



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
PEDIATRÍA**

**“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES
CON UN EVENTO SUICIDA, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO
DE IZTAPALAPA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVO

**PRESENTADO POR
LUIS ANGEL PINTOR GARCÍA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. PATRICIA ZAVALA RAMÍREZ**

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2022



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

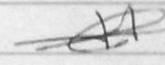
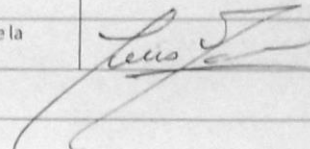
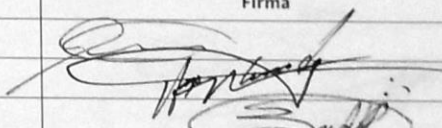
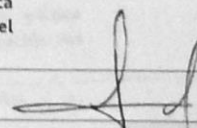
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

FORMATO DE REGISTRO DE PROTOCOLOS DE MÉDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD CON RIESGO MÍNIMO Y MENOR QUE EL MÍNIMO

Instructivo:

Este formato se fundamenta en la normatividad vigente en materia de investigación para la salud. Para ingresar la información posicione el cursor en la celda o espacio inferior izquierdo de cada apartado, se solicita el mismo tipo de letra, con espaciado sencillo y usar mayúsculas y minúsculas.

I. Ficha de identificación																			
Título del proyecto de investigación Identificación de factores de riesgo en adolescentes con un evento suicida atendidos en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa.																			
INVESTIGADORES PARTICIPANTES						INSTITUCIÓN/ESPECIALIDAD			FIRMA										
Nombre del Investigador principal (médico residente) Luis Angel Pintor García						Hospital Pediátrico Iztapalapa, Secretaría de Salud de la Ciudad de México/Pediatría													
Nombre del investigador asociado, en caso de existir																			
Nombre del profesor titular de la Especialidad Dr. Luis Ramiro García López						Hospital Pediátrico Tacubaya, Secretaría de Salud de la Ciudad de México													
Domicilio y teléfono del investigador principal Calle 35, No. 56, Col. Ampliación las Águilas, Nezahualcóyotl, Estado de México. Teléfono 55 6316 5920																			
Correo electrónico del investigador principal torilestat@gmail.com																			
Unidad(es) operativa(s) dónde se realizará el estudio Hospital Pediátrico Iztapalapa																			
II. Servicio dónde se realizará el estudio																			
a) Medicina	b) Odontología	c) Nutrición	d) Administración																
e) Enfermería	f) Psicología	g) Trabajo Social	h) Otra(especifique)																
III. Área de especialidad donde se realizará el estudio																			
1. Anestesiología	2. Medicina Interna	3. Medicina de Urgencias	4. Dermatopatología																
5. Cirugía General	6. Medicina Familiar	7. Cirugía Pediátrica	8. Medicina Crítica																
9. Ginecología y Obstetricia	10. Ortopedia	11. Cirugía Plástica y Reconstructiva	12. Medicina Legal																
13. Pediatría	14. Dermatología	15. Otra(especifique)																	
IV. Periodo de estudio																			
DEL		Día		Mes		Año		AL		Día		Mes		Año					
		0 1		0 3		2 1				2 8		0 2		2 2					
V. Datos de validación																			
						Nombre			Firma										
Jefe de Enseñanza e Investigación						Dra. Gabriela Arciniega Miranda													
Director de la Unidad Operativa						Dr. Hugo Alvarado Alfonso													
Director de Tesis						Dra. Patricia Zavaleta Ramírez													
ESPACIO PARA SER LLENADO POR EL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ÉTICA																			
Aprobación y registro																			
Fecha de recepción				Día				Mes				Año							
3 1				0 4				2 1				3 1							
Fecha de aprobación				Día				Mes				Año							
3 1				0 4				2 1				3 1							
Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética perteneciente a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, aprueban por consenso la evaluación del protocolo que se indica.																			
Nombre del presidente						Firma													
Mtra. Beatriz Domínguez López Jiménez																			
Comité de Enseñanza, Capacitación, Investigación y Ética																			
Dictamen						Aprobado <input checked="" type="checkbox"/>													
Hacer correcciones y presentar nuevamente						<input type="checkbox"/>													
No aprobado						<input type="checkbox"/>													
Fecha de registro				Día				Mes				Año							
1 3				0 4				2 1				3 0 6 0 1 0 0 2 2 1							
Código de registro				Unidad				Clave				Número				Año			

Dr. Luis Rodolfo Rodríguez Villalobos
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital Pediátrico Tacubaya

21/05/21



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
PEDIATRÍA**

**“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES
CON UN EVENTO SUICIDA, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO
DE IZTAPALAPA”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVO

**PRESENTADO POR
LUIS ANGEL PINTOR GARCÍA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
PEDIATRÍA**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. PATRICIA ZAVALA RAMÍREZ**

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2022



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



**“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN
ADOLESCENTES CON UN EVENTO SUICIDA, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE IZTAPALAPA”**

AUTOR: LUIS ANGEL PINTOR GARCÍA

Vo. Bo.

DR. LUIS RAMIRO GARCÍA LÓPEZ

TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA DE LA
SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Vo. Bo.

DRA. LILIA ELENA MONROY RAMÍREZ DE ARELLANO

DIRECTORA DE FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN MÉDICA E
INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**



**“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN
ADOLESCENTES CON UN EVENTO SUICIDA, ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE IZTAPALAPA”**

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. PATRICIA ZA VALETA RAMÍREZ
MÉDICA ADSCRITA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL
“DR. JUAN N. NAVARRO”

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se lo dedico a mi familia, que siempre de forma incondicional, me ha acompañado, apoyado, y estado presente en cada uno de los momentos importantes de mi vida.

Le agradezco de forma especial a mi madre y abuelos, los cuales siempre han luchado incansablemente para salir adelante a pesar de todas las dificultades y obstáculos de la vida.

A mis hermanos, primos, amigos y compañeros, por estar siempre presentes, por estar siempre apoyando y ayudando cada día de la vida.

Le agradezco infinitamente a la Dra. Patricia Zavaleta, por brindarme parte de su tiempo, para orientarme, dirigirme y apoyarme en la realización de este trabajo de investigación, el cual sin su ayuda no habría sido posible, y esperando con esto, ayudar en la mejoría de la salud física y mental de la población adolescente.

A la Dra. Arciniega, el doctor Velázquez, y el comité de investigación y ética del Hospital Pediátrico de Iztapalapa, quienes también contribuyeron a la realización de este trabajo.

A todos los médicos y médicas adscritos de los diferentes hospitales pediátricos, que han formado parte de mi formación académica y personal.

Finalmente, a todos los pacientes, que también han sido parte de nuestra formación, que se han involucrado emocionalmente con cada uno de nosotros y principalmente a aquellos adolescentes que contribuyeron en la realización de este estudio, esperando haber formado parte de su recuperación, y para los cuales fue realizado este trabajo.

Gracias a todos.

ÍNDICE	PÁGINA
Resumen	1
I. Introducción	2
II. Marco teórico	4
2.1 Marco contextual	4
2.2 Marco Referencial	4
2.3 Epidemiología	5
2.4 Antecedentes	8
2.4.1 Factores de Riesgo Poblacionales	8
2.4.2 Factores de Riesgo Individuales Predisponentes o Distales	11
2.4.3 Factores de Riesgo Individuales Intermedios o de Desarrollo	17
2.4.4 Factores de Riesgo Individuales Precipitantes o Proximales	19
2.4.5 Factores protectores	20
III. Planteamiento del problema	21
IV. Justificación	21
V. Hipótesis	22
VI. Objetivo General	22
VII. Objetivos específicos	22
VIII. Metodología	23
8.1 Tipo de estudio	23
8.2 Universo del estudio	23
8.3 Tamaño de Muestra	23
8.4 Criterios de inclusión	23
8.5 Criterios de Exclusión	23
8.6 Criterios de Eliminación	23
8.7 Variables	24
8.8 Procedimiento	29
8.9 Análisis estadístico	30
8.10 Instrumentos	30
8.10.1 Cédula de factores de riesgo en adolescentes con conducta suicida	30

8.10.2 Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio	30
8.10.3 Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P)	31
8.10.4 Cuestionario de Asignación Diagnóstica, versión para niños y adolescentes (CADI-N)	32
8.10.5 Cuestionario de Sucesos de Vida	34
IX. Consideraciones éticas	34
X. Resultados	36
10.1 Resultados de cédula sociodemográfica	36
10.2 Características del comportamiento suicida actual y previo	39
10.2.1 Ideación suicida previa al intento suicida	39
10.2.2 Intensidad de la ideación suicida previa	39
10.2.3 Comportamiento suicida previo	40
10.2.4 Letalidad del intento suicida actual	41
10.2.5 Métodos utilizados en el intento suicida actual	41
10.3 Psicopatología de los adolescentes	42
10.4 Resultado de sucesos de vida	43
XI. Discusión	44
XII. Conclusiones	51
XIII. Referencias	52
Índice de tablas	
Tabla 1. Características sociodemográficas de población adolescente estudiada	57
Tabla 2. Características de género, orientación sexual y reproductividad de la población adolescente estudiada	58
Tabla 3. Uso y manejo de tecnología (internet) en población adolescente estudiada	59
Tabla 4. Uso de servicios de salud previo al intento suicida	60
Tabla 5. Frecuencia de historia de bullying en los participantes	61
Tabla 6. Antecedentes Heredo-Familiares de población adolescente estudiada	62
Tabla 7. Afección por COVID-19 y el confinamiento asociado en población adolescente estudiada	63
Tabla 8. Ideación Suicida en población adolescente, reportada en Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio	64
Tabla 9. Características del intento suicida	65
Tabla 10. Frecuencia de trastornos psiquiátricos reportados por el	66

adolescente y por los padres	
Tabla 11. Sucesos de vida presentes en los últimos 6 meses en los adolescentes	67
Anexos	
Anexo 1. Cédula de Factores de Riesgo en adolescentes con conducta suicida	69
Anexo 2. Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio	71
Anexo 3. Cuestionario de Asignación Diagnóstica para Padres (CADI-P)	73
Anexo 4. Cuestionario de Asignación Diagnóstica, versión para niños y adolescentes (CADI-N)	75
Anexo 5. Cuestionario de Sucesos de Vida	77
Anexo 6. Consentimiento informado para adolescentes	79
Anexo 7. Consentimiento informado para padres	82
Glosario	85

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El comportamiento suicida representa una de las tres causas principales de mortalidad entre personas de 15 a 35 años. Este involucra diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran factores ambientales, socio-demográficos e individuales. En el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, se reportaron 33 pacientes con intento suicida en el periodo de 2019 y 2020, por lo que es importante para detectar los factores de riesgo que presentan estos adolescentes.

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo individuales, familiares, sociales médicos y psicológicos que presentan los adolescentes que ingresan al Hospital Pediátrico de Iztapalapa por un evento suicida.

METODOLOGÍA: Estudio clínico, transversal, observacional, descriptivo. Se invitó a participar a los padres y adolescentes que se encontraban hospitalizados por intento suicida durante el primer semestre del 2021. Posterior a la lectura y firma de consentimiento informado se aplicaron la cédula de evaluación de factores de riesgo sociodemográficos en adolescentes, la escala de riesgo suicida de Columbia e instrumentos clínicos de psicopatología (Cuestionario de Asignación Diagnóstica en Niños y Padres), así como el Cuestionario de Sucesos de Vida.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se obtuvo una muestra de 11 pacientes. La mayoría fueron mujeres, con una media de edad de 13.9 años. Los pacientes presentaron una media de 5.9 (rango de 4 a 8) factores de riesgo para conducta suicida. La depresión fue el diagnóstico principal, seguido de los trastornos de ansiedad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El 80% de los adolescentes refirió una media de 1.6 intentos suicidas previos al actual y la mayoría de ellos no habían recibido diagnóstico psiquiátrico ni atención psicológica previa. Es importante generar un programa de atención interdisciplinaria entre especialistas en salud mental y pediatras para la atención y prevención de recurrencia de conductas suicidas en esta población.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; desde las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez. (Hernández, 2016).

La Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, dividiéndola en dos fases: temprana de los 11 a los 14 años, y tardía de los 15 a 19 años, cada una con cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y de personalidad. La UNICEF la define: como una época de cambios, con variaciones físicas y emocionales, que transforman al niño en adulto, se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación; sin embargo para lograrlo, el adolescente aún necesita apoyo de la familia, la escuela y la sociedad, ya que se encuentra en una fase de aprendizaje. (Hernández, 2016).

Los factores que intervienen en esta etapa del desarrollo, como lo explica Hernández (2016), son determinados por el contexto donde se desarrolla el individuo y lo esperado por la sociedad ante dichos cambios. Además se ha demostrado en diversas investigaciones, que el comportamiento del adolescente está influenciado por elementos biológicos, psicológicos, sociales y hereditarios, por lo que se actúa de acuerdo a los acontecimientos que se vayan presentando, como medio de afrontamiento ante las demandas positivas y negativas de la vida.

También Hernández (2016) describe que más allá de las cuestiones biológicas que inician en la pubertad, en la adolescencia se producen cambios psicológicos, en la forma como los individuos asimilan y aceptan su nueva imagen corporal, así como sus nuevas capacidades motoras y sexuales a partir de sus expectativas, y de las normas y preferencias del grupo en el que está inmerso.

Uno de los grandes problemas de salud pública, es el comportamiento suicida, que tal como lo menciona Turecki et al. (2016), afecta a jóvenes de todas las razas y grupos socioeconómicos, sin embargo con algunas diferencias entre grupos, siendo

algunos más susceptibles que otros, involucrando diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran de acuerdo a diversos modelos, factores ambientales, sociodemográficos e individuales, destacando entre estos algunos eventos adversos en etapas tempranas de la vida, historia familiar y genética, así como consumo y abuso de sustancias, y el desarrollo de trastornos de la personalidad y problemas con el control de impulsos y agresividad.

Una gran parte del comportamiento suicida, lo conforman las conductas autolesivas, las cuales de acuerdo a García et al. (2015), son un fenómeno en aumento entre la población adolescente, pudiendo ser consideradas como un predictor de muerte, ya que su presencia se asocia a incrementos de hasta 10 veces el riesgo de suicidio. Se estima una prevalencia de este comportamiento en adolescentes en 13%, y de hasta 26% en los que presentan pensamientos suicidas. En México se ha reportado una prevalencia del 5.6 al 17.1%. (García et al., 2015).

El suicidio recientemente se ha convertido en una de las tres causas principales de mortalidad entre personas de 15 a 35 años, calculándose que cerca de 71 000 adolescentes, se suicidan anualmente, y 40 adolescentes más, lo ha intentado. En México, la tasa de suicidios ha aumentado 275% de 1970 a 2007, con un mayor incremento en el grupo de 15-29 años siendo la segunda causa de muerte en este grupo de edad. (Hernández, 2016).

