivientes) (Crosby, 2016).

De acuerdo a diversos autores (Borges et al, 2016; Cañón, 2018; OMS, 2014; OMS, 2019) México es uno de los países con más tasa de suicidios, ya que este, es la tercera causa de muerte en adolescentes, se estima que por cada suicidio existen 20 intentos. También concuerdan en que la conducta suicida es un proceso bastante complejo puesto que se desarrolla por etapas: ideación suicida (pensar en el suicidio), planeación, intento y acto consumado.

En México se tiene un conteo desde hace más de 40 años donde indica el aumento de mortalidad a causa de suicidios, la cual se mantiene y crece sin interrupción, tiene una prevalencia en los jóvenes (Dávila y Luna, 2019; Hernández y Flores, 2015; Borges, Orozco

y Medina). Por su parte (Secundino, 2018) menciona en su investigación sobre pensamientos negativos que el género femenino presenta más inconformidad con su físico y sentimientos negativos a comparación con el masculino.

De acuerdo con Román y Rodríguez (2020) mencionan en su artículo que el porcentaje de ideación suicida varía entre el 10% al 29.9% en la población adolescente, esto se corrobora con las estadísticas de la muestra de 528 adolescentes en la Secundaria, la cual alcanzó una prevalencia del 15%. Ambas cifras son alarmantes, porque se estima que el 33% de los adolescentes que presentan ideación suicida realizan el intento y el 10% terminan con su vida.

Baaderm et al (2011); Vázquez y De Haro (2018) definen al suicidio como la “acción volitiva por la que una persona se provoca la muerte; mientras que el intento de suicidio es un acto no fatal llevado a cabo con una consciente finalidad autodestructiva; y la ideación suicida solo implica tener en mente la idea de atentar contra la propia existencia”.

El suicidio es el acto auto-infligido causante de una muerte anunciada, porque se atraviesan distintas etapas: ideación suicida, planificación, intento y suicidio consumado. Desde luego la ideación suicida son las conductas auto-lesivas no suicidas, es decir es la manifestación consiente sobre la propia muerte o la expresión de querer morir, así como las acciones para armar un plan y el intento suicida se refiere a las acciones que dañan al cuerpo que se antepone a suicidio (Ciapara, Valenzuela y Lúgido, 2018; Córdova y Rosales, 2020; Dávila & Contreras, 2019; Neacsiu et al, 2018; Rosales, Salvo y Melipillán, 2008)

Pérez y Osnaya (2011) que el suicidio no solo se refiere a la pérdida de la salud en general sino va más allá, respecto al debilitamiento de su red de apoyo ya sean afectivas o sociales. A partir de este punto se toman tres componentes básicos, que son: a) el emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida”

De la anterior aseveración podemos rescatar a Valadez et al (2020) donde mencionan los requerimientos para comprender todo lo que sucede alrededor de la ideación suicida, es decir, cómo están conformadas las estructuras cognitivas afectivas y comportamentales ya sean particulares o solo la idea (sentimientos y emociones, pensamiento, deseos y amenazas), estos se crean a partir de la percepción o interpretación que tenga el adolescente y cómo se relacionan con las experiencias buenas o malas.

Conocer lo que rodea a la ideación suicida ayudará a establecer relaciones entre los factores que detienen o aceleran este proceso, de esta manera crear estrategias de intervención o prevención (intervención de crisis y tratamiento para las personas con intento de suicidio) (Arensman, 2017).

De la Torre, M. (2013) y Reinoso (2016) observa la ideación suicida desde un punto de vista cognitivo-conductual, entonces se define como: “la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Así mismo engloba

pensamientos negativos de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y de qué forma lo llevaría a cabo.

El Hospital San Juan Capestrano en 2016 como se citó en Reinoso, 2016 menciona que existen demasiadas consecuencias:

- Cicatrices o daños permanentes en los tejidos
- Conductas autolesivas recurrentes
- Daños en el cerebro
- Parálisis
- Estado de coma
- Hemorragia
- Huesos rotos
- Daños en los órganos o insuficiencia orgánica
- Muerte prematura debido a un acto suicida

Por su parte Friedman, 1978 como se citó en Mendoza, M. y Icaza, M. (2018) menciona que “Existen equivalentes tanto somáticos como emocionales de la depresión”. Estos equivalentes somáticos pueden incluir fatiga, dolor, dispepsia, náusea, mal sabor de boca, constipación e irritabilidad. Los emocionales con la fagomanía, aburrimiento, anergia, hipocondrías, atención difusa y la búsqueda constante de placer y estimulación. También puede haber intentos de suicidio y al mismo tiempo negarlo o manejar la ideación suicida, convirtiéndola en una enfermedad psicósomática, o demostrarla por medio de una fuerte rebeldía.

Montes, González y Zamora (2020) explican la correlación inversa entre la Ideación Suicida y el Autoconcepto Familiar, retomando a Chávez et al (2017) “implica que la identificación positiva con el núcleo familiar, condesciende a valorar la vida de forma más favorable y por ende proteger frente a la ideación suicida”. La relación arroja que un aspecto importante para la evitación de este acto es la familia, desde la comunicación, concepción y formación de la buena autoimagen-autoconcepto, entre otros factores que rodean el núcleo familiar y ofrecen un equilibrio psicológico.

Toro, Grajales y Sarmiento (2016); Pérez, Osnaya y Rosales (2020) llegan a la conclusión de que las personas que presentan ideación suicida tiene un perfil emocional, es decir emociones positivas a la baja, presencia de furia, culpa constante, emociones negativas en un porcentaje alto; también se debe de considerar los factores que lo rodean, ya sean biológico, social y psicológico dentro de su desarrollo, o si vivieron alguna situación que afecte su estado emocional, como puede ser: abuso sexual, consumo de drogas, depresión o sentimientos de desesperanza.

En México el 10 de febrero del año en curso se han presentado 1,946,751 casos; de los cuales hay 168,432 muertes; dentro de esta cifra se estima que 40 mil niños han sido hospitalizados. Entonces, la mayoría de las niñas, niños y adolescentes no van a tener problema por el COVID-19 pero hay algunos que no sabemos bien a qué se debe a que contraen formas graves de la enfermedad y pueden ser hospitalizados o, lamentablemente, perder la vida (Google Covid, 2021; Unicef, 2021). En el periodo de enero-agosto del 2020, se observaron 10 causas

principales de muerte, dentro de los grupos etarios de 10-14 años de edad en mujeres se presentaron 32 casos por COVID-19 y 75 casos por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), en el grupo de 15-24 años 242 COVID-19 y 312 casos por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), y en hombre de 10-14 años se presentaron 35 casos por COVID-19 y 107 casos por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), en el grupo de 15-24 años 315 COVID-19 y 1002 casos por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio) (INEGI, 27 de Enero de 2021).

Debido a la Contingencia Sanitaria, la UNICEF propone estas acciones para los niños y adolescentes:

- Ordenar el entorno y organizar las actividades para evitar la pérdida de la noción del tiempo
 - Reconocer las emociones presentes y no reprimirlas
 - Centrarse en sí mismo, priorizar la salud mental
 - Buscar formas de estar en compañía de amigos
 - Aprender algo que sea de su interés
 - Ser amable contigo y tu entorno
 - Cuidar su salud en general
 - Escuchar música que libere bienestar, placer o te pongan de buen humor
 - Aprovechar de la mejor manera las oportunidades presentes
 - Buscar la manera de ser parte de la solución

Factores de riesgo de suicidio

Los factores de riesgo se dividen en dos, la primera es una desviación o mal control de los impulsos; la segunda parte de la predisposición o diátesis a manifestar una actitud disfuncional (como la desesperanza o el aislamiento social). La desesperanza es una de las características más significativas de las personas suicidas, esta se define como un sistema de esquemas que comparten el elemento de expectativas negativas sobre el futuro y visión desfavorable del mismo, está cuando se combina con acontecimientos vitales que impactan de manera significativa, un mínimo apoyo social puede iniciar la ideación suicida y seguir el proceso del mismo hasta consumarlo. Recordando que el suicida involucra factores genéticos y neurobiológicos que se determinan dependiendo de la etapa en la que se encuentre el sujeto. En la desmoralización, es decir, la inhabilidad para afrontar situaciones (cope) ya puede haber ideación suicida; la desesperanza es precedida de aislamiento, conflicto y descuido, según los médicos y las enfermeras que atienden a sujetos con ideación suicida, en la etapa previa al intento de suicidio ocurre una crisis consistente en pérdida del control y sentimientos de desesperanza (Delsssin, M. 2018, Gutiérrez-García y Contreras, C. 2008)

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida. Si bien la conducta suicida puede ser considerada por el adolescente como una posible solución a sus problemas, no es un acto válido de elección totalmente consciente,

sino una posición de arrinconamiento forzado, determinado por las circunstancias adversas que puede estar enfrentando el adolescente (Cortes, A. 2018).

En la adolescencia se incrementa la carga de presiones o responsabilidades individuales, que unido a la inexperiencia e inmadurez generan tropiezos que pueden traducirse en momentos de angustia, soledad y frustración, que propician factores de riesgo para cometer un acto o conducta suicida. Si bien la conducta suicida puede ser considerada por el adolescente como una posible solución a sus problemas, no es un acto válido de elección totalmente consciente, sino una posición de arrinconamiento forzado, determinado por las circunstancias adversas que puede estar enfrentando el adolescente el accidente provocado, el arrojarse 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 (Roman. y Abud 2017).

Planteamiento del problema.

El suicidio es un tema de vital importancia porque en las últimas décadas las cifras se han incrementado considerablemente en los adolescentes, teniendo en cuenta que la ideación es la primera etapa de esta acción, pero debemos recalcar que el pensamiento no llega por sí solo, sino que viene de factores que están más allá de su voluntad. Existen ciertos factores de riesgo que pueden contribuir a la creación de la ideación suicida, tales como: la sociedad (estigma de buscar ayuda), comunidad (eventos catastróficos, estrés), relaciones sociales (aislamiento o pérdidas) e individuales (consumo de sustancias nocivas, desestabilidad financiera, etc.), no poder expresar lo que siente o minimizar emociones por parte de los padres, teniendo en cuenta estos factores podemos decir que el confinamiento por la emergencia sanitaria puede ser un desencadenante para que los adolescentes tengan una Ideación Suicida. Recordando que la salud mental no depende al 100% del individuo porque nos desarrollamos en diferentes contextos o ambientes, ya sean sociales, políticos, culturales y/o educativos, de esta manera lo que ocurre en el mundo impacta de manera significativa a toda la población pues el mundo es como nuestra casa y tiene una repercusión en nosotros nos desarrollemos en el entorno o no. De igual manera al tener conocimiento del panorama actual se podrán desarrollar diferentes planes de intervención o poder canalizarlos a la institución pertinente para que los ayuden a los adolescentes que estén o no en esta situación, pues el hecho de que no se encuentren en estos momentos no los exenta de estarlos en un determinado plazo, así como a los padres o tutores comunicarles que deben de estar presentes en la vida de estos y que traten de entenderlos más no de justificarlos, tener una comunicación asertiva y decirles que es válido pasar por muchas emociones pues hablar del suicidio no es un detonante para que el sujeto lo realice sino es crear una atmosfera donde este se sienta seguro, es decir, tener un grupo de apoyo, hacerlos entender que estas ideas no son pasajeras y se fortalecen en todo momento, que el habitar con ellos les ayuda a fortalecer o disminuir su autoestima, que existen diversos temas que se deben hablar como pareja y no hacer partícipes a los hijos.