En el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, se han reportado 33 pacientes con intento suicida en el periodo de 2019 y 2020, por lo que es importante sensibilizar al personal de salud en temas de salud mental, así como implementar un tamizaje efectivo y fácilmente aplicable, para detectar factores de riesgo individuales, sociodemográficos, y médico-psiquiátricos, los cuales pueden ser potencialmente prevenibles, detectar pacientes con alto riesgo de un reintento suicida, así como implementar medidas de prevención en adolescentes con dichos factores de riesgo sin comportamiento suicida, durante las consultas de seguimiento de rutina de todos los pacientes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL

De acuerdo a Hernández (2016), la salud mental, implica un bienestar en el cual el propio individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabaja productivamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Además está estrechamente relacionada con la salud física, por lo que es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Debido a su importancia, se debe realizar una búsqueda e intervención intencionadas de factores de riesgo (familiares, económicos, sociales y ambientales) que puedan ejercer una influencia negativa, predisponiendo la aparición de trastornos mentales.

Es posible que los factores de riesgo no sean la causa directa de comportamientos de riesgo, pero aumentan la probabilidad de que una persona joven los adopte, por lo que conocerlos, ayuda a diseñar intervenciones efectivas para modificar las conductas de los adolescentes.

2.2 MARCO REFERENCIAL

Dentro de las consultas médicas de urgencia otorgadas en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2020, se encontraron 33 consultas de adolescentes entre 10 y 17 años por intento suicida, de las cuales 14 fueron hombres y 19 mujeres, con mayor prevalencia en el grupo de edad de 14 a 17 años, con 23 pacientes, a diferencia del grupo de 10 a 13 años, con 10 pacientes. Del total de intentos suicidas, 1 paciente intentó ahorcamiento, y 32 pacientes ingirieron intencionadamente fármacos, siendo la mayoría fármacos psicotrópicos en cerca de 15 pacientes, principalmente clonazepam, sertralina y fluoxetina, entre otros, seguido de analgésicos como paracetamol y aspirina en 3 pacientes, y otros medicamentos aislados, como glibenclamida, metronidazol, metoclopramida, metilfenidato o semilla de la India, los cuales varían en cuanto a

letalidad. Cabe destacar la utilización de múltiples fármacos hasta en por lo menos 6 de estos pacientes. Además, se reporta en 4 pacientes el consumo de sustancias, principalmente etanol, seguido de cannabis. Todos los pacientes fueron evaluados por el servicio de psiquiatría en la unidad médica, encontrando en 15 de ellos, alguna comorbilidad psiquiátrica, principalmente trastornos del estado de ánimo, ansiedad y trastorno por consumo de sustancias, así como cutting en 3 de ellos, con la presencia de 1 paciente con reintento suicida en menos de 1 año, el cual fue trasladado a Hospital Psiquiátrico Infantil para vigilancia y seguimiento. En el resto de pacientes no fue encontrado algún trastorno psiquiátrico, siendo su intento suicida, posterior a discusiones o situaciones estresantes, sin contar con ideaciones suicidas previas, a los cuales se les dio seguimiento psicológico posteriores a su egreso.

Finalmente, aunque no se interrogó intencionadamente la asociación entre comportamiento suicida y confinamiento por la pandemia de COVID-19, es interesante recalcar, que del total de pacientes, durante el año 2019 solo acudieron 10 de éstos, los cuales aumentaron a 23 tan solo de enero a octubre del año 2020, pudiendo existir una relación con el confinamiento debido a la pandemia.

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

Según un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el mundo existen cerca de 1800 millones de personas entre 10 y 24 años de edad. En el caso de México, según un informe del INEGI, la población de adolescentes y jóvenes es de 29.9 millones, representando el 24.9% de la población total; de los cuales el 36.8% son adolescentes entre los 15 y 19 años, siendo mayor la población masculina que la femenina (106.8 hombres por cada 100 mujeres). (Hernández, 2016).

La mortalidad en la población de adolescentes ha ido disminuyendo con el paso de los años, desde 3.3% en 1970, a 2.6% en 2010, esperando cifras del 0.8% para 2030. Como es de esperarse debido a exposición a factores de alto riesgo, es más

alta la mortalidad en población masculina, siendo las principales causas las agresiones, lesiones autoinflingidas y accidentes automovilísticos. (Hernández, 2016).

Se calcula que alrededor del 20% de los adolescentes en todo el mundo, tienen problemas mentales o de comportamiento, siendo la depresión, según Hernández (2016), una de las principales enfermedades que contribuyen a la morbilidad entre jóvenes de 15 a 19 años, siendo también una de las principales causas de discapacidad. En México se ha visto que los trastornos psiquiátricos inician en las primeras décadas de la vida, y que al menos 2% de la población, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años; así como que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años, han presentado depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II durante la segunda década de vida, con más prevalencia de depresión en mujeres.

Globalmente el suicidio es la segunda causa de mortalidad en las edades de 15 a 29 años de edad, y la tercera causa entre los 15 y 44 años de edad. En el año 2015, hasta el 78% de los suicidios reportados, fueron cometidos en países de bajos y medianos ingresos. (Bachmann, 2018).

De acuerdo a Bachmann (2018), la tasa de mortalidad global de suicidio se encuentra en 1.4%, con una tasa de 10.7-11.4 por cada 100 000 habitantes, resultando en hasta 804 000 muertes por suicidio.

La distribución de suicidios entre países se refiere a la tasa por cada 100 000 habitantes, variando de acuerdo a cada región, con una tasa de 3.8 a 4.3 en el Este Mediterráneo, 8.8-12.8 en la región africana, 9.1-9.6 en América, 9.1-10.8 en la región del Pacífico, 12.9-13.3 en el Sureste de Asia, y 11.9-14.2 en Europa; encontrando la tasa más baja, entre 0 y 4.9 en algunos países como Guatemala, Egipto, Grecia, e Iraq; entre 5 y 9.9 en México, Perú, Brasil, España y Chile; entre 10 y 14.9 en China, Noruega, Australia, Canadá, Argentina y Estados Unidos; teniendo la tasa más alta, mayor a 15 por cada 100 000, algunos países como Suiza, Suecia, India, Tailandia, Francia y Japón, entre otros. (Bachmann, 2018).

También Bachmann (2018), describe el comportamiento suicida no fatal, el cual ocurre con más alta frecuencia que el suicidio, con una prevalencia de intentos de suicidio hasta 10-30 veces más alto en comparación al suicidio completo, siendo reportado en Estados Unidos, hasta 100 a 200 intentos por suicidio en adolescentes entre 15 y 24 años de edad.

Comparaciones internacionales basadas en datos de estudios de Salud Mental Global de la OMS (2001-2007), indican una prevalencia promedio a 12 meses de 2-2.1% para ideación suicida, y 0.3-0.4% para intento suicida. Aquellos individuos que se reportan con ideación suicida dentro de 12 meses previos, tienen una prevalencia alta de intento suicida, hasta 15.1% en países desarrollados, y 20.2% en países en desarrollo. (Turecki et al., 2016).

Estudios reportados por Turecki et al. (2016), han encontrado que dentro de un lapso de 12 meses, hasta un tercio de los y las adolescentes con ideación suicida, realizarán un intento suicida, y aquellos que ingresan al servicio de urgencias, tienen un riesgo de suicidio o de intento repetido de 1.6 y 16.3%, respectivamente, con un riesgo suicida a los 5 años de 3.9%.

En países de altos ingresos, los hombres de edad media tienen la más alta tasa de suicidio, encontrando en este grupo de edad una tasa de intento suicida del 12.1-33%, y comportamiento suicida de 4.1-9.3%. Las mujeres tienen una tasa más alta de ideación e intento suicida, pero con generalmente tasas más altas de muerte por suicidio en hombres, con 15 de cada 100 000, a comparación de 8 por cada 100 000 en mujeres. (Turecki et al., 2016).

La depresión es la principal causa de muerte de suicidio a nivel mundial, siendo más de la mitad de los suicidios relacionados con trastornos del estado de ánimo y depresión, y entre las edades de 12 a 18 años de edad, los trastornos relacionados con el abuso de sustancias, representan la segunda causa más común (22.4%) para suicidio completo. (Turecki et al., 2016).

2.4 ANTECEDENTES

En el último siglo, se han reconocido progresivamente las contribuciones de factores sociales e individuales para entender el riesgo suicida. Un número de modelos ha sido propuesto, enfatizando la interacción entre factores predisponentes y factores precipitantes.

El suicidio es etiológicamente heterogéneo, con variabilidad significativa en la intensidad y patrones de asociación de factores de riesgo entre género, edad, cultura, localización geográfica e historia personal. El modelo contemporáneo propuesto por Turecki et al. (2016), incluye factores de riesgo poblacionales, incluidos la falta de cohesión social y factores ambientales; así como factores de riesgo individuales, los cuales pueden ser predisponentes, de desarrollo y precipitantes.

2.4.1 FACTORES DE RIESGO POBLACIONALES

Desde hace más de un siglo, se ha reconocido el impacto profundo de factores sociales a nivel poblacional en las tasas de suicidio. Como ejemplo, detalla Turecki et al. (2016), se encuentran grupos indígenas con altas tasas de suicidio, la más estudiada, es la sociedad Inuit en Groenlandia, con hasta más de 100 casos de suicidio por cada 100 000 habitantes en los años 1984-1986, que se correlacionaba con cambios sociales tales como el asentamiento forzado, asimilación y disrupción de estructuras sociales tradicionales.

Turecki et al. (2106) también resalta las crisis económicas, las cuales resultan en desempleo y disminución de ingresos personales, que se relacionan con un incremento en las tasas de suicidio, particularmente en hombres.

La pandemia actual de COVID-19, causada por el virus SARS-COV2, es un tipo de bio-desastre, siendo un evento enormemente traumático, debido no solo a las complicaciones y secuelas médicas y psicológicas en personas sobrevivientes afectadas, sino también la crisis económica, social e incluso escolar que padeció

toda la población a nivel mundial, incrementando en toda la población, y principalmente en grupos vulnerables, el riesgo suicida.

La pandemia no solo perjudica la salud física y mental, sino que también tiene un impacto adverso económico dentro de un corto periodo de tiempo debido al desempleo, transporte diario, cadenas de suministro e industriales a nivel global, así como el comercio internacional. Tales consecuencias adversas, pueden causar un gran estrés psicosocial que puede incrementar la posibilidad de suicidio. (Que et al., 2020).

Además debido a las medidas establecidas durante la pandemia, como la cuarentena en masa, las restricciones en el transporte, y los cierres de ciudades, se incrementa la posibilidad de interrupción de tratamientos psiquiátricos, y las personas con trastorno de abuso de sustancias, sufren síntomas de abstinencia, incrementando el riesgo suicida de esta población. (Que et al., 2020).

Durante la crisis por la pandemia de COVID-19, se han reportado casos de suicidio en muchos países, incluidos Estados Unidos, Italia, Alemania, Inglaterra e India. Muchas de las víctimas de suicidio fueron trabajadores de la salud de primera línea e individuos con infección sospechada o confirmada por COVID-19. Estos individuos no solo estuvieron bajo una presión psicológica sin precedentes, sino que también estuvieron forzados a sufrir estigmas y discriminación al ser expuestos directamente al virus COVID-19 o a familias afligidas en esta pandemia, lo que se asoció a un riesgo suicida más alto. (Que et al., 2020).

Algunos estudios reportados por Que et al. (2020), indicaron que los niños, adolescentes y adultos mayores fueron las poblaciones más vulnerables que se podían asociar con mayor riesgo suicida. Hoekstra (2020) describe que secundariamente al confinamiento por la pandemia existe un alto riesgo de exposición a violencia física y/o sexual en casa, que aunado a la crisis económica concomitante genera una tasa de suicidio incrementada.

Los ingresos familiares más bajos, analfabetismo, preocupación por infectarse, poco apoyo psicológico, y menor autopercepción de salud estuvieron asociados con niveles más altos de ansiedad y depresión. (Hoekstra, 2020).

Es de notarse que las medidas de distanciamiento físico por sí mismas no estuvieron asociadas con una incidencia elevada de comportamiento suicida, lo que indica que la cuarentena en masa relacionada con el suicidio fue probablemente debida a la desconexión social. Sin embargo, mantenerse socialmente conectados a través de plataformas en línea o aplicaciones, puede ayudar a prevenir el suicidio durante la pandemia por COVID-19. (Que et al., 2020).

Otro factor que influye, según Que et al. (2020) en los grupos vulnerables, son las redes sociales inundadas con información negativa y desinformación, lo que puede resultar en problemas de salud mental.

Los adolescentes tienen mayor riesgo de imitación por exposición a las redes sociales y los medios publicitarios que los adultos. (Shain, 2016). La cobertura mediática de un suicidio, sobre todo dentro de los primeros 30 días de su publicación, incrementan el riesgo suicida, proporcional a la cantidad y duración de la publicidad, reporte en portadas, detalles de los métodos utilizados, si se trataba de celebridades, y si el suicidio fue romantizado en lugar de asociarlo con la presencia de enfermedad mental o con las consecuencias sobre los sobrevivientes. (Turecki et al., 2016).

En la última década, el comportamiento suicida de los adolescentes se ha vinculado con el uso de la internet y las redes sociales. De acuerdo a Molina et al. (2018), el 90% de los jóvenes utilizan internet con regularidad, y el 80% de los usuarios de redes sociales a nivel mundial se encuentra entre los 12 y los 30 años, con una mayor frecuencia de uso entre los 12 y 19 años. Los jóvenes son más propensos a ser influenciados por la internet a presentar comportamientos suicidas en comparación con los adultos, por encontrarse en una etapa de inmadurez, con pleno desarrollo de su personalidad, y con un alto riesgo de conductas de riesgo. (Molina et al., 2018).

Molina et al. (2018), recalca que el uso de la tecnología no es problemático por sí mismo, si no el uso de algunas aplicaciones como juegos y redes sociales que pueden llevar a problemas de adicción. Shain (2016), reporta que el uso diario autoreportado de videojuegos e internet por arriba de 5 horas, fue fuertemente asociado con altos niveles de depresión y comportamiento suicida en adolescentes.

Un problema más específico es que los adolescentes con ideación suicida pueden estar en riesgo particular al buscar información acerca de temas relacionados con el suicidio. Existen sitios web prosuicidas que facilitan el comportamiento suicida, con particular riesgo en adolescentes y adultos jóvenes (Shain, 2016), sin dejar atrás el uso de redes sociales, donde con el fin de conseguir seguidores, se realizan conductas de riesgo no supervisadas, que pueden llevar a complicaciones médicas fatales incluso la muerte.