Objetivo General

Describir incidencia de ideación suicida en una muestra de adolescentes entre 12 y 15 años de un centro educativo de la Ciudad de México.

Objetivos Específicos

Describir que sexo (H/M) muestra mayor incidencia de ideación suicida.
Conocer el porcentaje que existe en los adolescentes de buscar ayuda ante alguna situación de riesgo (ideación suicida)

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la incidencia de ideación suicida en adolescentes de 12 a 15 años asociada al confinamiento por COVID-19?

Método

Participantes

Ochenta y dos adolescentes de 12 a 15 años, con una media de 13.29 años y una desviación estándar de 1.313 que cursaban educación secundaria, donde 35.4% son hombres y 64.6% mujeres.

Criterio de inclusión: Población de 12 a 15 años, que se encuentren cursando la secundaria, sin presencia de alguna discapacidad, ambos sexos, que cuenten con el consentimiento informado.

Criterio de exclusión: población menor de 12 años o mayor a 15 años, que no cursen la secundaria, que presenten alguna discapacidad.

Muestreo

Se utilizó el muestreo no probabilístico, considerando tanto el aspecto económico, como la comodidad de su uso, fue de tipo intencional, debido a que se requirió tener casos de la población que se pretendió estudiar (adolescentes con ideación suicida durante el confinamiento). Para llevar a cabo la investigación, se considera un diseño de investigación cuantitativa ya que, para cumplir con los objetivos, es factible captar la información a través de encuestas, por lo tanto, se utilizará una de tipo empírico porque los datos se recogerán en una sola ocasión y será no experimental transversal. Será de tipo exploratorio porque es un tema poco conocido. El tamaño de la muestra se determinó por medio de la participación que se obtuvo mediante la herramienta *Google Forms* la cual se publicó en redes sociales para una difusión más rápida, se filtraron los resultados para la identificación de los adolescentes que presentaron Ideación Suicida.

El presente estudio se llevó a cabo con una muestra probabilística, de $n= 82$, siendo el 35.4% hombre y 64.6% mujeres. Las edades oscilaban entre los 12 y 15 años, con una media de 13.29 años. A esta muestra se le aplicó de forma individual, voluntaria y confidencial los instrumentos Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler, Escala de Roberts (37), incluida en la Escala de Depresión del CES-D, Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha y Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) con el fin de medir las variables de ideación suicida y confinamiento. Donde la variable dependiente es la Ideación suicida y la variable independiente el confinamiento por contingencia sanitaria.

Diseño

Se empleó un diseño no experimental transversal de tipo exploratorio debido a que es un tema en el contexto actual por la contingencia sanitaria por COVID-19. Se utilizó la técnica de encuesta a través de la herramienta *Google Forms*.

Instrumentos

La Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler, (1974), que consta de veinte (20) ítems que el sujeto valora si son verdaderos o falsos. Esta escala permite evaluar el grado de desesperanza en una persona, es decir, la actitud de éste hacia las expectativas futuras. Es una escala auto-administrada y de respuestas dicotómicas. Se puntúa uno (1) a las repuestas “verdaderas” en los ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, mientras que el resto de respuestas son “falsas”. El punto de corte adecuado para la calificación de la prueba se sitúa en ocho (8), de modo que una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

La Escala de Roberts (37), incluida en la Escala de Depresión del CES-D. Consta de cuatro reactivos: “No podía seguir adelante”; “Tenía pensamientos sobre la muerte”; “Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)”; “Pensé en matarme”. Estos reactivos exploran el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo. El formato de respuesta es el mismo que el del CES-D, y registra su presencia y duración durante la semana anterior. Las opciones de respuesta son: 0 = ningún día, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días de la semana pasada. Los puntos de corte utilizados en los estudios varían de acuerdo con el criterio del investigador. Algunas veces se utiliza la media, más una desviación estándar, o la suma de los 4 reactivos, es decir, de los 4 síntomas. De acuerdo con la confiabilidad, en los estudiantes adolescentes la consistencia interna de las preguntas sobre el suicidio fue satisfactoria: alpha de Cronbach igual a .78, y alpha de Cronbach igual a .84.

Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha, este instrumento está formado por cinco ítems, con respuestas en escala tipo likert. Los cuatro primeros ítems exploran ideas suicidas de diferente intensidad, El quinto ítem consulta sobre intento de suicidio: 1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? (VNP= Vida no vale la pena) 2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto? (DEM= deseado estar muerto) 3. ¿Has pensado llevar tu vida como si realmente no estuvieras? (PTV= pensado en terminar con su vida) 4. ¿Has pensado terminar con tu vida? (IS) 5. ¿Has intentado suicidarte? (PS). Para cada ítem existen cuatro posibles respuestas: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. Las respuestas son

referidas a los últimos 12 meses. El puntaje de esta escala se relacionó de manera significativa con síntomas psiquiátricos y con eventos vitales estresantes. La sumatoria de estos tres ítems conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad. La suicidalidad en adolescentes medida por este instrumento se relacionó significativamente con depresión, desesperanza, disfunción familiar y eventos vitales estresantes. Su confiabilidad se ha respaldado por un Alfa de Cronbach de 0,7621 y de 0,8722. Así mismo su validez y confiabilidad ya establecidos, no consideran el tercer ítem.

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols.,1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

Procedimiento

Se realizó la difusión del estudio a través de redes sociales, se filtraron los resultados para la identificación de los adolescentes que presentaron ideación suicida. A esta muestra se le aplicó de forma individual, voluntaria y confidencial los instrumentos: Escala de Desesperanza de Beck, incluida en la Escala de Depresión del CES-D, Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha y Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) con el fin de medir las variables de ideación suicida y confinamiento.

Los participantes fueron adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 15 años que estuvieran cursando la secundaria, con previa autorización de sus padres o tutores. El consentimiento informado se les dio a conocer a los padres antes de que sus hijos resolvieran el instrumento, que se les presentó en el documento de *google forms*.

Análisis de Datos

Se estimaron los porcentajes, medias DE y frecuencia. Se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 7.5 para Windows y Excel 2017

Resultados

Escala de Desesperanza de Beck se puntúa uno (1) a las repuestas “verdaderas” en los ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, mientras que el resto de respuestas son “falsas”. El punto de corte adecuado para la calificación de la prueba se sitúa en ocho (8), de modo que una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto. Tomando como referencia estos ítems se arrojaron los siguientes resultados:

Tabla 1									
Resultados de la aplicación del cuestionario de Desesperanza									
Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos
M	12	M	15	M	14	F	11	F	11
M	11	F	11	F	13	M	9	M	14
F	11	M	11	M	13	F	11	M	14
M	12	F	9	M	16	F	10	F	12
F	8	M	11	F	8	F	11	F	12
F	13	F	6	F	8	M	10	F	8
F	13	F	11	F	9	M	11	F	11
M	7	F	15	M	12	F	12	M	8
F	11	M	13	M	8	M	14	F	9
F	12	F	10	F	11	M	13	F	10
F	10	F	13	F	13	F	11	F	11
F	13	M	10	F	10	M	17	F	11
F	13	M	14	F	12	M	13	F	11
F	13	M	11	F	13	F	10	F	10
F	12	F	14	F	15	F	9	M	11
M	10	F	11	M	13	F	11	F	12
F	13	F	14						
Promedio: 11.45									

La tabla 1 se obtuvo por medio de la aplicación del cuestionario de Desesperanza, la cual arrojó un promedio de 11 puntos, de los cuales solo 2 participantes obtuvieron menos de 8 puntos. A partir de estos resultados se observó que el 98% de la muestra tiene un nivel de desesperanza alto mientras que el 2% no.

Escala de desesperanza de Beck

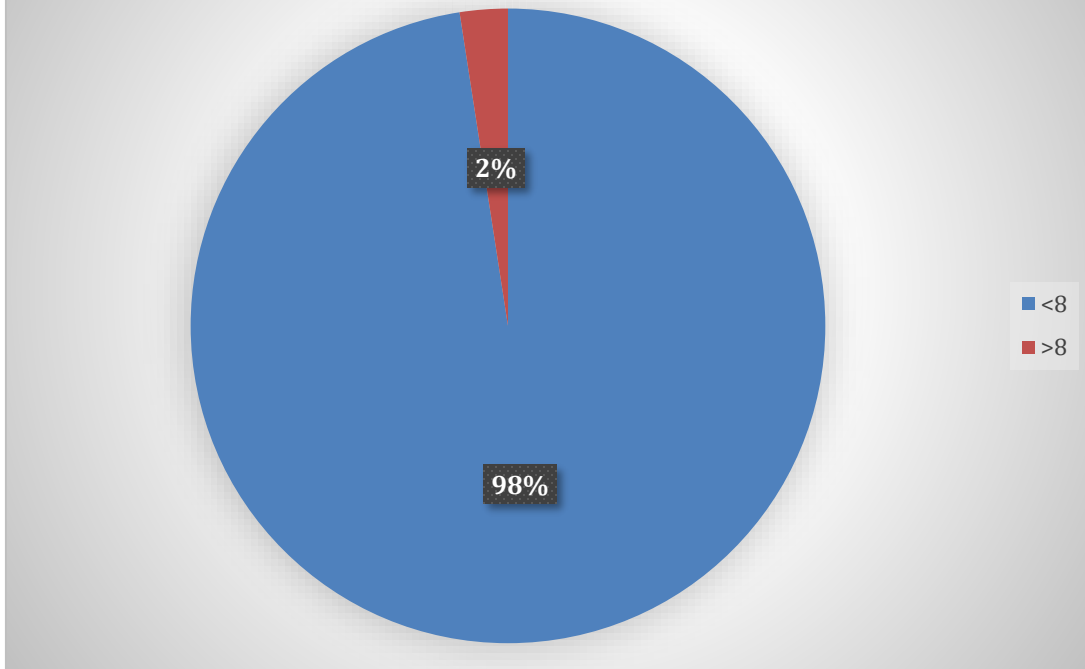


Ilustración 1 Nivel de desesperanza

Figura 1 se obtuvo mediante el análisis de la tabla 1, arrojó que el 98% de la muestra tuvo un nivel de desesperanza alto mientras que el 2% no tiene, teniendo en cuenta que si presentaban una puntuación mayor a 8 tenían desesperanza y menor a 8 que no la presentaban.

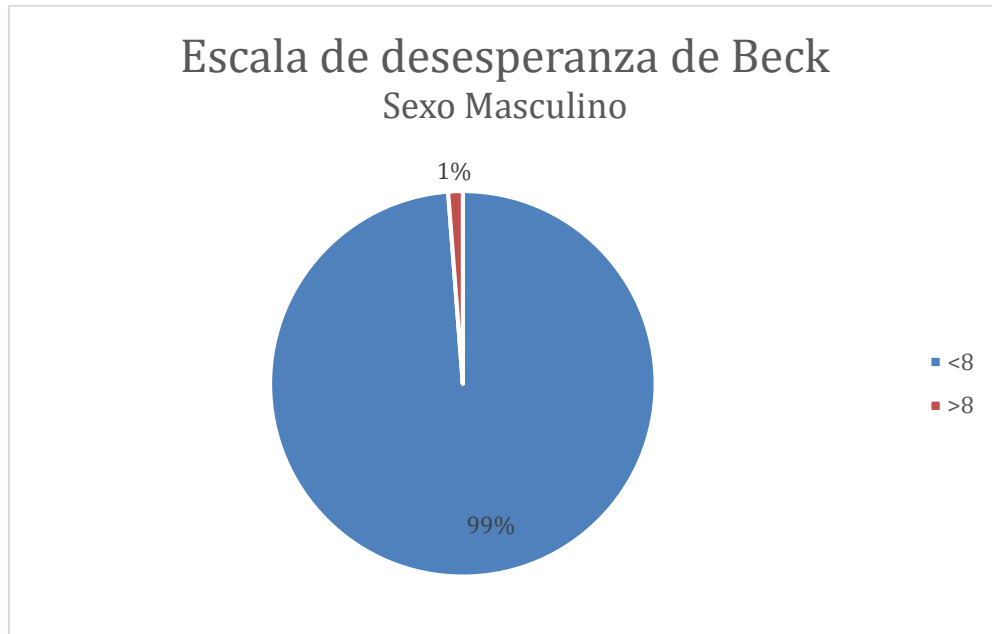


Ilustración 2 Escala de desesperanza de Beck- Sexo masculino

Figura 2 se obtuvo mediante el análisis de los resultados del género masculino de la tabla 1, donde se muestra que el 1% obtuvo menos de 8 puntos y el 99% más de 8.

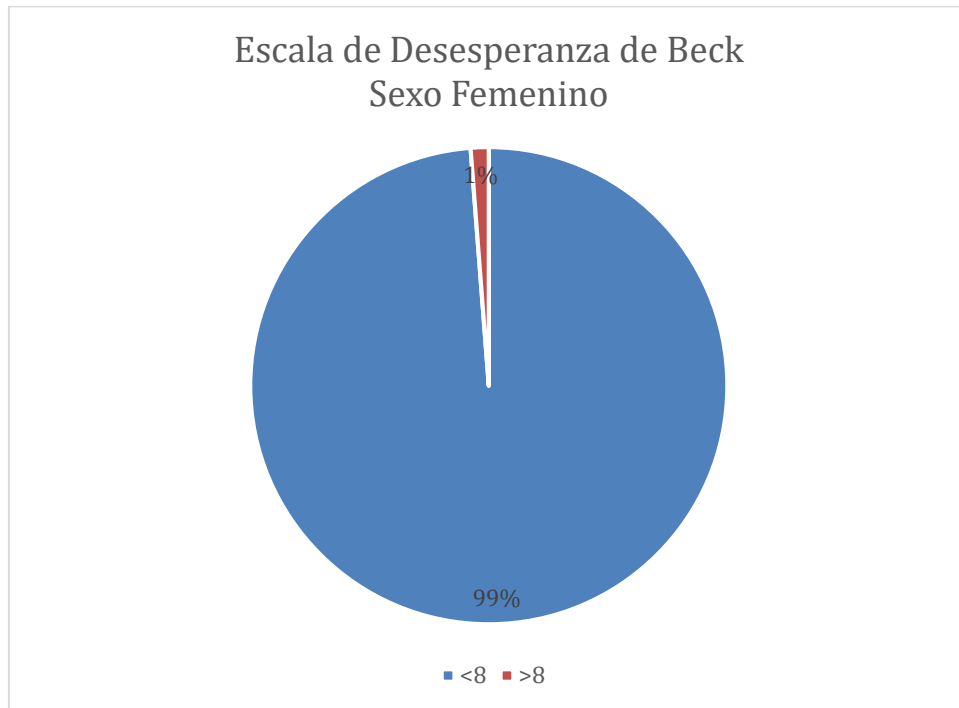


Ilustración 3 Escala de desesperanza de Beck- Sexo femenino

Figura 3 obtuvo mediante el análisis de los resultados del género femenino de la tabla 1, donde se muestra que el 1% obtuvo menos de 8 puntos y el 99% más de 8.

Escala de Roberts.

Presencia de los 4 síntomas

Tabla 2									
Resultados de la aplicación del Escala de Roberts (37), incluida en la Escala de Depresión del CES-D.									
Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos
M	0	M	0	M	0	F	1	F	4
M	0	F	0	F	4	M	0	M	4
F	0	M	0	M	0	F	4	M	0
M	1	F	0	M	2	F	0	F	1
F	2	M	2	F	4	F	0	F	0
F	4	F	0	F	4	M	0	F	4
F	1	F	0	F	3	M	2	F	4
M	0	F	2	M	0	F	0	M	0
F	1	M	0	M	2	M	0	F	4
F	0	F	1	F	1	M	1	F	0
F	0	F	0	F	0	F	0	F	4
F	4	M	4	F	0	M	3	F	2
F	4	M	3	F	0	M	1	F	3
F	4	M	0	F	0	F	1	F	0
F	0	F	1	F	4	F	1	M	2
M	1	F	4	M	4	F	0	F	0
F	2	F	4						
									Promedio:1.4

La tabla 2 fue obtenida por medio de la aplicación de la Escala de Roberts, la cual arrojo un promedio de 1.4, de los cuales menos de la mitad de la muestra no presenta algún síntoma mientras que el 55% presenta por lo menos 1 síntoma, es decir, 37 sin síntoma y el 45 si presenta. Estos resultados nos indican que los más de la mitad participantes no se encuentran emocionalmente estables.

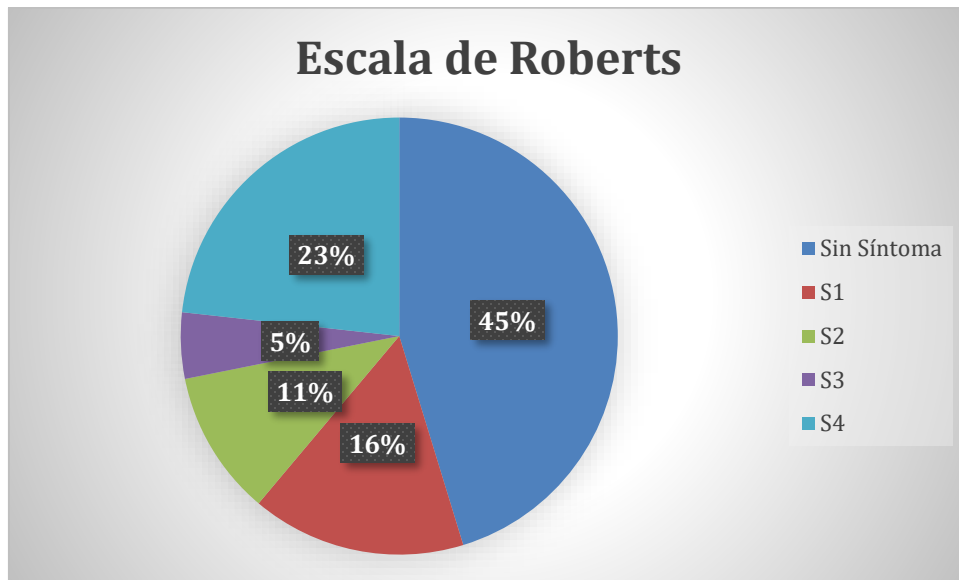


Ilustración 2 Escala de Roberts- Porcentajes de Ideación suicida

Figura 4 obtenida del análisis de la Tabla 2, donde el 45% de la muestra no presento síntomas de ideación suicida, el 16% solo presento un síntoma, el 11% con 2 síntomas, el 5% con 3 síntomas y el 23% presentaron 4 síntomas.

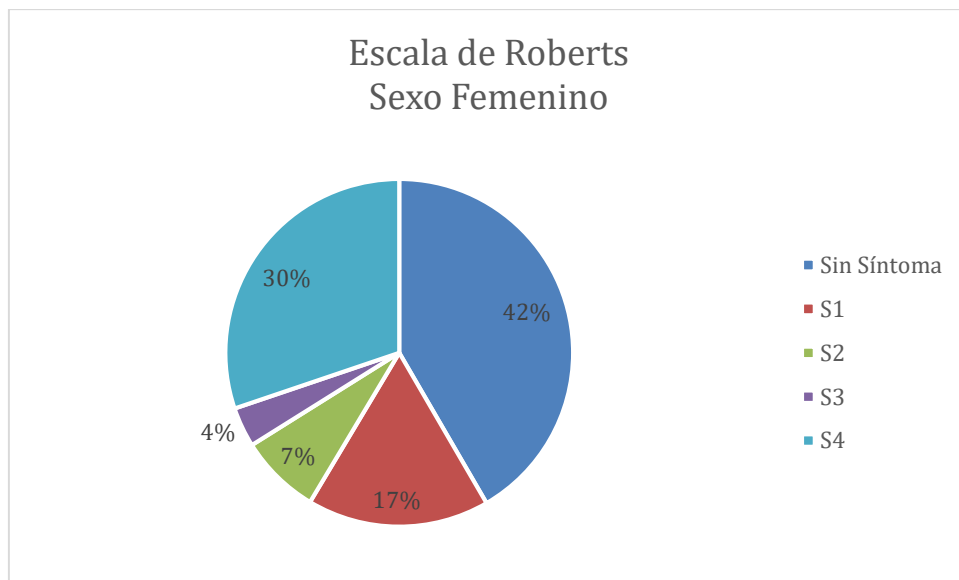


Ilustración 3 Escala de Roberts- Análisis sexo femenino

Figura 5 obtenida de la tabla 2 analizando los participantes del género femenino, teniendo como resultado que el 42% sin síntoma alguna, el 17% con un síntoma, el 7% con dos síntomas, el 4% con tres síntomas y el 30% con cuatro síntomas.