2.4.2 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES PREDISPONENTES O DISTALES

De acuerdo a Turecki et al. (2016), el riesgo de intento suicida aumenta en familiares de aquellos que murieron por suicidio. Esta concordancia familiar, no es atribuida a imitación, siendo reportados estudios de adopción donde existe concordancia entre padres biológicos y no en los padres adoptivos. Mientras que la psicopatología se agrega en familias, la transmisión del comportamiento suicida, parece estar mediado a través de la transmisión familiar de agresión impulsiva. (Turecki et al., 2016).

Los factores genéticos se consideran parte de la transmisión familiar, con estimación de la heredabilidad entre 30-50%. Si se toma en cuenta la heredabilidad de otros trastornos psiquiátricos, la heredabilidad específica puede estar en 17.4% para intento suicida, y 36% para ideación suicida. Sin embargo, la identificación de genes específicos asociados a riesgo suicida, permanece en investigación, aún con resultados inconclusos. (Turecki et al., 2016).

En adición a factores hereditarios, se han definido otras variables o factores con fuerte influencia sobre las tasas de suicidio, entre los cuales se encuentran factores psicosociales, demográficos y biológicos, los cuales actúan distalmente, incrementando la vulnerabilidad al suicidio.

Dentro de los principales factores psicosociales, Rocha (2015) estudia como el estigma social, el sexismo y la homofobia han detonado violencias de género, violencias sexuales y violencias autoinflingidas, que transgreden los derechos humanos de algunas minorías sexuales, ya que se ven afectadas su vida, salud física, salud mental, salud social, integridad, libertad e igualdad, entre otros aspectos. La violencia en contra de estas minorías sexuales ha impedido un ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, afectando indudablemente la autoestima, favoreciendo la desesperanza y conduciendo al riesgo de experimentar ansiedad, victimización, persecución, abuso de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, depresión y suicidio o riesgo suicida. (Rocha, 2015).

De acuerdo a Rocha (2015), los jóvenes quienes reportan identidades, comportamientos y/o atracciones no heterosexuales, exhiben más altas tasas de ideación e intento suicida, que los jóvenes estrictamente heterosexuales, teniendo la población LGBT (Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual y Transgénero), hasta 4 veces más intentos suicidas que los adolescentes heterosexuales, con intentos suicidas en personas transgénero que alcanzan hasta 30-50% en algunos países, con un mayor riesgo desproporcionado en hombres que en mujeres.

Un entorno social sin apoyo para adolescentes homosexuales, bisexuales y transgénero, incrementa el riesgo de intento suicida. Algunos estudios han identificado homonegatividad y homofobia institucionalizada, dentro de algunos espacios principalmente en la familia, e instituciones educativas donde se omiten los temas de diversidad sexual, además de la oposición de la religión con posturas morales y políticas en contra del matrimonio entre homosexuales y la adopción por

parejas del mismo sexo, llevando a esta población al desarrollo de trastornos psicológicos y psiquiátricos descritos previamente. (Shain, 2016), (Hoekstra, 2020).

De acuerdo a una encuesta hecha por el Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM), realizada a los marchantes del orgullo gay en Colombia, el 77% de los encuestados ha sufrido alguna forma de discriminación, y el 67.7% alguna forma de agresión, de los cuales el 49.3% de los que reportaron discriminación, la sufrieron en escuelas por profesores y compañeros, el 43.8% en la calle, el 42.8% en sus casas por vecinos, y el 34.1% por sus familias. Esta violencia hacia la identidad sexual, genera elevados niveles de estrés y angustia, contribuyendo a la aparición de la violencia autoinflingida y riesgo suicida, especialmente en población joven, teniendo el mayor riesgo la población transexual. (Rocha, 2015).

Gilmour (2019) reporta que las personas heterosexuales, han sido menormente diagnosticadas con trastornos del estado de ánimo o ansiedad, así como con menores ideaciones suicidas en los últimos 12 meses en comparación con personas homosexuales o bisexuales. Cuando se examinan separados por sexo, las mujeres lesbianas no difieren significativamente de las mujeres heterosexuales en indicadores de salud mental, siendo más bajos los indicadores en mujeres bisexuales. Los hombres gay, tienen tasas significativamente más bajas de salud mental completa que los hombres heterosexuales, sin diferencias significativas cuando se comparan con hombres bisexuales.

Los reportes médicos y forenses rara vez incluyen información sobre identidad sexual de los pacientes, siendo una de la limitación la elusión de los pacientes a causa de la estigmatización de la homosexualidad. Además de que en autopsias psicológicas, si se trata de un individuo adulto, los familiares tienden a reconocer más fácilmente su identidad sexual, lo cual no ocurre en población adolescente, donde los familiares no siempre están seguros de su identidad sexual. (Rocha, 2015).

Las minorías sexuales no son por sí mismas un factor de riesgo de suicidio, es el contexto social el que impone barreras que obstaculizan el libre desarrollo de la personalidad. Parte de la prevención del suicidio en minorías sexuales, es la sensibilización a los profesionales de la salud hacia la no discriminación de la población LGBT, con servicios de referencia debidamente habilitados para estas minorías.

Entre algunos otros factores de riesgo individuales-sociales que se asocian con comportamiento suicida, Shain (2016) describe el aislamiento y confinamiento, la introversión, sentimientos de desesperanza, impotencia e inutilidad, trastornos del sueño, estresantes interpersonales, duelo o pérdidas, dificultades financieras o legales, enfermedades físicas o crónicas asociadas a depresión, así como lesiones cerebrales traumáticas y epilepsia.

El número de suicidios se duplica en pacientes diagnosticados con cáncer, así como en infección por VIH y enfermedades crónicas, como esclerosis múltiple, epilepsia, lupus eritematoso sistémico, asma y falla renal con hemodiálisis. Un problema importante relacionado con las enfermedades físicas crónicas, como el daño cerebral o espinal, es la discapacidad, la cual incrementa también la tasa de suicidios. (Bachmann, 2018).

Otros factores de riesgo bien caracterizados, son la exposición a ELA (Early-Life Adversity) o Adversidades Tempranas de la Vida, las cuales son definidas por Turecki et al. (2016), como descuidos, abuso parental físico, sexual o emocional en la infancia. La asociación entre éstas y el riesgo de suicidio varía de acuerdo al tipo de abuso, la frecuencia y la relación de la víctima con el abusador, y está apoyada por múltiples estudios prospectivos y retrospectivos longitudinales, así como estudios de casos y controles. Estos eventos o adversidades pueden inducir efectos a largo plazo a través de cambios epigenéticos en vías de genes específicos, los cuales están involucrados en la plasticidad y crecimiento neuronal, así como en la neuroprotección. Además de que aquellos sujetos que los presentan, experimentan un eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal hiperactivo, con un incremento en las

respuestas al estrés, con alteración de la regulación de cortisol, y disminución de expresión de sus receptores en el hipocampo. (Turecki et al., 2016).

La población de niños y adolescentes son generalmente considerados los miembros más sanos de la sociedad, tanto mental como físicamente. Sin embargo, desde la última década, reportes de problemas de salud mental, han incrementado en la población pediátrica, siendo el bullying uno de los principales problemas detectados.

Limbana et al. (2020), define al Bullying con tres elementos: una conducta agresiva o deliberadamente perjudicial entre compañeros, la cual es repetida e involucra un desequilibrio de poder, siendo difícil para la víctima defenderse por sí misma.

Esta conducta se engloba dentro de cuatro categorías: Directa-Física, como lo son agresiones o robos; Directa-Verbal, principalmente amenazas, insultos o apodos; Indirecta-Relacional en la exclusión social o esparcimiento de rumores; y cyberbullying, el cual está asociado con el uso frecuente del internet, mensajes de texto y amenazas a través de la web. (Limbana et al., 2020).

La Encuesta de Comportamiento de Riesgo en Jóvenes del 2013 de estudiantes en Estados Unidos indicó que durante los 12 meses previos a la Encuesta, 23.7% de mujeres y 15.6% de hombres sufrieron bullying en la escuela, 21% de mujeres y 8.5% de hombres sufrieron cyberbullying, y 8.7% de mujeres y 5.4% de hombres no acudieron a la escuela 1 día en los 30 días previos debido a sentirse inseguros en ella. (Limbana et al., 2020).

Shain (2016) reporta una clara relación entre víctimas de bullying e ideación suicida en niños y adolescentes. Las mujeres tienen más riesgo independientemente de la frecuencia, mientras que los hombres tienen más riesgo solo con bullying frecuente. La ideación y comportamiento suicidas fue incrementada en víctimas y en *bullies* y fue más alta en *bully*/víctimas. En diversos estudios se ha reportado que todos los perpetradores (22%), víctimas (29%), y *bully*-víctimas (38%), declararon experimentar pensamientos e intentos suicidas. (Limbana et al., 2020).

El bullying de cualquier tipo predice futuros problemas de salud mental. El bullying a los 8 años de edad fue asociado con posterior intento suicida y suicidio completo. Los niños y adolescentes involucrados en bullying, tuvieron peores resultados cuando eran ambos *bullies* y víctimas, llevando a depresión, ansiedad y suicidalidad en la edad adulta. (Shain, 2016).

En un estudio de casos y controles en adolescentes, reportado por Limbana et al. (2020), se encontró que la autoestima negativa empeora la tendencia de comportamiento suicida, siendo agravada la situación por factores como depresión, ansiedad, soledad y desesperanza. Además de que el abuso de sustancias, sexo sin protección y la violencia intensificaron la predilección suicida en presencia de bullying. Estudios en Grecia, han revelado que los adolescentes sienten que sus vidas no valen la pena después de situaciones experimentadas como bullying. Otro estudio en Boston entre estudiantes de escuela secundaria, reportó que aquellos involucrados en bullying tuvieron un riesgo más alto de ideación e intento suicida, además se identificaron más problemas psicológicos, con mayor vulnerabilidad al estrés debido al proceso de transición cuando pasan a la preparatoria, por lo que este grupo de edad necesita ser guiado cuidadosamente y proveer canales abiertos de comunicación cuando ellos lo necesiten.

Una buena relación entre estudiantes y maestros puede proteger a los jóvenes de los efectos horribles de estos eventos. Los estudiantes que son obligados a tener un acto sexual, que son forzados a permanecer en una relación abusiva, o amenazados con un arma, tienen la tasa más alta de desarrollo de suicidalidad. Estos pacientes son hasta dos veces más probable que desarrollen depresión y suicidio contemplado que aquellos que no se enfrentan a eventos intimidantes. (Limbana et al., 2020).

Aunque hay una fuerte correlación entre bullying y suicidalidad en la población adolescente, hay aún reportes que sugieren que el bullying no es un factor único que lleve a suicidio, habiendo muchos otros factores que pueden influenciar a los individuos a la suicidalidad.

2.4.3 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES INTERMEDIOS O DE DESARROLLO

Los factores de riesgo de desarrollo o intermedios actúan a través de rasgos de personalidad y estilos cognitivos. Aunque la depresión y ansiedad hacen fuertes contribuciones al comportamiento suicida, estudios prospectivos y retrospectivos han encontrado que conflictos interpersonales, agresión impulsiva, trastornos de conducta, conducta antisocial y el uso y abuso de alcohol y sustancias sobresalen en adolescentes y adultos jóvenes, mientras que los trastornos del estado de ánimo incrementan con la edad. (Turecki et al., 2016).

El consumo de alcohol, además de estar asociado con la violencia y ser una de las principales causas de mortalidad entre jóvenes por accidentes de tránsito, está vinculado con menor rendimiento académico, mayor probabilidad de contraer una ITS, depresión, ansiedad, desórdenes de personalidad y participación en bandas o pandillas. (Hernández, 2016).

Los adolescentes cuyos padres o hermanos son alcohólicos o adictos a las drogas, así como los que tienen reglas parentales poco claras o exagerada permisividad y disciplina, tienen mayores tasas y frecuencia de consumo. Hernández (2016) reporta que adolescentes con bajo rendimiento escolar son más propensos al consumo de sustancias de abuso. Cuanto más temprano se empieza a fumar, beber y usar drogas, mayor es la probabilidad de usar drogas más fuertes y de abusar en el consumo de alcohol y tabaco en el futuro. (Hernández, 2016).

El alcohol puede facilitar el consumo de otras drogas, incluyendo sustancias ilícitas. La intoxicación por alcohol incrementa la suicidalidad por sí misma, especialmente cuando se asocia a otros trastornos como el duelo y depresión. (Bachmann, 2018).

El consumo de cannabis afecta al cerebro, y produce alteraciones conductuales y cognitivas, además produce euforia, relajación y desinhibición, tiene efecto negativo en la memoria a corto plazo, el aprendizaje y la capacidad de atención, dificultad

para resolver problemas, disminución de la capacidad para organizar pensamientos, conversar y en la coordinación. (Hernández, 2016).

El cannabis no constituyó un factor de riesgo independiente, pero la cocaína y las metanfetaminas se relacionaron con intento suicida en hasta el 20% de los usuarios, con suicidalidad en dos terceras partes de todos los usuarios. (Bachmann, 2018).

El más alto riesgo de comportamiento suicida existe cuando un trastorno del estado de ánimo que está asociado con ideación suicida concurre con otras condiciones estresantes como trastorno de pánico o estrés postraumático, o con disminución en la contención, como en trastornos de la conducta, trastorno antisocial o trastorno por abuso de sustancias. (Turecki et al., 2016).

La infección por COVID-19 es un evento traumático de la vida que puede hacer que las personas se sientan sin esperanza y con riesgo suicida, por lo que es necesario ayudar a las personas infectadas a recuperar la fe para poder luchar contra la enfermedad. (Que et al., 2020).

Los trastornos del sueño, son un factor de riesgo independiente para suicidalidad, siendo encontrado en un estudio reciente, que la severidad del insomnio explica por completo la asociación positiva entre el miedo relacionado con el COVID-19 y la ideación suicida. (Que et al., 2020).

Los ELA, anteriormente mencionados, descritos ampliamente por Turecki et al. (2016), causan déficits cognitivos, particularmente en la resolución de problemas y en la memoria específica, los cuales contribuyen a la suicidalidad. Además juegan un papel importante en el comportamiento suicida en adolescentes y adultos jóvenes, debido a que la adversidad está relacionada con el inicio de trastornos psiquiátricos en etapas tempranas de la vida, ya que presentan un desarrollo incompleto de sistemas corticales prefrontales, aunado a una propensión mayor a experiencias estresantes, incrementando el riesgo de conductas agresivo-impulsivas y ansiedad, que aumentan a su vez el riesgo de suicidio. (Turecki et al., 2016)

2.4.4 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES PRECIPITANTES O PROXIMALES

Los factores de riesgo proximales están temporalmente asociados con comportamiento suicida y actúan como sus precipitantes. Aparte de un intento suicida previo, la psicopatología es el predictor más importante de suicidio y se asocia fuertemente con otras formas de comportamiento suicida. (Turecki et al., 2016).