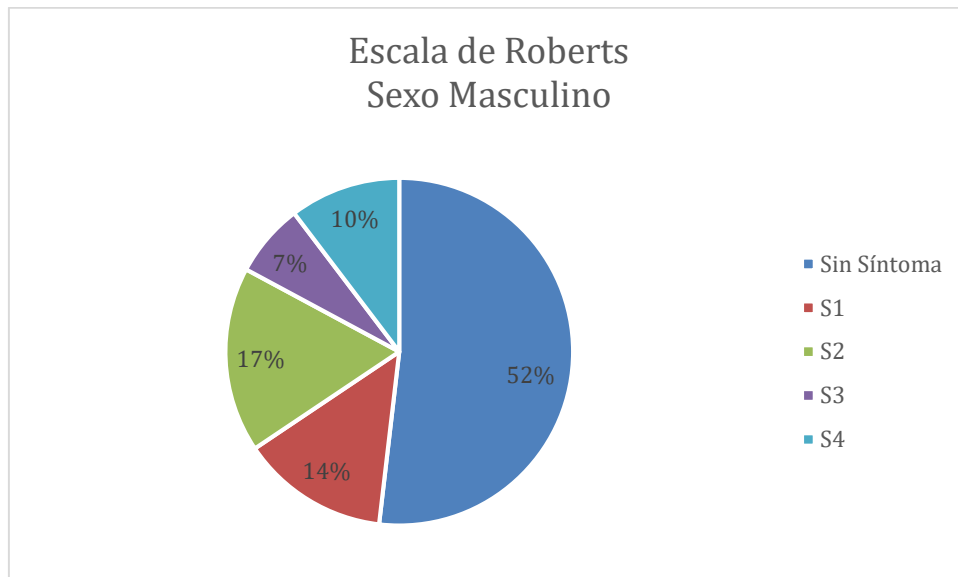


Ilustración 4 Escala de Roberts- Análisis de sexo masculino

Figura 6 fue obtenida de la tabla 2 analizando los participantes del género masculino, teniendo que el 52% no presenta síntoma alguno, el 14% un síntoma, el 17% presenta dos, el 7% tres síntomas mientras que el 10% los cuatro síntomas.

Tabla 3 Resultados de la aplicación de la Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha.									
Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos
M	0	M	6	M	0	F	2	F	1
M	0	F	3	F	7	M	0	M	5
F	0	M	0	M	0	F	9	M	1
M	1	F	12	M	1	F	0	F	1
F	0	M	0	F	3	F	0	F	0
F	6	F	4	F	2	M	0	F	10
F	1	F	5	F	6	M	6	F	14
M	3	F	4	M	11	F	0	M	0
F	0	M	6	M	2	M	2	F	1
F	6	F	7	F	0	M	3	F	0
F	12	F	11	F	0	F	0	F	6
F	3	M	14	F	0	M	0	F	9
F	0	M	2	F	0	M	0	F	3
F	0	M	2	F	0	F	6	F	1
F	0	F	0	F	0	F	1	M	0
M	0	F	0	M	11	F	2	F	6
F	4	F	2						
Promedio: 3									

La tabla 3 se obtuvo por medio de la aplicación de la Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha, la cual arrojó un promedio de 3, para un mejor análisis se dividió en cuatro apartados; donde 0= riesgo nulo, 1 a 4= mínimo, 5 a 8= moderado y de 9 a 12= alto. Entonces el promedio nos indica que la muestra presentó un riesgo mínimo, no obstante, se encontró que 33 participantes están en riesgo nulo, 26 en mínimo, 13 en moderado y 10 en alto. Divididos por sexo se observó que: 0=19, 1=17, 2=10 y 3=7 por parte de las mujeres y en hombres fue: 0=14, 1=9, 2=3 y 3=3

A partir de estos datos se filtraron los resultados de los participantes que presentan algún riesgo de suicidio.



Ilustración 5 Porcentaje de riesgo por género

Figura 7 se obtuvo mediante la filtración de casos que tienen algún riesgo suicida, donde el 40% no presenta riesgo, pero el 42% restante sí, donde el 41% es femenino y el 18% masculino.

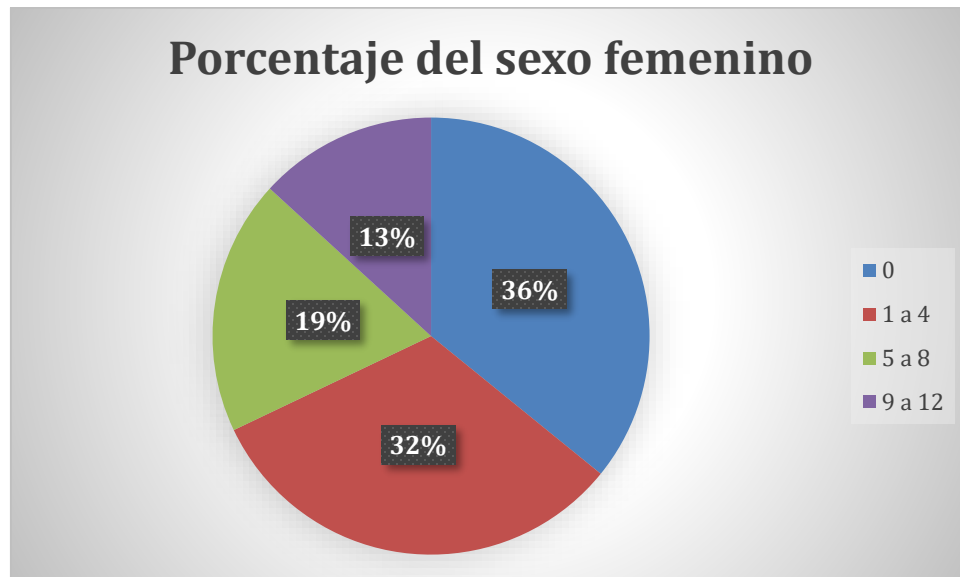


Ilustración 6 Análisis de riesgo- Sexo femenino

Figura 7, se dividió en 4 escalas donde el 0 no presenta riesgo o no obtuvo puntuación, de 1 a 4 es riesgo mínimo, de 5 a 8 riesgo moderado y de 9 a 12 es alto riesgo. Podemos encontrar que más de la mitad de la muestra presenta un riesgo de suicidio.

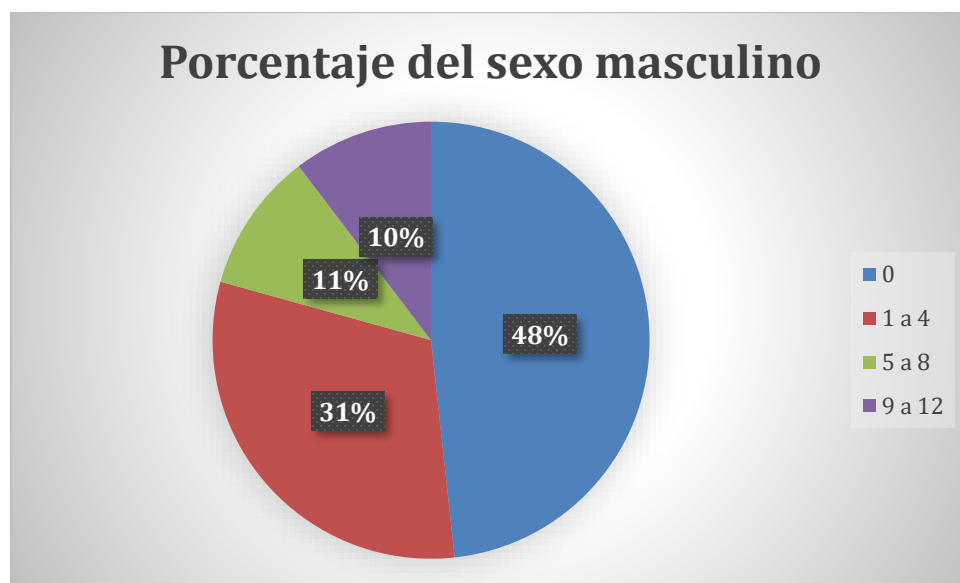


Ilustración 7 Análisis de riesgo-Sexo masculino

Figura 9 se obtuvo por medio del análisis obtenido de la Figura 7, de igual manera tuvo la división de la figura 8 para un mejor análisis. Donde el 0 es de 48%, de 1 a 4 es de 31%, de 5 a 8 el 11% y de 9 a 12 el 10%.

Se realizó una comparación entre ambos sexos se puede decir que el sexo masculino es quien menos tiene riesgo dentro de la muestra puesto que el porcentaje de no presentar algún indicio referente al suicidio es mayor al sexo femenino, dentro del porcentaje que presenta de 1 a 4 el sexo masculino presenta con 1% mayor prevalencia, de 5 a 8 las mujeres presentan mayor riesgo y de igual manera de 9 a 12 puntos las mujeres prevalecen arriba por un 3%.

Tabla 4

Resultados de la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB)

Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos	Sexo	Puntos
M	5	M	10	F	12	F	8	M	10
M	9	F	8	M	2	F	16	F	3
F	5	F	3	F	4	M	20	F	6
M	6	F	15	M	14	M	1	F	13
F	7	M	3	F	12	F	7	F	22
F	5	F	19	F	4	F	5	M	20
F	3	M	7	F	6	F	21	F	24
M	14	M	1	M	7	F	26	M	7
M	17	F	9	M	11	F	6	M	8
F	0	F	19	F	10	F	20	F	11
M	3	F	8	M	30	M	20	F	6
F	1	F	11	M	7	F	17	F	6
F	6	F	2	M	5	F	4	F	4
F	3	M	5	M	1	M	0	F	6
F	9	F	15	F	8	M	2	F	2
F	7	F	10	F	3	F	2	F	4
F	3	M	20						
									Promedio:8.87

Tabla 4 se obtuvo por medio de la aplicación de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), la cual arrojó un promedio de 8.87 puntos, se realizó una división de punto para que el análisis fuera más práctico donde: <12 es mínima, 13-25 es regular y 26-30 moderada. Entonces la muestra obtuvo un puntaje mínimo.

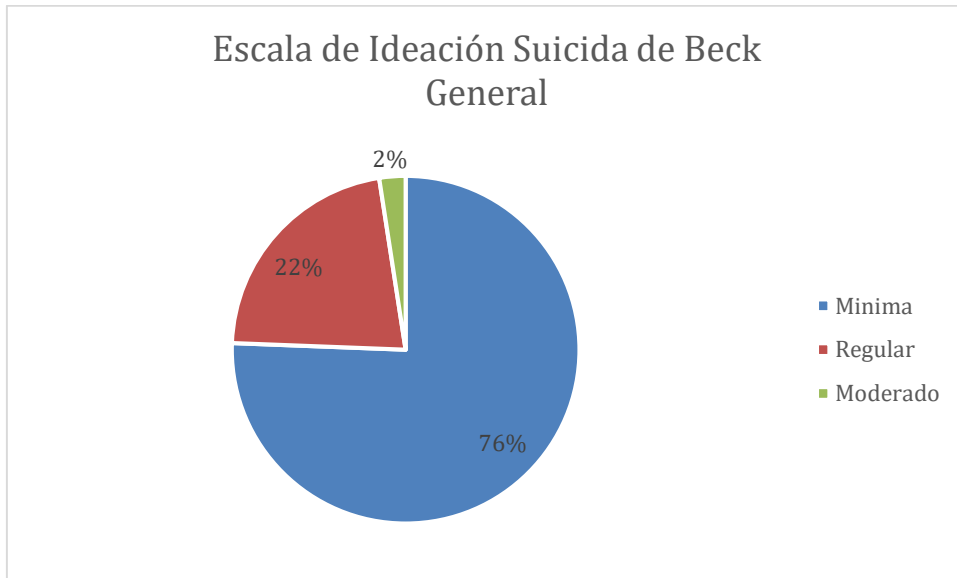


Ilustración 8 Análisis general de ideación suicida

Figura 10 se obtuvo por medio de la conjunción de los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Beck donde la mayor parte de la muestra tiene mínima ideación con un 76%, el 22% con una ideación regular y el 2% con una alta o moderada.

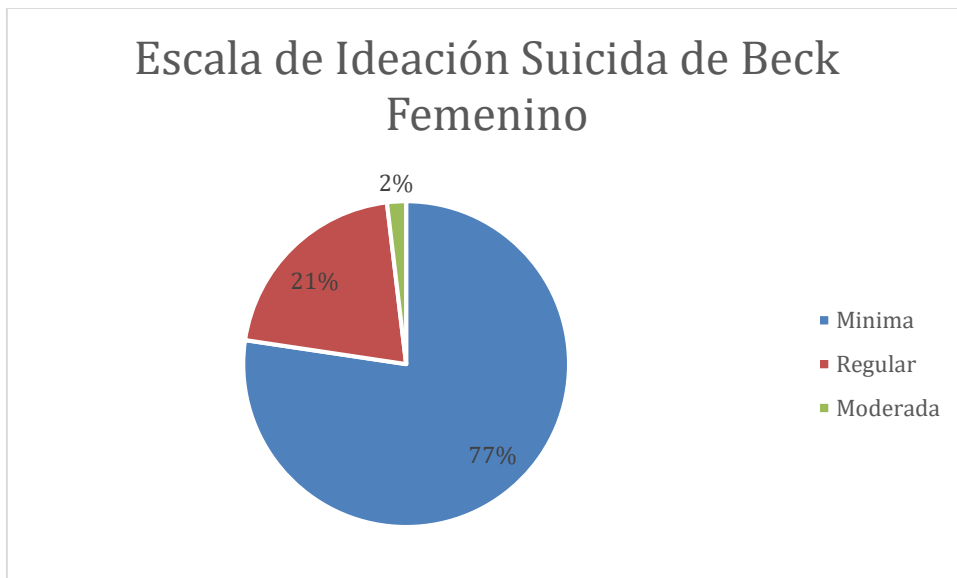


Ilustración 9 Análisis de ideación suicida- Sexo femenino

Figura 11 se obtuvo al dividir los resultados por sexo de la figura 29, donde se muestra que el 76% tiene mínima ideación, el 21% moderada y el 2% moderada o alta.

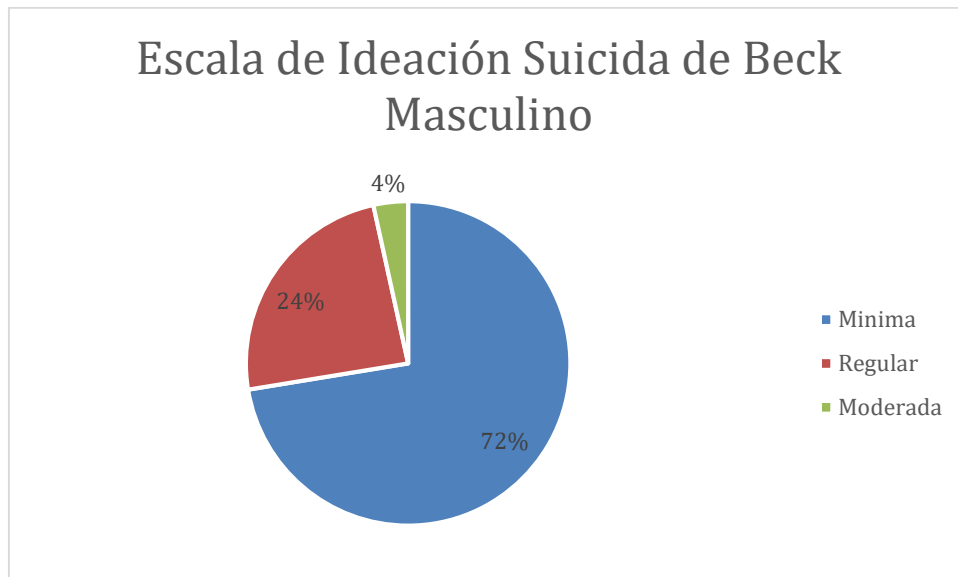


Ilustración 10 Análisis de ideación suicida-Sexo masculino

Figura 12 se obtuvo al dividir los resultados por sexo de la figura 10, donde el 72% tiene mínima ideación, 24% regular y 4% moderada.

Al comparar ambas escalas que se obtuvieron por sexo, se observa que en el género masculino existe menor ideación siendo que el femenino está por arriba por un 5% dentro del nivel mínimo, por su parte en el moderado las féminas continúan estando por arriba del género masculino por 3% puesto que el masculino tiene el 24% y en el nivel más crítico los hombres doblan el porcentaje de las féminas con un 4%.

Se identificaron a los adolescentes que son potenciales para cometer el acto de suicidio, que es mujer y un hombre, no obstante, se encontró que 10 adolescentes se encuentran en riesgo de planeación. Derivado del estudio se obtuvo que solo el 30% de la muestra buscaría ayuda si se encontrara en una situación de riesgo.

Discusión

Con base en los instrumentos aplicados se puede concluir que el confinamiento está afectando emocionalmente a los participantes, porque se presenta un aumento considerable de desesperanza porque casi todos los participantes muestran poco interés en su futuro o su situación actual no les provee bases para fijarse metas a corto, mediano o largo plazo. Por mencionar algunas cifras importantes de este cuestionario sería la pregunta 7 donde el 81.9% observa negro su futuro es decir no tiene expectativas o la pregunta 11 donde visualizan su futuro más desagradable que agradable. También observamos que existe una depresión leve o distimia porque al analizar los cuatro reactivos que engloban la ideación suicida el porcentaje es alto, dentro de estos tres más de la mitad respondía que no podía seguir adelante, presento pensamientos sobre la muerte, pensó que su familia estará mejor si él o ella no estuvieran, en el último ítem se modificó un poco la respuesta a la incógnita de si pensó en matarse, pero está a muy poco de presentar esta idea suicida; dentro de estas respuestas se

observó que los hombres presentan un porcentaje más alto que las mujeres por un 10%. En el tercer instrumento de igual manera se encuentra que más de la mitad de la muestra presenta afectación con emociones, situaciones en casa por el confinamiento y por sí mismo en la mayoría de los ítems, pero esto no les hace pensar en alguna situación autolesiva no obstante no están exentos de presentarla más adelante; realizando una comparación entre ambos sexos podemos decir que el sexo masculino es quien menos tiene riesgo dentro de la muestra puesto que el porcentaje de no presentar algún indicio referente al suicidio es mayor al sexo femenino, dentro del porcentaje que presenta de 1 a 4 el sexo masculino presenta por 1% mayor prevalencia, de 5 a 8 las mujeres presentan mayor riesgo y de igual manera de 9 a 12 puntos las mujeres prevalecen arriba por un 3%. En el último instrumento arrojó que el 2% presenta riesgo mínimo de desarrollar la ideación suicida mientras que el 98% restante presentan sintomatología regular o moderada. Analizando estos resultados se concluye que el confinamiento si afecta los niveles de ideación suicida en los adolescentes y de esta manera nos damos cuenta que al minimizar las relaciones sociales impactan de manera significativa el desarrollo del adolescente, es cuando comienzan a desestabilizarse sus emociones exacerbando otras como el enojo, el desagrado y la tristeza, por todo lo que observan escuchan y viven en casa o el impacto que crean los medios de comunicación.

Rosales et al (2013) en su investigación menciona que existen variables relacionadas con la ideación suicida, tales como: un estado emocional negativo, una perspectiva de futuro negativa y reporte de abuso sexual; de esta manera se sustentan los datos obtenidos pues la muestra arroja un nivel de desesperanza alto, mala percepción del futuro y aunque no se preguntó por la dinámica familiar es un punto importante porque si el núcleo familiar está inestable el adolescente estará más susceptible a un desbalance emocional.

Por su parte Quintana et al (2015) y Cháves-hernández et al (2015) mencionan que la principal causa de la ideación suicida son los problemas familiares, entonces por la contingencia sanitaria la dinámica familiar se modificó impactando el desarrollo social de esta, entonces los adolescentes ya no tenían interacción social por el cierre de escuelas y el convivir día y noche con su familia si los afectó en muchos aspectos pues muchos tuvieron que hacerse cargo de responsabilidades que no tenían y se vio afectada su estabilidad emocional, de igual manera el no tener un nivel de confianza o sentirse seguro en el escenario familiar, experimentar emociones (enojo, tristeza, soledad, deprimido e incomprensión por parte de la familia), ingreso en el contexto colectivo en donde la inadecuación inicial podría estar generando emociones poco positivas con los pares, inicialmente, y con las parejas. Franco et al (2020) menciona que los participantes que tiene mayor apoyo social tienden a una ideación suicida menor.

Las limitaciones encontradas en la presente investigación es la forma en que se recolectaron los datos, porque al analizar las respuestas se observó un pequeño número de respuestas duplicadas entonces estas se desecharon porque no se podía elegir cual era la verdadera, de igual manera el tamaño de la muestra fue pequeña por ende no se pudieron identificar las relaciones significativa en el conjunto de datos y de esta manera no son específicos, así mismo se sugiere que para proyectos futuros se realice en una escuela o centro educativo para un mejor control de la muestra. También encontramos que no existe literatura sobre nuestro tema sin embargo se pudo rescatar el confinamiento por enfermedad y como afecta a los adolescentes.