Retrospectivamente, las autopsias psicológicas, han sido usadas para investigar la asociación entre psicopatología y suicidio, e indican que aproximadamente el 90% de los individuos que murieron por suicidio, tenían un trastorno psiquiátrico previo a la muerte. La mayoría de individuos con una enfermedad psiquiátrica no mueren por suicidio, pero algunas enfermedades psiquiátricas, están más fuertemente asociadas a comportamiento suicida que otras. (Turecki et al., 2016).

Los episodios depresivos mayores, asociados con cualquier trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, suman hasta la mitad de muertes por suicidio. Entre pacientes bipolares, los episodios de un estado mixto están más fuertemente asociados con intentos suicidas, con un riesgo incrementado dentro del primer año de la enfermedad. Algunos adultos con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, también tienen un riesgo incrementado, con mayores predictores clínicos de suicidio incluyendo la presencia de síntomas depresivos, jóvenes, género masculino, educación, y síntomas positivos. (Turecki et al., 2016).

Algunas enfermedades que comúnmente se presentan entre suicidas, son trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad, particularmente del Cluster B, tales como trastorno límite y antisocial, los cuales se caracterizan por altos niveles de rasgos agresivos e impulsivos. (Turecki et al., 2016).

El estrés, según Lucio et al. (2001), se ha relacionado como detonante de diversas alteraciones, con relaciones establecidas entre estrés y psicopatología o problemáticas de los adolescentes, incluso con conductas suicidas. El nivel de

estrés causado por una situación específica es asignado por cada individuo, es decir, el mismo suceso no provoca igual reacción en todos los sujetos; además de que cada individuo tiene sus estrategias para afrontarlo, determinadas entre otros factores por la personalidad de cada uno.

Se han sugerido diversos instrumentos para investigar la frecuencia con que ocurren sucesos estresantes en diferentes grupos de edad. En un estudio realizado, reportado por Lucio et al. (2001), se encontró que a nivel preescolar y primaria, el suceso de mayor relevancia era la muerte de los padres, mientras que en el grupo de secundaria era el embarazo fuera del matrimonio, y en el grupo de preparatoria era el matrimonio. En otro estudio reportado por el mismo autor se encontró que los niños pequeños sufrían menos sucesos estresantes en comparación con los adolescentes. También se ha encontrado relación entre los sucesos estresantes, la depresión y el intento de suicidio. Algunos de los sucesos que se han reportado con la depresión en niños y adolescentes han sido el divorcio o muerte de los padres. (Lucio et al., 2001).

2.4.5 FACTORES PROTECTORES

No solo se han descrito factores de riesgo, sino también algunos factores protectores, entre los cuales, Turecki et al. (2016) describe las redes de apoyo social bien desarrolladas, razones fuertes para vivir, como la responsabilidad de hijos jóvenes, extroversión y optimismo, afrontamiento efectivo y resolución de problemas, así como la religiosidad, la cual puede estar relacionada con el mismo apoyo social por parte de su comunidad, además de la visión religiosa relacionada con el suicidio.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han descrito una gran variedad de factores de riesgo para el comportamiento suicida, siendo éste un gran problema de salud pública con un aumento sustancial en su tasa a nivel mundial, incrementando incluso durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, viéndose reflejado en el aumento de pacientes ingresados en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa por causas relacionadas con un intento suicida, por lo que es imprescindible detectar qué factores pueden estar asociados a este incremento en la incidencia, por lo que se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo individuales, familiares, médicos, psicológicos y sociales, en aquellos adolescentes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Pediátrico de Iztapalapa por eventos o comportamientos suicidas?

IV. JUSTIFICACIÓN

Magnitud: El suicidio recientemente se ha convertido en una de las tres causas principales de mortalidad entre personas de 15 a 35 años, calculándose que cerca de 71 000 adolescentes, se suicidan anualmente, y 40 veces más, lo ha intentado. En México, la tasa de suicidios ha aumentado 275% de 1970 a 2007, con un mayor incremento en el grupo de 15-29 años siendo la segunda causa de muerte en este grupo de edad.

Trascendencia: En el Hospital Pediátrico de Iztapalapa, se reportaron 33 pacientes entre 10 y 17 años, con intento suicida en el periodo de 2019 y 2020, los cuales variaban en cuanto a grado de letalidad y método de dicho intento. Todos los pacientes fueron evaluados por el servicio de psiquiatría, encontrando en 15 de ellos alguna comorbilidad psiquiátrica como evento precipitante al intento suicida, encontrando en el resto de los pacientes, diversos factores de riesgo sociales, familiares e individuales como causantes de dicho intento.

Vulnerabilidad: La detección de factores de riesgo en la población adolescente que acude a valoración médica en el servicio de urgencias por comportamiento suicida es esencial para la realización de acciones preventivas y un seguimiento adecuado y oportuno por el personal correspondiente, para ayudar a mejorar la salud mental

de los adolescentes, y disminuir las ideaciones suicidas, que puedan llevar en algún momento a un intento suicida.

Factibilidad: En el Hospital Pediátrico Iztapalapa, se cuenta con personal capacitado para la atención de adolescentes con comportamiento suicida, desde pediatría, psicología, paidopsiquiatría y trabajo social, los cuales pueden realizar diversos tamizajes a esta población, en cualquier momento de su estancia hospitalaria, para la detección de dichos factores de riesgo, evitando aumente la letalidad de tales eventos, y logrando un tratamiento y seguimiento oportunos, asimismo en los casos correspondientes, trasladar a tercer nivel para manejo especializado.

V. HIPÓTESIS

No aplica debido a que se trata de un estudio descriptivo.

VI. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo individuales, familiares, médicos, psicológicos y sociales, que presentan los adolescentes que ingresan al Hospital Pediátrico de Iztapalapa, por un evento suicida.

VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y sucesos de vida presentes de los adolescentes con eventos suicidas atendidos en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa.
- Describir la prevalencia de trastornos mentales y consumo de sustancias en adolescentes con conducta suicida que reciben atención en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa.
- Describir el tipo y letalidad del evento suicida en adolescentes con conducta suicida que reciben atención en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa.

VIII. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Transversal, observacional, descriptivo y analítico.

8.2 UNIVERSO DEL ESTUDIO

Pacientes de 10 a 17 años de edad, del servicio de urgencias y/o de consulta externa del Hospital Pediátrico de Iztapalapa, con presencia de evento suicida actual, que reciban atención en el servicio de urgencias o consulta externa del Hospital Pediátrico de Iztapalapa.

8.3 TAMAÑO DE MUESTRA

Se realizó un reclutamiento por conveniencia directamente en el área de hospitalización del servicio urgencias o de la consulta externa del Hospital Pediátrico de Iztapalapa, durante el mes de Marzo 2021 a Septiembre de 2021. Se obtuvo una muestra de 11 pacientes.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 10 y 17 años 11 meses de edad
- Ambos sexos
- Aceptación voluntaria del paciente para participar en el estudio
- Aceptación voluntaria de padre, madre o tutor para participar en el estudio
- Condición médica estable, integridad neurológica

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Delirium debido a intoxicación por sustancias, incluyendo fármacos
- Trastorno del desarrollo intelectual reportada por el familiar
- Paciente que no sepa leer o escribir o que sea incapaz de resolver instrumentos de evaluación

8.6 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes que no completen las evaluaciones correspondientes

8.7 VARIABLES

VARIABLES	Tipo de variables	Definición operativa	Unidad de Medida	Instrumento de Medición
Edad	Cuantitativa discontinua	Tiempo que ha vivido una persona.	Años	Cuestionario
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Hombre Mujer	Cuestionario
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Trabajo, empleo, actividad o profesión a la que se dedica una persona, que le demanda cierto tiempo.	Estudiante Trabajador Estudiante y trabajador	Cuestionario
Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	Primaria Secundaria Preparatoria	Cuestionario
Tipo de familia	Cualitativa nominal politómica	Conjunto de ascendientes, descendientes y demás personas relacionadas entre sí por parentesco de sangre o legal.	Nuclear Monoparental Extensa Reconstituida	Cuestionario
Religión	Cualitativa nominal politómica	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, normas morales para la conducta individual y	Católica Cristiana Otras Ninguna	Cuestionario

		social y de prácticas rituales para darle culto.		
Orientación Sexual	Cualitativa nominal politómica	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros.	Heterosexual Homosexual Bisexual	Cuestionario
Identidad sexual	Cualitativa nominal politómica	Reconocimiento que un individuo tiene de pertenecer a un sexo, indicando conformidad con el mismo, y permitiendo su identificación.	Cisgénero Transgénero No binario	Cuestionario
Discriminación por orientación/ identidad sexual	Cualitativa nominal dicotómica	Trato diferente y perjudicial que se da a una persona por motivos de orientación y/o identidad sexual.	Si No	Cuestionario
Presencia de hijos	Cualitativa nominal dicotómica	Persona considerada con relación a su padre y/o madre.	Si No	Cuestionario
Tiempo de utilización de internet	Cualitativa nominal politómica	Lapso de tiempo al día, durante el que se utiliza la conexión a internet para cualquier motivo.	Menos de 5 horas 5-10 horas Más de 10 horas	Cuestionario
Exposición a publicidad de suicidio	Cualitativa nominal dicotómica	Presencia de visualización o exposición a cualquier publicación sugestiva de comportamiento suicida.	Si No	Cuestionario

Enfermedades médicas	Cualitativa nominal dicotómica	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Si No	Cuestionario
Enfermedades psiquiátricas	Cualitativa nominal dicotómica	Variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Si No	Cuestionario
Bullying	Cualitativa nominal politómica	Acoso físico o psicológico al que someten de forma continuada a un alumno sus compañeros.	Verbal Psicológico Ciberbullying	Cuestionario
Bully	Cualitativa nominal dicotómica	Agresor o acosador, que molesta a sus víctimas de distinta manera.	Si No	Cuestionario
Consumo de sustancias	Cualitativa nominal politómica	Consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o uso indebido de medicamentos con consecuencias negativas.	Alcohol Tabaco Drogas ilícitas Tranquilizantes	Cuestionario
Enfermedad médica familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de	Si No	Cuestionario

		alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.		
Enfermedad psiquiátrica familiar	Cualitativa nominal politómica	Variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Consumo de sustancias Depresión Autolesión Intento suicida Suicidio consumado	Cuestionario
Consumo de sustancias familiar	Cualitativa nominal politómica	Consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o uso indebido de medicamentos con consecuencias negativas.	Alcohol Tabaco Drogas ilícitas	Cuestionario
Ideación suicida	Cualitativa nominal politómica	Pensamientos acerca de tomar acciones para terminar con la vida, incluidos identificación del método, tener un plan y/o tener la intención de actuar.	Deseos de morir Pensamientos Suicidas activos no específicos Ideación suicida activa sin intención de actuar Ideación suicida activa con cierta intención de actuar sin un plan específico Ideación suicida activa con plan específico e ideación	Cuestionario Columbia para riesgo suicida
Intento real	Cualitativa nominal	Acto potencialmente autodestructivo	Si No	Cuestionario Columbia

	dicotómica	cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo.		para riesgo suicida
Intento interrumpido	Cualitativa nominal dicotómica	Cuando la persona es interrumpida al empezar un acto potencialmente autodestructivo.	Si No	Cuestionario Columbia para riesgo suicida
Intento Abortado	Cualitativa nominal dicotómica	Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo.	Si No	Cuestionario Columbia para riesgo suicida
Actos preparatorios	Cualitativa nominal dicotómica	Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio.	Si No	Cuestionario Columbia para riesgo suicida
Letalidad de lesiones	Cualitativa nominal politómica	Cualidad de letal o mortalidad.	Sin daño físico o muy poco Menor Moderado Moderadamente grave Grave Muerte	Cuestionario Columbia para riesgo suicida
Letalidad potencial	Cualitativa nominal politómica	Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones.	Poca probabilidad de lesiones Probabilidad de lesiones pero no de muerte Probabilidad de	Cuestionario Columbia para riesgo suicida

			muerte	
Trastorno psiquiátrico	Cualitativa nominal politómica	Variedad de afecciones que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	TEA Anorexia Bulimia Atracones TDAH inatento TDAH hiperactivo TDAH combinado Ansiedad Depresión TOC Conducta Negativista-Desafiante Estrés postraumático Explosivo-intermitente Insomnio Apnea del sueño	CADI-N CADI-P

8.8 PROCEDIMIENTO

Se invitó a participar a los padres y adolescentes hospitalizados por intento suicida reciente o que durante la consulta externa se detectó que realizaron un intento suicida (en los últimos 6 meses). Posterior a la lectura y firma de consentimiento informado el clínico aplicó la cédula de evaluación de factores de riesgo en adolescentes, la escala de riesgo suicida de Columbia y al terminar estas entrevistas, entregó al adolescente los instrumentos clínicos (CADI-N y Cuestionario de Sucesos de Vida), mientras que el padre, madre, tutor o responsable legal respondió el CADI-P. Al finalizar la aplicación de los instrumentos todos los participantes fueron enviados al servicio de paidopsiquiatría de la unidad participante para continuar su atención médica psiquiátrica y/o psicológica.

8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva, utilizando medidas de frecuencia (porcentajes) y de tendencia central (media, moda, mediana) para la descripción de las variables demográficas y clínicas, así como las características del intento suicida.

8.10 INSTRUMENTOS

8.10.1 CÉDULA DE FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES CON CONDUCTA SUICIDA.

Cuestionario diseñado por los investigadores, dirigido a recabar las características sociodemográficas y antecedentes médicos y psiquiátricos de la familia y el adolescente. Se incluyen edad, sexo, fecha de nacimiento, religión personal y familiar, escolaridad, desempeño escolar, ocupación (estudiante, trabajador, ambos o ninguno), estado civil, presencia o ausencia de hijos, orientación e identidad sexual, inicio de vida sexual, presencia de enfermedades médicas, número de integrantes de la familia, constitución de la familia, historia de consumo de sustancias en la familia o historia de padecimientos psiquiátricos y/o médicos, tiempo de utilización de internet o aparatos electrónicos, exposición a publicidad acerca del suicidio, antecedentes de bullying y consumo de sustancias. Además se agrega infección, evolución y desenlace por COVID-19 en familiares directos e indirectos del paciente, y el grado sentido de afectación por la pandemia en aspectos escolares, familiares, sociales y de pareja.

8.10.2 «ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO» (C-SSRS)

La C-SSRS es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación. Evalúa 4 constructos:

El primero es la gravedad de la ideación, con una subescala en la que se evaluaron 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente en una escala ordinal de 5 puntos (de 1=deseos de morir a 5=ideación suicida con plan específico e intención).

El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evaluaron con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evaluaron con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5).