Referencias

- Andrade-Salazar, J. et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>
- Arensman, E. (2017). Suicide prevention in an international context. Progress and challenges. *Crisis*, 38(1), 1-6. doi:10.1027/0227-5910/a000461
- Arias, W. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia. *Avances en Psicología*, 21(1), 23-34. Recuperado de <http://ucsp.edu.pe/imf/wp-content/uploads/2014/12/Agresionyviolenciaenlaadolescencia1.pdf>
- Balluerka, L. et al (2020) Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de Investigación. España: Universidad del País Vasco. Recuperado de https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, 44(4), 499-505.
- Bocanegra-Abad, N. (2017). *Autoestima y depresión en un grupo de adolescentes huérfanos y no huérfanos de Lima*. Tesis de Diploma. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Brooks, S. et al (2020) “The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence”, *Lancet*, 26 de febrero, en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Castañeda, A. (2013). *Autoestima, claridad de autoconcepto y salud mental en adolescentes de Lima Metropolitana*. Tesis de Diploma. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
- Ceballos-Ospino, G. et al (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/895>
- Ciapara, N. et al (2018). Inclusión educativa: factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes. *Prisma Social: revista de investigación social*, (23), 185-207.
- Chávez-Hernández et al (2015) Ideación y tentativas suicidas en estudiantes de nivel medio del estado de Guanajuato, México. *Acta Univ.* 25:43-50
- CONAVE. (2020). Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica y por laboratorio de Covid-19. Gobierno de México/Secretaría de Salud. recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/537944/Lineamiento_COVID-19_2020.02.27.pdf
- CONEVAL (2018) Pobreza y derechos Sociales en México. Universidad Nacional Autónoma de México: México. Recuperado de:

<https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Pobreza-derechos-sociales.pdf>

- Cortes Alfaro A. (2014) Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana Medica Gen Integr.*; 30(1):132-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-21252014000100013>
- Crosby, A. E. (2016). La estrategia de prevención de la conducta suicida de los centros de control de enfermedades de los Estados Unidos de América de la conducta suicida.
- Dávila Cervantes, Claudio A., y Luna Contreras, Marisol. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista chilena de pediatría*, 90(6), 606-616. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>
- Delssin, M. A. (2020). Análisis de las muertes por suicidio en personas jóvenes en el norte de la provincia de Santa Fe (Doctoral dissertation).
- De la Torre, M. (2013) Protocolo para la Detección y Manejo Inicial de la Ideación Suicida. Guía desarrollada por el CPA: UAM
- Duffay-Pretel, L. et al (2017). Autoestima y desesperanza en adolescentes de una institución educativa del Quindío. *Duazary*, 14(2), 179-187. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1968/1639>
- Echeburúa, Enrique. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Ferrel-Ortega, F., Vélez-Mendoza, J., y Ferrel-Ballestas, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Revista Encuentros*, 12(2), 35-47. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v12n2/v12n2a03.pdf>
- Franco N. (2020) Ideación suicida y su asociación con el apoyo social percibido en adolescentes. *Aten Fam.* 2020;27(1):11-16.
- Gobierno de México (2020) Cuida tu salud mental. Estrategias de cuidado para la salud mental. recuperado de: <https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>
- González-Forteza, C. (2008) Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50(4), 292-299. Recuperado en 21 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000400007&lng=es&tlng=es
- Google Noticias (2021) México. Recuperado de: https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&mid=%2Fm%2F0b90_r&gl=MX&ceid=MX%3Aes-419&state=1 el día 10 de febrero del 2021.
- Gutiérrez-García, A. G., y Contreras, C. M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *Primera parte. Salud mental*, 31(4), 321-329.
- Gutiérrez, M., Urrutia, Y., Arias, G., Blanco, E, y Restrepo, Y. (2020). Causas y síntomas de depresión y ansiedad durante el confinamiento en época de pandemia.

- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 327-334.
- INEGI (2021) CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS EN MÉXICO DURANTE ENERO A AGOSTO DE 2020. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf el día 10 de febrero de 2021
- JIMÉNEZ CORTÉS, F. C., y Ruiz Nava, J. C. (2017). "IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES DE TLALNEPANTLA. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/80533794.pdf>
- MENDOZA, M. P. R., y ICAZA, M. E. T. M. M. (2018). Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios.
- Montes, J. F. C., González, O. U. R., Zamora, I. A. C., y Barba, M. A. R. (2020). Ideación suicida y autoconcepto en estudiantes mexicanos de bachillerato. *INFORMACION PSICOLOGICA*, (119), 108-118
- Organización Mundial de la Salud (2014) Prevención del suicidio un imperativo global. Washington D.C.: OPS; 94p.
- Montesdeoca, Y. A., y Villamarín, J. S. (2017). Autoestima y habilidades sociales en los estudiantes de segundo de bachillerato de la unidad educativa "Vicente Anda Aguirre" Riobamba, 2015-2016. Tesis de Diploma. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo.
- Moreno-González, M. A., y Ortiz-Viveros, G. R. (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-190. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004
- Organización Mundial de la Salud (2019). Suicidio. Nota descriptiva con fecha de 2 de septiembre de 2019. Recuperado el 6 de Septiembre de 2020 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- OMS (2020) Brote de enfermedades por coronavirus. (COVID-19). Recuerdo de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
- OMS. (2020). Nuevo Coronavirus, China. Recuperado de
- Osnaya, M. C., y Pérez, J. C. R. (2016). Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y salud*, 26(2), 233-243.
- Papalia, E., D., Wendkos, O., S. y Duskin, F., R. (2004) *Desarrollo Humano. México. McGraw-Hill. Cap. 1 Pp. 4-25*
- Pérez, J. C. R., y Osnaya, M. C. (2011). Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 9-30.

- Pérez, J. C. R., Osnaya, M. C. y Rosales, A. (2020). Propiedades psicométricas de dos escalas para el registro de la condición /emocional en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2), 541.
- Quintanilla-Montoya et al (2015) Del contexto cultural al funcionamiento familiar. Conocimientos compartidos y relaciones familiares en adolescentes con intento de suicidio. *Educación y Desarrollo*. 15-26
- Ramírez, S., y Valeria, K. (2018). Factores asociados a la ideación suicida en universitarios usuarios de atención psicológica. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Estado de Hidalgo
[http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2607/Tesis_Factores_riesgo_asociados_ideaci%
 c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2607/Tesis_Factores_riesgo_asociados_ideaci%c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y) maestría.
- Reinoso Aguirre, J. I. (2016). Violencia de género e ideación suicida en mujeres que acuden a la sala de primera acogida del Hospital Provincial General Docente Riobamba período octubre 2015-marzo 2016 (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016.).
- Riva, S. (2018) Inmunomodulación del eje hipotálamo-hipófisis-gónada: Valoración del conejo como biomodelo para el estudio de la fisiología de la reproducción. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
<https://eprints.ucm.es/50064/1/T40627.pdf>
- Rodríguez-Naranjo, C., y Caño-González, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/560/56024657005.pdf>
- Roman V, Abud C. Suicidio (2017) ¿De qué hablamos cuando hablamos de coberturas periodísticas del suicidio adolescente? Buenos aires: UNICEF. Recuperado de: [https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-5Suicidio Interior WEB.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/COM-5Suicidio%20Interior%20WEB.pdf)
- Román Vidal, K. D., y Rodríguez Reyes, P. D. (2020). Exposición a la violencia e ideación suicida en jóvenes de la comunidad LGBTI de la ciudad de Trujillo.
- Rodríguez, E. D. et al (2017). Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo: RIDE*, 8(15), 387-418.
- Rosales Pérez, J. C., Córdova Osnaya, M., y Rosales Córdova, A. (2020). PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DOS ESCALAS PARA EL REGISTRO DE LA CONDICIÓN EMOCIONAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS MEXICANOS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2).
- Rosales Pérez JC, Córdova Osnaya M y Guerrero Barrios DI. (2013) Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la Universidad Tecnológica del Estado de Puebla, México. *Rev Electrónica Psicol Iztacala*. 16:233-43
- Saldívar-Garduño, A. y Ramírez-Gómez, K. E. (2020). Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID-19 en México. *Persona*, (023(2), 11-40. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).5011](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).5011)

- Secretaría de Salud. (2020). Coronavirus (COVID-19) Comunicado Técnico Diario. Dirección General de Epidemiología. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449>
- Secundino Guadarrama, G. (2018). Síntomas de Depresión y Pensamientos Automáticos Asociados a La Ideación Suicida en Estudiantes del Nivel Medio Superior.
- Solís-Cámara, P. et al (2018). Depresión e ideación suicida: Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana De Psicología*, 11(1), 11-22. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.11104>
- UNICEF (2021) ¿COVID-19 enferma a niñas, niños y adolescentes? Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/historias/%C2%BFcovid-19-enferma-ni%C3%B1as-y-adolescentes-en-d%C3%ADa-10-de-febrero-del-2021>. Torres. M. (2018). Relación entre la ideación suicida y el suicidio consumado: México, 2016. Publicación digital.
- Toro-Tobar, R. et al (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan*, 16(4), 473-486
- Torija, C. S. T. (2020) El impacto psicológico de la pandemia de covid-19 en México. Recuperado de: <https://www.comecso.com/wp-content/uploads/2020/08/Covid-10-Santilla%C3%ACn.pdf>
- Valadez-Figueroa, I. et al (2020). Componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos de la ideación suicida y su relación con situaciones cotidianas de la vida familiar en adolescentes mexicanos. *Acta universitaria*, 29, e2489.
- Vázquez Mastache, N. J., y De Haro Rodríguez, M. A. (2018). factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. *Atención Familiar*, 25(2), 59-64.
- Velásquez, A. (2016). La autoestima y la asertividad en adolescentes de educación secundaria de un colegio estatal y particular de un sector del distrito de Santa Anita. *Av.psicol.*, 24(2), 193-203.
- Vázquez-Vega, D. et al (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 62-69. doi: 10.15174/au.2015.855
- Wang, C. et al (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

ANEXO 1. INSTRUMENTOS

Entrevista semiestructurada (Cuestionario inicial)

Responde las siguientes preguntas tomando como referencia la semana pasada.

1. ¿Qué emoción expresa?

- a) Tristeza
- b) Enojo
- c) Alegría
- d) Asco
- e) Temor



2. Durante la cuarentena, ¿Qué tanto la has experimentado?

Nunca Algunas veces Siempre

3. ¿Te gustó?

4. ¿Qué emoción expresa?

- a) Tristeza
- b) Enojo
- Alegría
- c) Asco
- d) Temor



5. Durante la cuarentena, ¿Qué tanto la has experimentado?

Nunca Algunas veces Siempre

6. ¿Te gustó?

7. ¿Qué emoción expresa?

- a) Tristeza
- b) Enojo
- c) Alegría
- d) Asco
- e) Temor



shutterstock.com • 552071365

8. Durante la cuarentena, ¿Qué tanto la has experimentado?


9. ¿Te gustó?

10. ¿Qué emoción expresa?