El tercero es la conducta suicida, con una subescala en que se evaluaron con una escala nominal tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida.

La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0=no hay daño físico a 5=muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos. (Al-Halabí, S., et al., 2016).

8.10.3 CUESTIONARIO DE ASIGNACIÓN DIAGNÓSTICA, VERSIÓN PARA PADRES (CADI-P).

Es un instrumento diagnóstico que permite evaluar la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos según criterios del DSM-5 en niños y adolescentes y medir la gravedad de los trastornos. Fue desarrollado y validado en México por Albores Gallo y Tapia Guillén en el 2015. Investiga la psicopatología más común en niños de 3 a 17 años 11 meses, basado en criterios diagnósticos del DSM-5, y debe contestarse por los padres o tutores del participante. El tiempo de aplicación depende de las habilidades lectoras del sujeto y cualquier persona con un nivel de lectura de 4° de primaria puede contestarlo. El cuestionario cuenta con 145 preguntas que evalúan síntomas en una escala de 3 puntos: 0= no es cierto; 1= a veces u ocasionalmente cierto; y 2= casi siempre o muy cierto.

Los resultados se organizan en 16 subescalas de diagnóstico:

- Trastorno depresivo mayor, 12 reactivos.
- Trastorno de ansiedad generalizada, 11 reactivos.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad inatento, 7 reactivos; impulsivo, 8 reactivos; combinado, 15 reactivos.
- Trastorno de conducta, 13 reactivos; Trastorno negativista desafiante, 8 reactivos.
- Trastorno explosivo intermitente, 4 reactivos.
- Anorexia, 4 reactivos. Bulimia, 4 reactivos. Atracón, 2 reactivos.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo, 4 reactivos.
- Trastorno del Espectro Autista, 11 reactivos.
- Trastorno de Estrés Postraumático, 14 reactivos.
- Insomnio, 3 reactivos; Apnea/Hipopnea obstructiva del sueño, 2 reactivos.
- Resiliencia, 14 reactivos; Síntomas somáticos, 9 reactivos.

La muestra de validación incluyó a 526 niños y adolescentes de muestras clínicas (N=39, 79.5 % del sexo masculino, edad promedio de 11.8 años) y de muestra comunitarias (N=487, 41.8% del sexo masculino, edad promedio 9.8 años). La consistencia interna para la muestra comunitaria fue de $\alpha = 0.91$, para la muestra clínica fue de $\alpha = 0.92$ y para el total de la muestra fue de $\alpha = 0.93$. (Tapia Guillén, et al., 2018). Se conformaron en dos grupos según su procedencia: En general los valores de α fueron mayores en la muestra clínica, los valores más altos correspondieron a los del TDAH Combinado, Trastorno de Conducta y Trastorno Negativista Desafiante ($\alpha = 0.87$). Los puntajes promedio del cuestionario fueron mayores en todas las subescalas diagnósticas de la muestra clínica ($p < .0001$). (Solís, M, 2018).

8.10.4 CUESTIONARIO DE ASIGNACIÓN DIAGNÓSTICA, VERSIÓN PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (CADI-N)

Es un instrumento diagnóstico autoaplicable que no requiere adiestramiento, y que permite evaluar la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes de 7 a 18 años según criterios del DSM-5, así como medir la gravedad de los trastornos.

El cuestionario cuenta con 145 preguntas que evalúan síntomas en una escala de 3 puntos: 0= no es cierto; 1= a veces u ocasionalmente cierto; y 2= casi siempre o muy cierto.

Los resultados se organizan en 16 subescalas de diagnóstico:

- Trastorno depresivo mayor, 12 reactivos.
- Trastorno de ansiedad generalizada, 11 reactivos.
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad inatento, 7 reactivos; impulsivo, 8 reactivos; combinado, 15 reactivos.
- Trastorno de conducta, 13 reactivos; Trastorno negativista desafiante, 8 reactivos.
- Trastorno explosivo intermitente, 4 reactivos.
- Anorexia, 4 reactivos. Bulimia, 4 reactivos. Atracón, 2 reactivos.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo, 4 reactivos.
- Trastorno del Espectro Autista, 11 reactivos.
- Trastorno de Estrés Postraumático, 14 reactivos.
- Insomnio, 3 reactivos; Apnea/Hipopnea obstructiva del sueño, 2 reactivos.
- Resiliencia, 14 reactivos; Síntomas somáticos, 9 reactivos.

La muestra de validación consistió en 658 niños y adolescentes divididos en una muestra comunitaria de estudiantes (N=410) de 8 a 17 años,) y una muestra clínica (N=248) de 8 a 17 años con una media de 13.8 (DE 1.9). La consistencia interna para el total de ítems, es de $\alpha=0.94$ en la muestra comunitaria y $\alpha=0.91$ en la muestra clínica, con un rango de 0.29 a 0.84 en las diversas subescalas.

Las entrevistas directas estructuradas a adolescentes se consideran *Gold Standard* para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos, sin embargo existe evidencia de que muchos adolescentes se sienten más cómodos contestando una escala que siendo entrevistados por algún entrevistador o clínico. (Tapia, L., 2018).

8.10.5 CUESTIONARIO DE SUCESOS DE VIDA

Cuestionario desarrollado en 1994 (Lucio, 2001), con una actualización en 1996, el cual consta de 71 reactivos, donde se evalúan diversos factores estresantes, cuya magnitud se determina pidiendo al sujeto que haga una evaluación cognoscitiva (no tuvo importancia, fue bueno para mí, fue malo para mí); abarcando las siguientes áreas: familiar, escolar, social, sexualidad, logros y fracasos, recursos económicos, salud y problemas de conducta.

Se determinarán la prevalencia de sucesos estresantes de acuerdo a edad y sexo, en los 6 meses previos a su aplicación, así como su relación con el evento suicida actual o previo.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Ley General de Salud, en su artículo 100, se establece que la investigación en seres humanos se deberá desarrollar de acuerdo a las siguientes bases:

- I. Debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud.
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método.
- III. Se podrá efectuar cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto de experimentación.
- IV. Deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

- V. Solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

La Declaración de Helsinki en su 52° Asamblea General llevada a cabo en Escocia, establece entre otros puntos, que en la investigación médica es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano; conformándose en principios científicos generalmente aceptados, cuidando siempre los factores que puedan perjudicar al medio ambiente. El proyecto y método de todo procedimiento experimental debe formularse claramente en un protocolo experimental, el cual debe enviarse para aprobación a un comité de evaluación ética, el cual tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo solo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. Todo proyecto de investigación debe ser precedido de una cuidadosa comparación de riesgos calculados con los beneficios previsibles, y el diseño de estos estudios debe estar disponible para el público. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados, siempre respetando el derecho a proteger su integridad, recibiendo información adecuada y detallada acerca del estudio, respetando además el derecho a participar o no, plasmando tales derechos en el consentimiento informado por escrito. Finalmente al publicar los resultados de la investigación, se está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados, publicando tanto los resultados negativos como los positivos.

De acuerdo a lo anterior, la investigación presente se ajusta a los principios éticos y científicos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, así como de la Declaración de Helsinki, con aprobación del comité de ética e investigación de la institución participante, siendo una investigación con riesgo mínimo y menor que el mínimo, respetando los 4 principios de bioética, establecidos por Beauchamp y Childress (Siurana, 2009), los cuales son autonomía, no maleficencia, beneficencia

y justicia, contando con los consentimientos informados de paciente y tutor, los cuales son firmados previa explicación amplia y detallada de objetivos, procedimiento y manejo de la información de dicho estudio, entregando una copia a los participantes, así como al terminar la evaluación de los pacientes, se envían a valoración especializada por el servicio de paidopsiquiatría y/o psicología para continuar con seguimiento.

X. RESULTADOS

10.1 RESULTADOS DE CÉDULA SOCIODEMOGRÁFICA

Se obtuvo una muestra total 11 pacientes (Tabla 1), de los cuales predominó el sexo femenino con 10 pacientes (91%), siendo solo 1 del sexo masculino (9%). La edad media de la muestra fue 13.9 años, el 100% de los adolescentes eran solteros y estudiantes como única ocupación. El nivel de escolaridad fue primaria (9%), secundaria (64%), y preparatoria (27%).

En la cuestión familiar, como se muestra en la Tabla 1, de los 11 pacientes estudiados, 5 reportaban una familia extensa (45%), 3 una familia monoparental (27%), 2 una familia nuclear (18%), y 1 una familia reconstituida (9%), siendo integradas las familias no nucleares por otros miembros tales como abuelos maternos y paternos, tíos y primos, reportando en una familia ambos padres fuera del núcleo familiar, un padre finado, y en 5 familias encontrarse padres separados/divorciados.

La religión familiar más frecuentemente reportada fue la católica (73%), seguida de otras (18%) entre Testigos de Jehová y satanismo, y religión cristiana (9%). A diferencia de la religión familiar, la religión reportada por el adolescente fue ninguna religión (45%), religión católica (27%), otras (18%), y cristiana (9%). (Tabla 1).

En torno a la sexualidad, solo 2 adolescentes habían iniciado Vida Sexual Activa, todos los adolescentes negaron tener hijos, pero una de ellas estaba embarazada

en el momento actual. La principal orientación sexual reportada fue bisexual (73%), seguida de heterosexual (27%). En cuanto a identidad sexual, predominaron adolescentes cisgénero (82%), seguida de transgénero (9%), y género no binario (9%). Del total de pacientes de la comunidad LGBT, en 4 de ellos (50%) se reportó algún tipo de discriminación por su orientación y/o identidad sexual, siendo el principal sitio de ésta dentro de la propia familia, escuela y en vía pública, incluso con amenazas de muerte por parte del padre de un adolescente. (Tabla 2).

En el rubro del uso de la tecnología (Tabla 3), principalmente el uso de internet, un 36% de adolescentes reportaron su utilización durante menos de 5 horas al día, y el 64% durante más de 10 horas al día. Del total de adolescentes, 4 de ellos (36%) reportan haber encontrado publicidad, películas o “tik-toks” que incitaban al suicidio.

En cuanto a antecedentes patológicos, como se muestra en la Tabla 4, en enfermedades médicas, solo 2 pacientes reportaron antecedentes de importancia principalmente anemia crónica y dermatosis no especificada. En los antecedentes psicológico-psiquiátricos solo un 36% de adolescentes acudieron alguna vez a consulta con un profesional de la salud mental, donde recibieron el diagnóstico de anorexia en un paciente y depresión/ansiedad, pero no tenían seguimiento clínico al momento de ser atendidos en este hospital, 3 de ellos se encontraban con manejo farmacológico, sin embargo en dos de estos pacientes el tratamiento fue por automedicación.

Referente al *Bullying*, en la Tabla 5 de muestra que 6 adolescentes (54%) reportaron haber sido receptores de *bullying* en algún momento de su vida, principalmente relacionado con su aspecto físico. La mayoría reportaron que fue la escuela donde recibieron el *bullying*, pero también en el ambiente familiar. El principal tipo de *bullying* recibido fue verbal en 45%, psicológico en 27%, y *ciberbullying* en 9%, en su variedad *sexting*, con amenazas de subir contenido sexual a redes sociales. Estos adolescentes no reportaron haber perpetrado *bullying* (*bullies*).

Referente al consumo de sustancias, 10 de los adolescentes (91%) reportaron consumo de alcohol en algún momento de su vida, de los cuales 4 de ellos referían consumo recurrente de éste (1-2 veces al mes). En el consumo de tabaco, 4 adolescentes (36%) reportaron consumirlo en algún momento de su vida, y solo uno de ellos reportado con consumo frecuente (diario). Del resto de sustancias ilícitas, solo una adolescente (9%) reportó consumo de cocaína, tranquilizantes y marihuana alguna vez en su vida, siendo el consumo de esta última de forma recurrente (1 vez al mes). (Tabla 10).

En los antecedentes heredo-familiares, el 91% de adolescentes tenían algún familiar de primer grado (padres, abuelos, hermanos) que padecía alguna enfermedad crónico-degenerativa, principalmente Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Sistémica, Neumopatía no especificada, obesidad y epilepsia; así como enfermedades oncológicas en el 36% de los familiares, principalmente cáncer de pulmón, cervicouterino y fibroma benigno. Un hermano de una adolescente se reportó con retraso global en el neurodesarrollo. (Tabla 6).

En cuanto a padecimientos psiquiátricos en los familiares, prevaleció el consumo de sustancias, encontrando que el 81% de familiares de primer grado tales como padres, abuelos y/o hermanos, padecía de trastorno por consumo de alcohol (dependencia), el 36% de familiares reportó tabaquismo, y el 27% mencionó tener familiares con consumo de sustancias ilegales principalmente marihuana. (Tabla 6).

En segundo el diagnóstico de depresión fue reportada en el 18% de los familiares, principalmente en abuela materna y padres, con la presencia de conductas autolesivas en el 9% (hermana). Una de las madres se reportó con historia previa de intento suicida, asimismo se encontró el antecedente de suicidio consumado en familiares y amigo del 27% de adolescentes entrevistados. (Tabla 6).

Finalmente, en el contexto de la actual pandemia por COVID-19 como un estresor, ningún adolescente reportó haber presentado la infección por COVID-19 hasta el momento de la entrevista, sin embargo un 27% reportó haber tenido algún familiar

cercano con infección durante el periodo de la pandemia, y de estos solo un adolescente reportó que su familiar falleció secundario COVID-19. (Tabla 7).

En relación a las consecuencias psicológicas del confinamiento, el 81% de adolescentes, reportó afectación en alguna de las áreas de su vida, principalmente a nivel escolar (85%), al empeorar calificaciones, no poder ver a compañeros y amigos, así como dificultad en el aprendizaje; seguido de una afectación psicológica (28%), al padecer ansiedad secundaria al confinamiento, y familiar (28%) debido a una mayor separación entre sus integrantes y pérdida del trabajo en uno de sus padres. Solo dos adolescentes reportaron una ganancia secundaria al estar en menor contacto con personas y al unir a sus padres. (Tabla 7).

10.2 CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA ACTUAL Y PREVIO

10.2.1 IDEACIÓN SUICIDA PREVIA AL INTENTO SUICIDA

Al preguntar al adolescente sobre la presencia de pensamientos de muerte y/o suicidas previo a realizar el intento suicida por el que acudieron al hospital, el 81% reportaron deseos de morir, con pensamientos suicidas activos pero sin un plan específico. (Tabla 8).

Un 63% presentaban ideación suicida activa con cualquier método, reportando principalmente el deseo de ingerir fármacos, intoxicación con gas, cutting, y defenestración (lanzamiento al vacío), sin embargo sin intención de actuar. La mitad de ellos reportaron haber pensado en preparar cartas de despedida, recolectar fármacos y el guardar objetos cortantes previo al intento suicida. (Tabla 8).

10.2.2 INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA PREVIA

En la frecuencia de pensamientos suicidas, el 27% de adolescentes reportaron presentarlos muchas veces al día, el 27% una vez por semana, el 27% menos de

una vez por semana, el 9% de 2 a 5 veces por semana, y solo un 9% no presentar pensamientos suicidas.

En cuestión de la duración de los pensamientos suicidas, el 27% reportan presentarlos de forma persistente o continua durante más de 8 horas al día, el 27% algo de tiempo con menos de 1 hora al día, el 27% con pensamientos fugaces que duran segundos o minutos, el 9% con duración de mucho tiempo de 1 a 4 horas al día, y solo un adolescente sin pensamientos suicidas.

En el control de pensamientos suicidas, la mayor parte de adolescentes (54%) podía controlar estos pensamientos, sin embargo con mucha dificultad, con 18% de adolescentes controlándolos con muy poca dificultad, y solo 18% de ellos sin lograr tener un control de estos pensamientos, con una adolescente sin pensamientos suicidas.

En cuanto a las razones para la ideación suicida, el 72% reportaron absolutamente para terminar con el dolor o con la forma en que se sentían, y solo un 9% para mayormente terminar con el dolor junto con otras razones no especificadas. (Tabla 9)

10.2.3 COMPORTAMIENTO SUICIDA PREVIO

El 81% de adolescentes reportaron al menos un intento real suicida, definido como un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. La misma proporción de adolescentes (81%) habían realizado entre uno y seis intentos previos, con una media de 1.6 intentos previos, así como la presencia de comportamientos autodestructivos, predominando el cutting en el 54% de adolescentes, seguido de golpes autoprovocados, rasguños, jalón de cabello e ingesta crónica de fármacos de venta libre a dosis bajas. (Tabla 9)

Del total de intentos suicidas reportados, solo una adolescente (9%), reporta un intento interrumpido al referir tener el lugar planeado, contar con cartas de

despedida y contar con método deseado, sin embargo sin poder encontrar el momento adecuado para la intención suicida.

10.2.4 LETALIDAD DEL INTENTO SUICIDA ACTUAL

Dentro del grado de letalidad de intentos suicidas cometidos, el 27% de adolescentes sufrió algún daño físico moderado que requirió atención médica, sobre todo por efectos adversos de fármacos como sedación, lesión hepática, y bloqueo cardiaco, el 18% con daño físico menor como somnolencia, 9% con daño físico moderadamente grave, y 9% con daño físico grave requiriendo hospitalización con cuidados intensivos, requiriendo incluso ventilación mecánica, siendo estos dos casos por intento de ahorcamiento. El 36% de adolescentes no presentó daño físico o muy poco. (Tabla 9).

En cuanto a letalidad potencial de los intentos suicidas, con un 9% con poca probabilidad de lesiones, 81% de comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte, y 18% con comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible. (Tabla 9).

10.2.5 MÉTODOS UTILIZADOS EN EL INTENTO SUICIDA ACTUAL

Del total de intentos suicidas presentados, el 81% de adolescentes presentaron ingesta de fármacos, de los cuales 11% ingirió fármacos con efectos sedantes (clonazepam), y el resto (89%) fármacos sin efectos sedantes, predominando consumo de analgésicos (AAS, paracetamol, ibuprofeno y naproxeno), antibióticos (sulfas, quinolonas y cefalosporinas), entre otros como antihipertensivos, medicamentos naturistas, hipoglucemiantes y antiespasmódicos. (Tabla 9).

El resto de adolescentes (18%) intentaron ahorcamiento, ambas con utilización de un listón enredado en el cuello.

10.3 PSICOPATOLOGÍA DE LOS ADOLESCENTES

En la búsqueda de padecimientos psiquiátricos tamizados con la prueba CADI-N en adolescentes, se encontraron predominantemente depresión en el 63%, seguido de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) combinado en el 54%, e insomnio en el 54%, así como síntomas de estrés postraumático no especificado en el 18%, siendo encontrados en menor frecuencia Trastorno del Espectro Autista, atracones, trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno negativista-desafiante (TND), Trastorno Explosivo-Intermitente (TEI), y Trastorno Obsesivo Compulsivo, en el 9% cada uno de ellos. (Tabla 10).

Se identificó el 36% de adolescentes con síntomas compatibles con trastornos alimentarios como anorexia y bulimia, así como el 72% con datos de ansiedad, sin embargo no cumplían todos los criterios para su diagnóstico, pudiendo tratarse de síntomas concomitantes componentes de algún otro trastorno psiquiátrico. Dentro de las preguntas abiertas del cuestionario realizado, como desencadenantes del estrés postraumático se identificaron principalmente violencia en algún momento de su vida por familiares cercanos, principalmente abuelos y padres. Además se identificaron dos pacientes con presencia de terrores nocturnos de forma recurrente.

Se encontraron diferencias en el reporte de psicopatología en los adolescentes por parte de los padres, ya que en ellos la frecuencia de depresión (45%) y ansiedad (18%) fue menor al que reportan los adolescentes. Se reportaron también Trastorno por estrés postraumático en el 36%, TDAH combinado en el 27%, y solo en el 9% se reportaron Trastorno del Espectro Autista, TDAH inatento e hiperactivo, TOC, Trastorno de conducta, TND e insomnio. (Tabla 10).

Del total de factores de riesgo reportados por los adolescentes mencionados previamente, se encontró que todos los pacientes presentaron entre 4 y 8 de éstos, con una media de 5.9, los cuales aunados a algunos factores estresantes que se presentarán más adelante, pudieron haber ocasionado el intento suicida.

10.4 RESULTADO DE SUCESOS DE VIDA

En la realización del cuestionario de sucesos de vida, el cual abarca situaciones presentadas en los 6 meses previos a su realización, predominó la presencia de sucesos estresantes en el ámbito familiar, reportando hasta un 45% de adolescentes con serios desacuerdos con el padre y/o la madre, reportando el mismo porcentaje (45%) con un aumento reciente de pleitos o problemas con padres, y el 45% con problemas asociados a la separación de hermanos que se van de casa, en segundo lugar se encuentran adolescentes víctimas de violencia por algún miembro de la familia (18%), separación o divorcio de padres (18%), muerte de algún abuelo (18%), padre enviado a prisión (18%), madre que empieza a trabajar fuera de casa (18%), entre otros, como padre o madre que se casan de nuevo, padre o madre que se van de la casa, y muerte de uno de los padres, los cuales solo se presentaron en el 9% de adolescentes. (Tabla 11).

En el ámbito escolar, los principales factores estresantes fueron el inicio de la secundaria o preparatoria (18%), problemas en la escuela con algún maestro (18%), y el reprobar un examen o curso importante (18%).

En el ámbito social se reportan rupturas amorosas (27%), desilusión amorosa (18%), el ser tratado de manera diferente por amigos y personas cercanas (18%), la muerte de un amigo cercano (9%), y el empezar una nueva relación sentimental (9%).

En la cuestión económica, se encontró una disminución de los ingresos familiares (27%), así como la pérdida de trabajo de padre o madre (18%).

Finalmente, en el área de la salud, el 45% de adolescentes reportaron estrés ocasionado por un aumento de peso corporal, y hasta 45% por problemas relacionados con la salud ameritando hospitalización, incluyendo la hospitalización actual por intento suicida.

Dentro de los sucesos no estresantes reportados, también predominan los del ámbito familiar, con hasta 63% de adolescentes que reportaron haber mejorado las relaciones familiares, el nacimiento de un hermano (18%), y la unión familiar al mudarse abuelos a la casa (9%).

En la cuestión escolar, el 27% consideraba bueno empezar la secundaria o preparatoria, mejorar su promedio escolar (18%), y el cambio de escuela (9%).

En el área social, un 27% de adolescentes comenzó una nueva relación amorosa, les permitieron salir con alguien por primera vez (27%), mejoraron las relaciones con otras personas (27%), y se hicieron miembros de un grupo religioso (9%).

En el ámbito sexual, un adolescente (9%) consideró como factor no estresante el tener relaciones sexuales por primera vez, y el tener una experiencia homosexual.

Finalmente, dentro del área de la salud, el 45% reportaron sentirse bien posterior a empezar a usar lentes, frenos u otros aparatos, el 18% posterior a bajar de peso, 9% posterior a dejar de fumar, y 9% al ser enviado con un psicólogo o terapeuta.

XI. DISCUSIÓN

El presente trabajo explora los factores familiares, sociales, demográficos y médico-psicológicos de adolescentes que realizaron un intento suicida y que fueron atendidos en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa durante el primer semestre del año 2021.

Dentro de los factores de riesgo encontrados destacan que la mayoría de las adolescentes del presente estudio fueron mujeres, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura, donde las tasas de hospitalización por autolesiones son mayores en mujeres, con una relación de 6 mujeres por cada hombre, principalmente en el grupo de niñas entre 12 y 15 años, (Boeninger, et al., 2010),

aunque los adolescentes hombres completan el suicidio 3 veces más que sus contrapartes femeninas (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

En nuestra población estudiada la media de edad fue 13.9 años, la cual es menor de la reportada por Turecki et al. (2016), donde describe que la adolescencia también coincide con el incremento de en la tasa de episodios depresivos.

Otro factor de riesgo encontrado fue la no religiosidad, el cual discrepó de las creencias de la familia, quienes en su mayoría se identificaron con algún tipo de religión, reportando Turecki et al. (2016), la falta de religiosidad como factor de riesgo para el comportamiento suicida.

La orientación sexual también se ha estudiado como factor de riesgo, particularmente para la población LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero). En el presente estudio se encontró una alta prevalencia de adolescentes no heterosexuales, predominando la orientación bisexual, así como un adolescente transgénero y una adolescente que se identificaba de género no binario. Estos datos concuerdan con los reportados por Rocha (2015), donde detalla hasta 4 veces más intentos suicidas en adolescentes no heterosexuales, con intentos suicidas en personas transgénero hasta en el 30-50%, incrementando este riesgo en adolescentes que se encuentran en un entorno social sin apoyo y en aquellos que se sufren discriminación, lo que representa un importante estresor psicosocial.

En la población del presente estudio el 50% de la población LGBT reportó haber padecido algún tipo de discriminación con variaciones en la severidad. Se ha reportado que la población adolescente LGBT sufre discriminación dentro de la familia, seguido de la escuela y la calle, e incluso dentro del ambiente hospitalario, tal y como lo menciona Estay (2020), quien refiere un acceso efectivo limitado a los servicios de salud para personas LGBT, debido a un enfoque heteronormativo en la salud, sin considerar las necesidades específicas de la población, con una falta de

información en torno a temáticas de género y diversidad sexual por parte del equipo de salud.

Dentro de los eventos de adversidad familiar, predominó la separación o divorcio de los padres, así como la presencia de otros estresores como la muerte de alguno de sus integrantes e incluso con la presencia de violencia entre sus miembros, ya sea entre padres, entre padres e hijos, y entre propios hermanos, situaciones que se reportaron como estresantes. Las malas relaciones familiares, al igual que el divorcio se han reportado como factor de riesgo para suicidio en adolescentes (Hawton, 2012). En un estudio realizado por Brent et al. (1999) la discordia familiar fue el precipitante más común para completar el suicidio.

Tales sucesos o situaciones familiares, fueron exacerbados durante la pandemia por COVID-19, ya sea por la infección de alguno de los miembros junto con toda la carga familiar que conlleva, así como las consecuencias familiares, ya que los adolescentes reportaron pérdida del empleo de alguno de sus miembros, la crisis económica secundaria y la posterior separación de los padres. Sin embargo también se debe mencionar que la pandemia por COVID-19, también representó un evento positivo para algunos adolescentes, ya que dos de ellos refirieron que la relación familiar mejoró al encontrarse sus integrantes más tiempo en casa.

También es importante mencionar a nivel familiar, la presencia de padecimientos crónico-degenerativos, presentes en casi la totalidad de familiares de adolescentes, así como diversos tipos de cáncer en familiares de primer grado e incluso el hermano de una adolescente con retraso global en el neurodesarrollo, los cuales también pueden ser considerados como estresores dentro del contexto familiar del adolescente con intento suicida. Así mismo la carga genética para trastornos mentales es un factor de riesgo para comportamiento suicida (Turecki et al., 2016). En los padres y madres de estos adolescentes predominó el consumo de sustancias legales e ilegales así como la presencia de depresión en familiares de primer grado, conductas autolesivas, intento suicida y suicidio consumado.

Continuando con factores sociales, el ámbito escolar, fue el principal afectado por la pandemia de COVID-19, reportando la mayor parte de la población adolescente estudiada, un gran estrés causado por un empeoramiento del nivel académico, con disminución de calificaciones y menor aprendizaje secundario a las clases en línea por el confinamiento, así como al no poder establecer adecuadas relaciones sociales, como reporta Hernández et al. (2012), al referir que los adolescentes que no acuden a la escuela ni trabajan, presentan mayor riesgo de un trastorno mental, incluyendo conductas suicidas.

Una pequeña cantidad de adolescentes, referían el iniciar un ciclo escolar como un suceso bueno en su vida, y tal como menciona Gutiérrez (2021), las clases no solo se relacionan con la adquisición de conocimientos, sino también con los vínculos, escenarios de socialización y aprendizaje de las habilidades para vivir en sociedad.

En el ámbito reproductivo una adolescente se encontraba embarazada al momento del intento suicida, representado uno de los factores estresantes precipitantes de comportamiento suicida. Lara et al. (2009) refiere una tasa más alta de suicidios en adolescentes embarazadas, aumentando el riesgo en caso de embarazos no deseados, imposibilidad de poner fin a la gestación de forma legal, la presencia concomitante de depresión y el poco apoyo social.

En el rubro de la tecnología, principalmente el uso patológico de la internet, más de la mitad de la población adolescente estudiada reportó una utilización de ésta durante más de 10 horas al día. El estudio de Katsumata et al. (2008) encontró que de uso de internet por más de 5 horas, obtenido por autoreporte, estuvo fuertemente asociado con mayores niveles de depresión, ideación e intento suicida.

En nuestro estudio una cuarta parte de adolescentes refirieron obtener información o publicidad acerca de comportamiento suicida en internet, principalmente en películas o en redes sociales. Relataron algunos juegos suicidas como el reportado por Molina et al. (2018) de la "Ballena Azul", el "reto del apagón" o "*Blackout challenge*", (Mendoza, 2021), del cual fueron víctimas 2 de las adolescentes

estudiadas. Como parte de la prevención se debe promover la supervisión parental a los contenidos de los adolescentes en el internet y otros medios de comunicación.

También es importante considerar que debido a la pandemia por COVID-19 ha expuesto a la mayoría de los adolescentes a un mayor número de horas en los dispositivos electrónicos y el uso del internet, pues la a mayoría de las actividades escolares y sociales se lleva a cabo en línea.