- a) Tristeza
- b) Enojo
- c) Alegría
- d) Asco
- e) Temor



11. Durante la cuarentena, ¿Qué tanto la has experimentado?

12. ¿Te gustó?
13. ¿Qué emoción expresa? 
- a. Tristeza
- b. Enojo
- c. Alegría
- d. Asco
- e. Temor
14. Durante la semana, ¿Qué tanto la has experimentado?
15. ¿Te gustó?
16. ¿Cuándo las cosas no te salen como quieres, puedes expresar lo que sientes con alguien? Nunca Algunas veces Siempre
17. ¿Puedes explicar a las demás personas como te sientes? Nunca Algunas veces Siempre
18. ¿Te motivas constantemente? Nunca Algunas veces Siempre
19. ¿Puedes hacer una autocrítica constructiva? Nunca Algunas veces Siempre
20. ¿Puedes diferenciar cosas que te hacen sentir triste o feliz? Nunca Algunas veces Siempre
21. ¿Te felicitas por las cosas que haces bien? Nunca Algunas veces Siempre
22. ¿Hablas contigo mismo? Nunca Algunas veces Siempre
23. ¿Aceptas cuando te equivocas? Nunca Algunas veces Siempre
24. ¿Puedes divertirte y pasar un momento agradable en cualquier lugar? Nunca Algunas veces Siempre
25. ¿Tienes confianzas en ti? Nunca Algunas veces Siempre
26. ¿Te relacionas fácilmente con los demás? SI NO a veces
27. ¿Consideras que tienes un buen sentido del humor? Nunca Algunas veces Siempre
28. ¿Aprendes de los errores que cometes? Nunca Algunas veces Siempre
29. ¿Te puedes tranquilizar antes alguna situación incómoda? Nunca Algunas veces Siempre
30. ¿Tienes ideas catastrofistas? Nunca Algunas veces Siempre
31. ¿Buscarías ayuda si tu vida se encontrara en riesgo? SI NO

Escala de Desesperanza de Beck

La Escala de Desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trexler, (1974), que consta de veinte (20) ítems que el sujeto valora si son verdaderos o falsos. Esta escala permite evaluar el grado de desesperanza en una persona, es decir, la actitud de éste hacia las expectativas futuras. Es una escala auto-administrada y de respuestas dicotómicas. Se puntúa uno (1) a las repuestas “verdaderas” en los ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, mientras que el resto de respuestas son “falsas”. El punto de corte adecuado para la calificación de la prueba se sitúa en ocho (8), de modo que una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

	SI	NO
1. Consideras tu futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Te darías por vencido al no poder hacer nada para que las cosas mejoren		
3. Cuando las cosas salen mal, te consuela saber que no pueden quedarse así para siempre		
4. No puedes imaginarte cómo sería tu vida en 10 años		
5. Tienes suficiente tiempo para llevar a cabo las cosas que más quieres hacer		
6. Esperas triunfar en el futuro, en las cosas que más te interesan		
7. Ves tu futuro negro		
8. Crees que eres una persona afortunada y que puedes conseguir más cosas de la vida que la mayoría de las personas		
9. No puedes superar tus problemas y no crees que existe alguna razón para hacerlo en el futuro		
10. Tus experiencias pasadas te ayudarán para enfrentar el futuro		
11. Todo lo que esperas del futuro es más desagradable que agradable		
12. No esperas conseguir lo que realmente deseas		
13. Cuando piensas en el futuro esperas ser más feliz de lo que eres ahora		
14. Para ti las cosas no funcionan de la forma que deseas		
15. Tienes mucha esperanza en el futuro		
16. Nunca consigues lo que te propones, por lo que es inútil desear obtenerlo		
17. Es poco probable que tengas alguna satisfacción real en el futuro		
18. Tu futuro te parece incierto		
19. Piensas que en el futuro habrá más tiempos buenos que malos		
20. Es inútil tratar realmente de conseguir algo porque probablemente no lo vas a lograr		

La Escala de Roberts

El siguiente instrumento se utilizó en el artículo “Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México”

La Escala de Roberts (37), incluida en la Escala de Depresión del CES-D. Consta de cuatro reactivos: “No podía seguir adelante”; "Tenía pensamientos sobre la muerte"; "Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)"; "Pensé en matarme”. Estos reactivos exploran el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo. El formato de respuesta es el mismo que el del CES-D, y registra su presencia y duración durante la semana anterior. Las opciones de respuesta son: 0 = ningún día, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días de la semana pasada. Los puntos de corte utilizados en los estudios varían de acuerdo con el criterio del investigador. Algunas veces se utiliza la media, más una desviación estándar, o la suma de los 4 reactivos, es decir, de los 4 síntomas. De acuerdo con la confiabilidad, en los estudiantes adolescentes la consistencia interna de las preguntas sobre el suicidio fue satisfactoria: alpha de Cronbach igual a .78, y alpha de Cronbach igual a .84(21, 22).

La Escala de Roberts (37), incluida en la Escala de Depresión del CES-D

	0= ningún día	1= 1-2 días	2= 3-4 días	3= 5-7 días
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan				
2. No tenía hambre, ni tenía apetito				
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza, no con la ayuda de mi familia o amigos(as)				
4. Sentía que era tan bueno(a) como los demás				
5. Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo				
6. Me sentí deprimido(a)				
7. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo				
8. Veía el futuro con esperanza				
9. Pensé que mi vida era un fracaso				
10. Tenía miedo				

11. Dormía sin poder descansar				
12. Estaba feliz				
13. Platiqué menos de lo norma				
14. Me sentí solo(a)				
15. Sentí que la gente era poco amigable				
16. Disfruté de la vida				
17. Lloraba a ratos				
18. Me sentía triste				
19. Sentía que no les caía bien a los demás				
20. No podía “seguir adelante				
21. Tenía pensamientos sobre la muerte				
22. Sentía que mi familia estaría mejor, si yo estuviera muerto(a)				
23. Pensé en matarme				

Escala de expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha

Este instrumento se utilizó en el artículo de “Ideación Suicida en Adolescentes de Tlalnepantla” En 1981, Okasha, Lotaif y Sadek, diseñaron un cuestionario, aplicado en estudiantes de medicina, formado por cinco ítems, con respuestas en escala tipo likert. Los cuatro primeros ítems exploran ideas suicidas de diferente intensidad, El quinto ítem consulta sobre intento de suicidio: 1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? (VNP= Vida no vale la pena) 2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto? (DEM= deseado estar muerto) 3. ¿Has pensado llevar tu vida como si realmente no estuvieras? (PTV= pensado en terminar con su vida) 4. ¿Has pensado terminar con tu vida? (IS) 5. ¿Has intentado suicidarte? (PS). Para cada ítem existen cuatro posibles respuestas: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. Las respuestas son referidas a los últimos 12 meses. El puntaje de esta escala se relacionó de manera significativa con síntomas psiquiátricos y con eventos vitales estresantes. La sumatoria de estos tres ítems conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos. El ítem de intento de suicidio también se puntúa de 0 a 3 puntos según el número de intentos de suicidio: ningún intento, un intento, dos intentos, tres o más intentos. La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje del ítem de intento de suicidio. La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad. La suicidalidad en adolescentes medida por este instrumento se relacionó significativamente con depresión, desesperanza, disfunción familiar y eventos vitales estresantes. Su confiabilidad se ha respaldado por un Alfa de Cronbach de 0,7621 y de 0,8722. Así mismo su validez y confiabilidad ya establecidos, no consideran el tercer ítem.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces
¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?				
¿Has deseado alguna vez estar muerto?				
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?				
	Ningún intento	1 intento	2 intentos	3 o más intentos
¿Has intentado alguna vez terminar con tu vida? (IS)				
¿Has intentado suicidarte? (PS)				

Escala de Ideación Suicida de Beck

Este instrumento se utilizó en el artículo Componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos de la ideación suicida y su relación con situaciones cotidianas de la vida familiar en adolescentes mexicanos, en el cuál se realizó un estudio con 723 jóvenes estudiantes de ambos sexos, entre 15 a 20 años de edad, de tres escuelas preparatorias ubicadas en la Zona Metropolitana de Guadalajara -Municipios de Guadalajara, Zapopan y Tlaquepaque- Jalisco, México. La ideación suicida se evaluó por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols.,1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38.

	0	1	2
1. Deseo de vivir	Deseo moderado o fuerte	Poco (débil)	Ninguno (no tiene)
2. Deseo de morir	Ninguno (no tiene)	Poco (débil)	Deseo moderado o fuerte
3. Razones para vivir/morir	Vivir supera morir	Equilibrado	Morir supera vivir
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo	Ninguno (inexistente)	Poco (débil)	Moderado a fuerte
5. Deseo pasivo de suicidio	Tomaría precauciones para salvar su vida	Dejaría la vida/muerte a la suerte	Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida
6. Duración	Breves, periodos pasajeros	Periodos largos	Continuos (crónicos) casi continuos
7. Frecuencia	Rara (ocasionalmente)	Intermitente	Persistente y continuos
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos suicidas	Rechazo	Ambivalente; indiferentes	Aceptación
9. Control sobre la acción/ deseo de suicidio	Tiene sentido de control	Inseguridad de control	No tiene sentido de control

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)	No lo intentaría porque algo lo detiene	Cierta duda hacia los intereses que lo detienen	Ninguno o mínimo interés en las razones que detienen indicar qué factores lo detienen	
11. Razones para pensar/ desear el intento suicida	Manipular el ambiente, llamar la atención, vergüenza	Combinación de 0 y 2	Escapar, acabar, salir de problemas	
12. Método: especificidad/ oportunidad de pensar en el intento suicida	Sin considerar	Considerado, pero sin elaborar los detalles	Detalles elaborados/ bien formulados	
13. Método, disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento	Método no disponible, no oportunidad	Método tomaría tiempo/ esfuerzo; oportunidad no disponible realmente	Método y oportunidad disponible	Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente	No está seguro de tener valor	Está seguro de tener ese valor	
15. Expectativa/ anticipación de un intento	No	Sin seguridad, sin claridad	Sí	
16. Preparación real	Ninguna	Parcial (guardar pastillas, conseguir pastillas)	Sí	
17. Notas suicido	Ninguna	Sólo pensada, iniciada, sin terminar	Escrita, terminada	
18. Acciones finales (para preparar la muerte) testamentos, arreglos, regalos)	No	Solo pensamos, arreglos parciales	Terminamos	
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida	Revela las ideas abiertamente	Revela las ideas con reservas	Encubre, engaña, miente	

ANEXO 2 Catalogo De Instituciones

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL) ofrece atención telefónica las 24 horas del día en el número: 0155 5259-8121.

Línea de Emergencia Nacional 911

Línea de la Vida 00911 2000. Lunes a Domingo, las 24 horas

Línea UNAM 55 5025 0885 para público en general. Lunes a viernes de 8:00 a 18:00

DIF CDMX: 5604-0127 ext. 2204

Hospital de las Emociones, 5795-2054.

LOCATEL 56 58 11 1 1

Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno 58-60-15-30 y 58-60-12-23 Km. 5.5 de la Autopista México Puebla, Colonia Santa Catarina en la Delegación Tláhuac, Distrito Federal

Dependemos administrativamente de los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud Federal. 55-73-03-87 y 55-73-15-00. Niño de Jesús No. 2, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan (Zona de hospitales).

El Instituto Nacional de Psiquiatría Tel: 5655-2811 Calz. México Xochimilco N° 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.