Otro de los factores sociales de riesgo para conductas suicidas en población adolescente es el *bullying* (Limbana et al., 2020), así como para el desarrollo de estrés postraumático, depresión, ansiedad, ideación e intento suicida (Mejía, 2014). En nuestro estudio más de la mitad de la población adolescente, reportó haber sufrido éste en algún momento de su vida, siendo la principal causa el aspecto físico. Los sitios de mayor ocurrencia fueron la escuela y el propio hogar, los cuales deberían ser sitios donde las y los adolescentes deberían sentirse más seguros y libres de violencia.

En el tema de la salud mental se ha documentado que 48-87% de los adolescentes que realiza un intento suicida y recibe atención en un hospital general presentan un trastorno mental. Específicamente la depresión, ansiedad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se han asociado con mayor riesgo suicida, al igual que el uso de alcohol y otras drogas de abuso (Hawton 2012, Shain et al., 2016). En el caso de la depresión en adolescentes la presencia de ideación suicida se reporta hasta en el 60% y el acto suicida en el 30% (Rey, J. M., et al., 2017).

En nuestra muestra casi todos los adolescentes presentaban síntomas de ansiedad y depresión por autoreporte; sin embargo, se debe resaltar que una menor proporción de los padres reconocen los síntomas depresivos en sus hijos. Es posible también que los padres interpreten los síntomas depresivos como el aislamiento, la apatía o la irritabilidad pueden ser parte de la “normalidad” de un adolescente, por lo que es importante trabajar en la psicoeducación para los

familiares acerca de las diferencias entre una adolescencia normal y un cuadro de depresión mayor.

Así mismo la mitad de los participantes presentaban síntomas de TDAH lo cual coincide con lo reportado en la literatura. Cabe resaltar que la mayoría de ellos no habían recibido un diagnóstico formal por parte de un especialista en salud mental, ni tampoco habían recibido atención especializada. Estos datos coinciden con el reporte de Borges et al. (2010), realizado en adolescentes mexicanos de la zona metropolitana, quien encontró que la mayoría de los adolescentes con alguna conducta suicida no reciben atención y la probabilidad de recibir atención era mayor para aquellos que habían realizado un intento suicida (Borges et al., 2010).

Finalmente, en cuanto a las características del comportamiento suicida se identificó que la mayor parte de adolescentes realizaron el intento suicida para terminar con el dolor o la forma en que se sentían. Así mismo hasta un 54% con ideación suicida activa, reportó haber preparado cartas de despedida, recolectar fármacos y el guardar objetos cortantes. Lo anterior, evidencia la necesidad de trabajar con los adolescentes en el reconocimiento emocional, así como brindarles información para promover la búsqueda de ayuda con profesionales de la salud. Al respecto, se requiere seguir fortaleciendo las jornadas nacionales con información para padres, maestros y adolescentes acerca de la conducta suicida.

Otro dato a resaltar fue que más del 80% de los adolescentes refirió haber presentado entre uno y seis intentos suicida previos, con una media de 1.6 intentos, así como la presencia de comportamientos autodestructivos no suicidas (cutting, golpes autoprovocados, rasguños, jalón de cabello e ingesta crónica de fármacos de venta libre a dosis bajas). Este dato es consistente con otros estudios internacionales, ya que la mayoría de los actos suicidas no llegan a la atención hospitalaria (Hawton, 2016).

La mayor parte de los adolescentes presentaron intentos de baja letalidad sin la presencia de lesiones médicas o repercusiones, sin embargo, se sabe que una vez

que el adolescente se lesiona y termina en un hospital, el riesgo de cometer suicidio se incrementa hasta 10 veces, especialmente en mayores de 15 años (Hawton, 2016). El estudio de Beautrais (2003) realizado en adolescentes que completaron el suicidio, mostró que el 50% de ellos recibió atención en el sistema de salud previo a cometer éste, por lo que los adolescentes atendidos en un hospital pediátrico por un intento suicida deben ser referidos oportunamente para un seguimiento por especialistas en salud mental.

Cabe señalar que el Hospital Pediátrico Iztapalapa tuvo un incremento en el número de causas de ingreso por intento suicida, ya que en el año 2019 se reportan 10 adolescentes entre 10 y 17 años, aumentando esta incidencia a 23 pacientes de la misma edad, en los primeros ocho meses del año 2020. En el presente estudio se describen las características sociodemográficas y clínicas de estos pacientes, sin embargo, dado que se trata de estudio descriptivo con un pequeño tamaño de muestra no es posible establecer una relación de causalidad entre las variables encontradas y el riesgo suicida.

Con los hallazgos encontrados y de acuerdo a lo reportado por la literatura es posible emitir algunas recomendaciones aplicables en los hospitales pediátricos tales como las siguientes:

1. Por parte de trabajo social, se debe realizar una entrevista familiar detallada para la identificación de alteraciones en la dinámica familiar.
2. Los médicos de primer contacto con el paciente adolescente deben realizar un tamizaje de depresión cuando se detectan cambios de conducta reportados por los padres o por autoreporte del adolescente. Este tamizaje debe incluir el interrogatorio directo al adolescente acerca de la presencia de ideas de muerte y/o suicidas.
3. En cada ingreso y valoración de pacientes adolescentes, se deben detectar antecedentes personales patológicos y familiares que puedan afectar de algún modo la salud física, emocional y mental de éstos, incluyendo la

presencia de bullying, así como referir de forma oportuna tanto a víctimas como a victimarios para mejorar su salud mental.

4. También se debe informar de forma adecuada y oportuna acerca del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.
5. Se debe identificar de manera oportuna y referir a los familiares de adolescentes con consumo de sustancias para su manejo especializado.
6. Se debe informar y hacer valer los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, libres de cualquier pensamiento ideológico, o en su caso orientar y referir con personal capacitado en dichos temas.
7. Se deben informar a los y las adolescentes que acuden a consulta, de los riesgos y peligros del internet y las redes sociales, promoviendo actividades alternativas que puedan mejorar su salud física y mental.
8. Se debe fomentar la asistencia a la escuela durante la etapa adolescente.
9. En caso de detectar un paciente con intento suicida, una entrevista detallada, nos informará acerca del riesgo de reintento, para poder lograr una referencia oportuna al área especializada para su seguimiento.
10. Alentar a los padres a eliminar cualquier método que pudiera ser utilizado con fines suicidas, sobre todo aquellos de alta letalidad.
11. Debemos promover en los familiares de un adolescente con factores de riesgo el seguimiento por parte de personal de salud mental, derribando mitos y tabúes acerca de la salud mental.
12. Debemos alentar a los padres y madres de la población adolescente, a una adecuada comunicación entre ellos.

XII. CONCLUSIONES

La atención de adolescentes por intento suicida en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa incrementó en los últimos dos años; estos adolescentes están representados por mujeres con múltiples factores psicosociales de riesgo y presencia de trastornos mentales no diagnosticados y no atendidos que favorecen la conducta suicida. Es importante generar un programa de atención interdisciplinaria entre especialistas en salud mental y pediatras para esta población. Se debe prestar

principal atención a la salud mental en etapas tempranas de la infancia y adolescencia para la detección oportuna de pacientes con trastornos psiquiátricos y factores de riesgo que puedan predisponer a conductas o comportamientos suicidas.

XIII. REFERENCIAS

1. Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz, E. M., García, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García, M. P., y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio), *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), pp. 134–142. DOI: 10.1016/j.rpsm.2016.02.002
2. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int. J. Environ. Res. PublicHealth*, 15 (1425), 1-23. DOI: 10.3390/ijerph15071425.
3. Beautrais, A. L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry*, 160 (6), 1093-1099.
4. Boeninger, D., Masyn, K., Feldman, B., y Conger, R. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 40, 451–464.
5. Borges, G., Benjet, C., Medina, M., Orozco, R., Familiar, I., Nock, M., y Wang, P. (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *J Affect Disord*, 120 (1-3), 32-39. DOI: 10.1016/j.jad.2009.04.008.

6. Brent, D., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., y Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38, 1497–1505.
7. Estay G., F., Valenzuela V., A., y Cartes V., R. (2020). Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Rev chil obstet ginecol*, 85 (4), 351-357.
8. García Mijares, J. F., Alejo Galarza, G. J., Mayorga Colunga, S. R., Guerrero Herrera, L. F., y Ramírez García, J. L. (2015). Validación al español del *Self-Harm Questionnaire* para detección de autolesionismo en adolescentes. *Salud Mental*, 38 (4), 287-292. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.039.
9. Gilmour, H. (2019). Sexual Orientation and Complete Mental Health. *HealthReports*, 30 (11), 3-10. DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x201901100001-eng>.
10. Gutiérrez Alcalá, R. (7 de septiembre de 2021). Suicidios en la niñez y adolescencia, al alza durante la pandemia. *Gaceta UNAM*. <https://www.gaceta.unam.mx/suicidios-en-la-ninez-y-adolescencia-al-alza-durante-la-pandemia/>.
11. Hawton, K., Saunders, K. E., y O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379 (9834), 2373-82. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
12. Hermonen, M. (2000). Con y sin satán: Ser un satanista o un adorador del demonio en un país luterano. *Nómadas*, 13, 112-124.
13. Hernández Navor, J. C. (2016). Problemas emocionales y conductuales en una muestra de adolescentes de la Ciudad de Toluca. [Tesis de Licenciatura,

Universidad Autónoma del Estado de México].
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/65268>.

14. Hernández, M. D., y Benjet, C. (2012). Los ninis como problema emergente para la salud pública. *Rev Mex Pediatr*, 79 (1), 40-45.
15. Hoekstra, P. J. (2020). Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. *European child & adolescent psychiatry*, 29 (6), 737-738. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01570-z>.
16. Katsumata, Y., Matsumoto, T., Kitani, M., y Takeshima, T. (2008). Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62 (6), 744-746.
17. Kovacs, M. (2004). CDI Inventario de Depresión Infantil. TEA Ediciones.
18. Lara, M., y Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Mental*, 32, 381-387.
19. Limbana, T., Khan, F., Eskander, N., Emamy, M., y Jahan, N. (2020). The Association of Bullying and Suicidality: Does it Affect the Pediatric Population? *Cureus*, 12 (8), 1-11. DOI: 10.7759/cureus.9691
20. Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E., y Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24 (5), 17-24.
21. Martínez Baquero, L. C., Vianchá Pinzón, M. A., Pérez Prada, M. P., y Avendaño Prieto, B. L. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 20 (2), 178-188. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.9>.

22. Mejía Soto, G. (2014). *Sexting: una modalidad cada vez más extendida de violencia sexual entre jóvenes*. *Perinatol Reprod Hum*, 28 (4), 217-221.
23. Mendoza, A. (14 de abril de 2021). Niña de 10 años muere asfixiada por hacer el "Blackout challenge" de TikTok. *La Noticia*. <https://lanoticia.com/que-es-el-blackout-challenge-el-reto-de-tiktok-por-el-que-murio-una-nina-de-10-anos/>.
24. Molina, M. J., y Restrepo, D. (2018). Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión? *Pediatr*, 51 (2), 30-39. DOI: <https://doi.org/10.14295/pediatr.v51i2.109>.
25. Que, J., Yuan, K., Gong, Y., Meng, S., Bao, Y., y Lu, L. (2020). Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. *Neuropsychopharmacology Reports*, 0 (0), 1-4. DOI: 10.1002/npr2.12141
26. Rey, J., Bella, T., y Jing, L. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.
27. Rocha Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Rev. Fac. Med.*, 63 (3), 537-544. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>
28. Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 138 (1), e1-e11. DOI: 10.1542/peds.2016-1420
29. Shearer, A., Russon, J., Herres, J., Wong, A., Jacobs, C., Diamond, G., y Diamond, G. (2017). Religion, Sexual Orientation, and Suicide Attempts Among a Sample of Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48 (4), 1-7. DOI: 10.1111/sltb.12372

30. Siurana, J. (2009). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22, 121-157.
31. Solís, M. (2018). Validación del Cuestionario de Asignación Diagnóstica para padres. [Tesis de Alta Especialidad en Epidemiología Clínica y comunitaria en psiquiatría infantil y de la adolescencia, Universidad Nacional Autónoma de México].
32. Tapia, L. (2018). Validación del Cuestionario de Asignación Diagnóstica, versión niños y adolescentes (CADI-N). [Tesis de Alta Especialidad en Epidemiología Clínica y comunitaria en psiquiatría infantil y de la adolescencia, Universidad Nacional Autónoma de México].
33. Turecki, G., y Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behavior. *The Lancet*, 387 (10024), 1227-1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
34. Vargas, H., y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr*, 75 (1), 19-28.

Tabla 1***Características sociodemográficas de población adolescente estudiada***

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	10	91
	Masculino	1	9
Edades	11 años	1	9
	12 años	2	18.2
	13 años	2	18.2
	14 años	2	18.2
	15 años	2	18.2
	16 años	0	0
	17 años	2	18.2
Ocupación	Estudia	11	100
	Trabaja	0	0
	Estudia y Trabaja	0	0
Escolaridad	Primaria	1	9
	Secundaria	7	64
	Preparatoria	3	27
Familia	Extensa	5	45
	Monoparental	3	27
	Nuclear	2	18
	Reconstituida	1	9
Religión Familiar	Católica	8	73
	Cristiana	1	9
	Otras	2	18
	Ninguna	0	0
Religión propia	Católica	3	27
	Cristiana	1	9
	Otras	2	18
	Ninguna	5	45

Tabla 2. Características de género, orientación sexual y reproductividad de la población adolescente estudiada

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Orientación Sexual	Heterosexual	3	27
	Homosexual	0	0
	Bisexual	8	73
Identidad Sexual	Cisgénero	9	82
	Transgénero	1	9
	No binario	1	9
Discriminación por orientación/identidad sexual (N=8)*	Si	4	50
	No	4	50
IVSA**	Si	2	18
	No	9	82
Hijos o embarazos***	Si	1	9
	No	10	91

Nota: *N=8 es el total de adolescentes LGBT, o población no heterosexual. **Inicio de Vida Sexual. ***Embarazos previos o actuales.

Tabla 3***Uso y manejo de tecnología (internet) en población adolescente estudiada***

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Utilización al día*	Menos de 5 horas	4	36
	Entre 5-10 horas	0	0
	Más de 10 horas	7	64
Publicidad acerca de suicidio**	Si	4	36
	No	7	64

Nota. *Horas al día de utilización de internet, redes sociales, videojuegos o aparatos electrónicos. **Publicidad, o información prosuicida visualizada en tiempo de uso de internet.