Centros de Integración Juvenil. Las 24 horas del día al teléfono: 52-12-1212 CIJ contigo Distrito Federal
Comunidades Terapéuticas de México A.C. Tel: +52 (55) 56-83-43-19 y al +52 (55) 36-03-67-85

UNAMES CAPA	
Álvaro Obregón	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (ENFERMEDADES CRÓNICAS) Calle Frontera No. 15, Col. San Ángel Tel: 55-5616-1623
Azcapotzalco	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) SANTIAGO AHUIZOTLA Calle Rosas Moreno S/N, Col. Santiago Ahuizotla. Tel: 55-5038-1700 ext: 6140

	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) TEZOSOMOC Av. Rafael Buelna S/N, Col. Tezozomoc. Tel: 55-5038-1700 ext: 6150
Benito Juárez	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Av. San Simón No. 94, Col. San Simón Ticumac. Tel: 55-5672-7567
Coyoacán	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calle San Gabriel No. 517, Col. Santa Úrsula Coapa. Tel: 55-5038-1700 ext: 6360 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calle Soledad Solórzano S/N, Col. Carmen Serdán. Tel: 55-5038-1700 ext: 6340
Cuajimalpa	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calle de la Zanja S/N, Col. San Mateo Tlatenango. Tel: 55-8164-5132
Cuauhtémoc	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calz. San Antonio Abad No. 350, Col. Asturias. Tel: 55-5038-1700 ext: 6550. UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Arcos de Belén No. 17, Col. Centro. Tel: 55-5038-1700 ext: 6501
Gustavo A. Madero	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calle Norte 94 esq. Oriente 83 S/N, Col. Malinche. Tel: 55-2603-3493 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calle Estado de México casi esq. Tecnológico S/N, Col. Valle Madero. Tel: 55-5323-3657 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calle 4a. Cda. Apango L-8 esq. Apango S/N, Col. Felipe Berriozabal. Tel: 55-5323-3936 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Calle Sauces Lt. 11 Mza. 68

	Zona 9 S/N, Zona Tlalpexco. Tel: 55-5323-3968
Iztacalco	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Oriente no. 116, esq. Con Puente Juan Carbonero, Col. Cuchilla Ramos Millan Tel: 55-58 03 83 17
Iztapalapa	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES Av. Telecomunicaciones s/n, casi esq. eje 5, Col. Chinampac de Juárez Tel: 55-26 33 78 87 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES Av. Zacatlán no. 146, Col. Lomas de San Lorenzo Tel: 55-58 45 85 81 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES Retama s/n, esq. 5 de febrero, Col. 2a. amp. Santiago Acahualtepec Tel: 55-58 32 33 23 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES Tetlepalquetzaltzin s/n, esquina Ilhuicamina, Col. amp. Los Reyes Culhuacan. Tel:55- 5674 1517 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES Independencia no. 20, Col. Zacahuizco. Tel:55-5674 1517
Magdalena Contreras	UNEME CAPA AMPLIACIÓN LOMAS DE SAN BERNABÉ Emiliano Zapata s/n, col. San Bernabé Ocoatepec Tel. 55-17185712 UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) San Jerónimo no. 2625, Col. Pueblo San Bernabé Ocoatepec Tel: 55-56 67 30 05
Miguel Hidalgo	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Mariano Escobedo no. 148, entrada por Lago iseo s/n, col. Anahuac Tel:55- 52 03 64 83
Milpa Alta	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Francisco del Olmo esq. Aldama, Pueblo de San Antonio Tecomitl Tel: 55-58 47 65 57

Tláhuac	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Cisne s/n, Col. Olivos Tel: 55-58 40 92 40
	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Fidelio Espinoza s/n, esq. Deodato, Col. Miguel Hidalgo Tel: 55-21 60 77 18
Tlalpan	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Camino Real al Ajusco s/n, Col. San Andrés Totoltepec Tel: 55-15 39 14 02
	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Matamoros esquina Allende s/n, Col. Santo Tomas Ajusco Tel: 55-58 46 24 14
Venustiano Carranza	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Xocoyote s/n, esq. Xanicho Xaltocan, Col. El Arenal, Cuarta Sección Tel: 55-15 45 07 76
	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Manchuria no. 8 Esquina Av. Transval, Col. Aquiles Serdán Tel: 55-11 14 51 72
Xochimilco	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Av. Tlahuac s/n, esquina Río Ameca, col. San Sebastián Tulyehuaco Tel: 55-25 94 14 81
	UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS (CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES) Antigua carretera Xochimilco-Tulyehualco s/n, pueblo Santa María Nativitas Tel: 55-21 57 47 33

ANEXO 3 Recomendaciones

Las recomendaciones que se han propuesto por parte del Gobierno de México (2020), en cuanto a prevención de riesgos psicológicos son: técnicas de autocuidado, medidas de higiene de sueño y técnicas de respiración entre otras, esto con el fin de disminuir riesgos que pudieran afectar la salud mental además de la prevenir posibles afectaciones físicas y fisiológicas; algunas de las recomendaciones son:

Técnicas de autocuidado: ante la incertidumbre y ansiedad que pudiese causar la situación que se está viviendo con la Pandemia del COVID-19 es necesario tomar medidas de autocuidado como tener una sana alimentación, balanceada y suficiente, además de una hidratación regular. Cuidar la calidad de sueño procurando dormir solo de noche y evitar siestas de más de 20 minutos, con el fin de evitar daños en el sistema inmunológico. Se recomienda realizar actividad física por lo menos 30 minutos al día.

Técnicas de respiración: La técnica de respiración consiste en buscar un lugar tranquilo, sin ruido donde se pueda sentar. Se deben cerrar los ojos colocar las manos en el abdomen bajo las costillas, inhalar por la nariz y exhalar por la boca. Las técnicas de respiración ayudan a disminuir la ansiedad, relaja los músculos y mejora la concentración.

Medidas de higiene de sueño: son recomendaciones que sirven para promover una mejor calidad y cantidad de sueño. Estas consisten en

- Disminuir el tiempo en la cama.
- Tener horarios regulares para acostarse y levantarse.
- Evitar la cafeína, alcohol y nicotina.
- Cenar ligero.
- Hacer ejercicio por la mañana
- No hacer siestas.
- Usar la cama solamente para dormir.
- Evitar dispositivos electrónicos media hora antes de dormir.
- Tener un ambiente cómodo para dormir.

Relajación muscular progresiva: la relajación muscular progresiva consiste en una serie de movimientos corporales que ayudan a relajar los músculos la tensión corporal. estos consisten en sentarse con los ojos abiertos, respirar con normalidad, después cerrar los ojos extendiendo brazos y pies al frente, inhalar por la nariz, apretando los músculos de la cara a la vez que se cierran los puños con fuerza, después exhalar por la boca al tiempo que se bajan los brazos y piernas relajando el cuerpo. Se repiten 4 ciclos disminuyendo la fuerza aplicada a los músculos.

Mindfulness o relajación plena: esta es una técnica de meditación que ayudan a la relajación, consiste en dejar de lado los miedos y preocupaciones que invaden y pueden llegar a controlar los pensamientos. Se trata de entrenar la atención para ser conscientes del presente a través de la apreciación total de los sentidos. Se puede realizar durante 20 minutos en cualquier lugar y momento del día.

Las principales recomendaciones durante la contingencia del *Coronavirus o COVID-19* son: que las personas permanezcan en su casa, mantenerse ocupado en actividades

productivas y positivas, compartir tiempo con la familia, colaborar en las tareas del hogar, practicar la tolerancia, solidaridad y respeto, con la finalidad de evitar o disminuir el temor y la ansiedad (Gobierno de México, 2020).

Niños, niñas, adolescentes y adultos con trastornos del neurodesarrollo o con algún tipo de discapacidad Las personas diagnosticadas con un trastorno del neurodesarrollo y las familias de éstas son particularmente vulnerables a las medidas de distanciamiento físico y podrían mostrar mayores problemas emocionales o conductuales; dificultando su manejo dentro del hogar. Las características clínicas y las necesidades varían dependiendo de si se trata de una persona con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), con trastorno del espectro autista (TEA) o con discapacidad intelectual, por mencionar algunos. Los trastornos del neurodesarrollo tienen características y necesidades distintas, dependiendo del diagnóstico, las comorbilidades y la misma edad por ello las recomendaciones que se realizan son en general y se podrán adaptar para cada caso en particular. Recomendaciones Transmitir tranquilidad. Las niñas, los niños y adolescentes con un trastorno del neurodesarrollo pueden ser reactivos a su estado emocional y a la forma o tono de las conversaciones, por lo que es importante proyectar una actitud de calma y tranquilidad durante el confinamiento por la emergencia sanitaria. Utilizar estrategias de afrontamiento positivo y de relajación. Algunos pacientes suelen reaccionar muy bien ante las estrategias de relajación y de afrontamiento que son efectivas en otras situaciones estresantes, así pues, el tener a la mano una lista de las mismas, ayudará a alcanzar la calma, la autorregulación y el manejo de la ansiedad. Dar comprensión con ayuda visual y narrativa social. Para explicar sobre COVID-19 a las personas con un trastorno del neurodesarrollo, es importante utilizar apoyo visual o narrativo (historias simples que explican una situación social). Estas estrategias le permitirán procesar información más fácil. Al momento de explicarle, utilice un lenguaje claro y concreto para explicar las indicaciones sobre cómo saludar a los demás, mantener la distancia personal y lavarse las manos. Implementar rutinas estructuradas. El funcionamiento de las personas con un trastorno del neurodesarrollo, al igual que en los niños, las niñas y los adolescentes; mejora cuando cuentan con rutinas, ya que éstas les permiten anticipar lo que sucederá para prepararse y mantener el control de la situación. Es importante seguir la estructura establecida respecto a las actividades de la vida diaria (sueño, alimentación, tareas y juego); los calendarios visuales pues contribuir a un mejor entendimiento de las actividades diarias en el hogar. Establecer medidas de higiene del dormir. Se debe favorecer un patrón de sueño nocturno, con horarios fijos para acostarse y levantarse, promover un entorno agradable para dormir, disminuir el ruido de fondo, evitar la entrada de luz y el uso de aparatos electrónicos (televisión, computadoras, tabletas, etc.) en la habitación. Controlar el acceso a la información en internet o en televisión. Prestar atención a lo que ven y escuchan en televisión e internet, reducir el tiempo frente a la pantalla, revisar contenidos sobre el tema del COVID-19, limitar la información estresante para disminuir la ansiedad y la preocupación. Promover el contacto social a distancia. Distanciamiento físico no debe ser sinónimo de distanciamiento social; el mantener contacto con los seres queridos a través de redes telefónicas o video llamadas favorece el mantenimiento de las relaciones sociales con personas significativas para los pacientes, lo que contribuye a la estabilidad de los mismos. Monitoreo de los cambios en el comportamiento. Las personas con trastornos del neurodesarrollo a menudo tienen dificultades para expresar emociones como el miedo, la frustración, la tristeza y la ansiedad; por lo que es posible que durante el aislamiento empeore la expresión de las mismas y que se presenten cambios en el comportamiento que incluyan un incremento en las conductas

repetitivos, los berrinches, la irritabilidad, la dificultad para seguir instrucciones y la intolerancia a la frustración, entre otros. Por tanto, es importante dar oportunidades para que la persona con un trastorno del neurodesarrollo participe en las estrategias de afrontamiento y de relajación que habitualmente le son de utilidad; por ejemplo, ejercicio físico, respiración profunda, contención física, escuchar música, realizar una actividad favorita o jugar. Evitar la automedicación. Si la persona con un trastorno del neurodesarrollo recibe tratamiento farmacológico es importante no suspenderlo y mantenerse en contacto con el médico tratante; jamás realizar ajustes o iniciar la medicación sin supervisión médica, puesto que se pueden presentar crisis conductuales o emocionales intensas y repetitivas que salgan fuera de control y que pongan en riesgo la integridad del menor o la de terceros; en caso de alguna crisis se debe acudir a los servicios de urgencias psiquiátricas para recibir la atención especializada (SSA, 2020)