Tabla 4***Uso de servicios de salud previo al intento suicida***

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Historia de Enfermedad			
Médica no Psiquiátrica	Si	2	18
	No	9	82
Diagnóstico Psiquiátrico previo			
	Si	2	18
	No	9	82
Atención psicológica previa			
	Si	4	36
	No	7	64
Tratamiento farmacológico psiquiátrico previo			
	Si	3	27
	No	8	73

Tabla 5

Frecuencia de historia de bullying en los participantes

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Presencia de <i>Bullying</i>	Si	6	54
	No	5	45
Tipo de <i>Bullying</i>	Verbal	5	45
	Psicológico	3	27
	Ciberbullying	1	9
<i>Bully</i>	Si	0	0
	No	11	100

Tabla 6***Antecedentes Heredo-Familiares de población adolescente estudiada***

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Enfermedades crónico-degenerativas	Si	10	91
	No	1	9
Enfermedades oncológicas	Si	4	36
	No	7	63
Enfermedades psiquiátricas	Consumo de sustancias	9	81
	Depresión	2	18
	Autolesión	1	9
	Intento suicida	1	9
	Suicidio consumado	3	27
Consumo de sustancias*	Alcohol	9	81
	Tabaco	4	36
	Drogas ilegales	3	27

Nota. Presencia de enfermedades médicas, oncológicas o psiquiátricas en familiares directos de población adolescente estudiada. *Se desglosa el apartado de consumo de sustancias, de acuerdo a la frecuencia de sustancias por separado.

Tabla 7***Afección por COVID-19 y el confinamiento asociado en población adolescente estudiada***

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Enfermedad propia por COVID-19	Si	0	0
	No	11	100
Enfermedad familiar por COVID-19	Si	3	27
	No	8	72
Fallecimientos por COVID-19	Si	1	9
	No	10	91
Afectación por COVID-19	Si	9	81
	No	2	18
Afectación por COVID-19 percibida favorable *	Favorable	2	22
Afectación percibida desfavorable (N=7)**	Escolar	6	85
	Social	2	28
	Familiar	2	28

Nota. *N=9, es el subgrupo de adolescentes con afectación por COVID-19. **N=7, es el subgrupo de adolescentes con afectación desfavorable por COVID-19.

Tabla 8

Ideación Suicida en población adolescente, reportada en Escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Deseos de morir	Si	9	81
	No	2	18
Pensamientos Suicidas activos no específicos	Si	9	81
	No	2	18
Ideación suicida activa sin intención de actuar	Si	7	63
	No	4	36
Ideación suicida activa con cierta intención de actuar sin un plan específico	Si	7	63
	No	4	36
Ideación suicida activa con plan específico e ideación	Si	6	54
	No	5	45

Tabla 9***Características del intento suicida***

		Población Total (N=11)	Porcentaje (%)
Método utilizado	Ahorcamiento	2	18
	Ingesta fármacos	9	81
	Fármacos sedantes	1	11
	Fármacos no sedantes	8	89
Letalidad de lesiones	No hay daño físico o muy poco	4	36
	Daño físico menor	2	18
	Daño físico moderado	3	27
	Daño físico moderadamente grave	1	9
	Daño físico grave	1	9
	Muerte	0	0
	Letalidad potencial	Poca probabilidad de lesiones	1
	Probabilidad de lesiones pero no de muerte	8	81
	Probabilidad de muerte	2	18
Razones para el intento suicida	Mayormente terminar con dolor	1	9
	Terminar con dolor	8	81
Intentos suicidas previos	Si	9	81
	No	2	18
Número de intentos previos (Media)		1.6	

Tabla 10***Frecuencia de trastornos psiquiátricos reportados por el adolescente y por los padres.***

Trastorno psiquiátrico	Autoreporte adolescente*		Reporte del padre**	
	N	%	N	%
T. Espectro Autista	1	9	1	9
Atracones	1	9	0	0
TDAH inatento	1	9	1	9
TDAH hiperactivo	0	0	1	9
TDAH combinado	6	54	3	27
Ansiedad	1	9	2	18
Depresión	7	63	5	45
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	9	1	9
T. Conducta	0	0	1	9
T. Negativista-Desafiante	1	9	1	9
T. Estrés postraumático	2	18	4	36
T. Explosivo-intermitente	1	9	0	0
Insomnio	6	54	1	9
Consumo de sustancias***	10	91	-	-
• Alcohol	10	91	-	-
• Tabaco	4	36	-	-
• Otras drogas	1	9	-	-
• Tranquilizantes	1	9	-	-
Frecuencia del consumo****			-	-
• Una vez por semana	4	36	-	-
• Cada mes	1	9	-	-
• Diario	1	9	-	-

Nota. TEA: Trastorno del Espectro Autista. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo. * CADI-N, ** CADI-P, ***Obtenido de Cédula de datos sociodemográficos. **** En los 3 meses previos.

Tabla 11***Sucesos de vida presentes en los últimos 6 meses en los adolescentes***

Tipo de Suceso	Evaluados negativamente*		Evaluados positivamente**	
	N	%	N	%
Ámbito Familiar				
Serios desacuerdos con el padre y/o la madre	5	45	-	-
Aumento reciente de pleitos o problemas con padres	5	45	-	-
Separación de hermanos que se van de casa	5	45	-	-
Víctimas de violencia por algún miembro de la familia	2	18	-	-
Separación o divorcio de padres	2	18	-	-
Muerte de algún abuelo	2	18	-	-
Padre enviado a prisión	2	18	-	-
Madre que empieza a trabajar fuera de casa	2	18	-	-
Padre o madre que se casan de nuevo	1	9	-	-
Padre o madre que se van de casa	1	9	-	-
Muerte de uno de los padres	1	9	-	-
Mejoría de las relaciones familiares	-	-	7	63
Nacimiento de un hermano	-	-	2	18
Unión familiar	-	-	1	9
Ámbito Escolar				
Inicio de la secundaria o preparatoria	2	18	3	27
Problemas en la escuela con algún maestro	2	18	-	-
Reprobar un examen o curso	2	18	-	-
Mejorar su promedio	-	-	2	18
Cambio de escuela	-	-	1	9

Ámbito social				
Rupturas amorosas	3	27	-	-
Desilusión amorosa	2	18	-	-
Ser tratado de manera diferente por amigos y personas cercanas	2	18	-	-
Muerte de un amigo cercano	1	9	-	-
Empezar una relación sentimental	1	9	3	27
Permiso de salir con alguien por primera vez	-	-	3	27
Mejorar relaciones con otras personas	-	-	3	27
Ámbito sexual				
Tener relaciones sexuales por primera vez	-	-	1	9
Ámbito económico				
Disminución de los ingresos en casa	3	27	-	-
Pérdida del trabajo de padre o madre	2	18	-	-
Ámbito de Salud				
Aumento del peso corporal	5	45	-	-
Hospitalización	5	45	-	-
Utilización de lentes, frenos u otros aparatos	-	-	5	45
Disminución de peso corporal	-	-	2	18
Dejar de fumar	-	-	1	9
Consulta con psicología	-	-	1	9

Nota. *Se reportan los sucesos que fueron respondidos como “Fue malo para mí” en el cuestionario de Sucesos de Vida. **Se reportan los sucesos que fueron respondidos como “Fue bueno para mí” en el cuestionario de Sucesos de Vida.

ANEXO 1. CÉDULA DE FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES CON CONDUCTA SUICIDA.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre:						
Edad:			Fecha de nacimiento:			
Tipo de familia:						
¿Con quién vive?	Mamá	Papá	Ambos	Hermanos	Otros:	
Número de hermanos, relación con ellos:						
Escolaridad en años:	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Ninguna	Completa	Incompleta
Ocupación:	Estudiante	Trabaja	Estudia y trabaja	No estudia ni trabaja		
Religión familiar:	Católica	Cristiana	Otra	Ninguna		
Religión propia:	Católica	Cristiana	Otra	Ninguna		
Estado civil:	Soltero	Casado	Unión libre	Pareja actual y tiempo:		
¿Cuál consideras que es tu orientación/identidad Sexual?	Heterosexual	Homosexual	Bisexual	Transgénero	No binario	
Discriminación por orientación/identidad sexual :	si	no	¿En dónde?			
¿Tienes hijos?	No		Si	Edades	IVSA, PS, G:	
Métodos de planificación familiar:	Ninguno		Hormonales	Barrera	Emergencia	
Tiempo de utilización de internet o aparatos electrónicos:						
Nivel socioeconómico asignado por T.S.						
Exposición a publicidad acerca de suicidio:						

ANTECEDENTES PERSONALES MÉDICO - PSIQUIÁTRICOS

	Nunca	Actual	Pasado	Diagnóstico		
¿Tienes alguna enfermedad médica no psiquiátrica?						
¿Alguna vez te han otorgado algún diagnóstico médico psiquiátrico, cáncer, asma, diabetes, otros?						
¿Alguna vez has recibido tratamiento psicológico?						
¿Alguna vez has recibido tratamiento farmacológico psiquiátrico (antidepresivos, antipsicóticos, estimulantes para el TDAH)?						
¿Alguna vez has sufrido de bullying?	Si	No				
¿Tipo de bullying?	Verbal	Físico	Ciberbullying	Psicológico		
¿Alguna vez tú has hecho bullying?		No	Si			
¿Qué tipo de bullying hiciste?	Verbal	Físico	Ciberbullying	Psicológico		
A lo largo de tu vida ¿cuál de las sustancias has consumido alguna vez?	No	Si	Actualmente	Pasado		
a. Tabaco						
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc)						
c. Cocaína (coca, crack, base, etc)						
d. Anfetaminas(speed, éxtasis)						
e. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc)						
f. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium, diazepam, rohipnol, lorazepam, alprazolam)						
g. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantila)						
j. otros, especifique						
¿Con qué frecuencia has consumido las sustancias que mencionaste en los últimos tres meses? ¿PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA?						
Sustancias	Nunca	1-2 veces	Cada mes	Cada Semana	Diario	Casi a diario

ANTECEDENTES FAMILIARES						
	Enfermedad médica	Enfermedad psiquiátrica	COVID, señalar el mes y año que lo tuvo	Evolución y Desenlace por covid	Consumo de sustancias	Intentos de suicidio en la familia
Abuelo materno						
Abuela materna						
Abuelo paterno						
Abuela paterna						
Madre						
Padre						
Hermano 1						
Hermano 2						
Hermano 3						
Hermano 4						
Hermano 5						
Hermano 6						
Hermano 7						
Otro familiar						
Amigos o conocidos						
¿Consideras que la pandemia por COVID te ha afectado en algún aspecto de tu vida?					SI	NO
Escolar:						
Social:						
Pareja:						
Familiar:						
Otros:						

ANEXO 2. «ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO» (ECRSS)

IDEACIÓN SUICIDA				
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>		Desde la última visita		
<p>1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. <i>¿He deseado estar muerto/a o quedarme dormido/a y no despertar?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "He pensado en suicidarme") sin pensamientos sobre la manera de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el periodo de evaluación. <i>¿He pensado realmente en matarse?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he pensado en plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". <i>¿He pensado en cómo podría hacerlo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, o diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". <i>¿He tenido estos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
<p>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completos o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. <i>¿He expresado o elaborado o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>		
INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN				
<p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).</p> <p>Ideación más seria:</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo N° (1-5)</td> <td style="text-align: center;">Descripción de la ideación</td> </tr> </table>		Tipo N° (1-5)	Descripción de la ideación	Más seria
Tipo N° (1-5)	Descripción de la ideación			
<p>Frecuencia <i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i> (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 5 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p>		---		
<p>Duración <i>¿Cuándo tiene esos pensamientos, cuánto tiempo duran?</i> (1) Pocos segundos o minutos (2) Menos de 1 hora/algo de tiempo (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo (4) De 4 a 8 horas la mayor parte del día (5) Más de 8 horas/pensamientos o continuos</p>		---		
<p>Control <i>¿Podría/puede dejar de pensar en matarse o en querer morir si lo desea?</i> (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (6) No intenta controlar los pensamientos</p>		---		
<p>Impedimentos <i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i> (1) Los impedimentos definitivamente detuvieron sus intentos de suicidio (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (6) No corresponde</p>		---		
<p>Razones para la ideación <i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer matarse o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i> (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (6) No corresponde</p>		---		

COMPORTAMIENTO SUICIDA <i>(Marque sólo los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</i>	Desde la última visita
<p>Intento real: Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del suceso. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>clara</i> intención o deseo de matarse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiera, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un golpe en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.</p> <p><i>¿Ha intentado suicidarse?</i> <i>¿Ha hecho algo para hacerse daño?</i> <i>¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto?</i> <i>¿Qué hizo?</i> <i>¿Usted _____ como una manera de terminar con su vida?</i> <i>¿Quería morirse (aunque fuera un poco) cuando usted _____?</i> <i>¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____?</i> <i>¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____?</i> <i>¿O lo hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener empatía o para que pasara otra cosa)?</i> (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa: _____</p> <p><i>¿Ha tenido la persona un comportamiento autodestructivo no suicida?</i></p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpido (por una circunstancia ajena o se voluntaria) al empezar un acto potencialmente autodestructivo (si <i>no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Disparar: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Salto: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo la detiene.</p> <p><i>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo detuvo antes de que lo hiciera?</i> Si la respuesta es "sí", describa: _____</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenido por otra cosa.</p> <p><i>¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para tratar de terminar con su vida pero se detuvo antes de hacerlo?</i> Si la respuesta es "sí", describa: _____</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p>Actos o comportamientos preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).</p> <p><i>¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)?</i> Si la respuesta es "sí", describa: _____</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Suicidio:</p>	<p>Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Responda solamente por intentos reales</p>	<p>Fecha del intento más letal: _____</p>
<p>Grado de letalidad y lesiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). Daño físico menor (p. ej., falta de conciencia, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, orgánicos). Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., vital consciente pero somnoliento, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). Muerte. 	<p>Agrese código _____</p>
<p>Letalidad potencial; conteste solamente si hay causa de muerte real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaron lesiones, tuvieron gran potencial letal: se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en los vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo aplastara).</p> <p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	<p>Agrese código _____</p>

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE ASIGNACIÓN DIAGNÓSTICA PARA PADRES (CADI-P).

CADI – PANIA Cédula de Asignación Diagnóstica para padres

(Acerca del menor de 7- 18 años)

FOLIO

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de puntos que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marque el número que describen a su hijo (a) ahora o dentro de los 6 últimos meses.
 Califica con: **0** si no es cierto o no es aplicable a tu persona
1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y **Por favor contesta todos los puntos.**
2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta

IMPORTANTE

- USE LAPIZ DEL No. 2**
- Ponga marcas oscuras
 - Ejemplo:
 - Rellene completamente los ovalos
 - Borre completamente para cambiar marcas

POR FAVOR, NO ESCRIBAS SOBRE ESTA ZONA

1. Es confiable	(0)	(1)	(2)
2. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas, conversaciones o lecturas	(0)	(1)	(2)
3. Tiene mucha energía	(0)	(1)	(2)
4. Parece no escuchar cuando le hablan	(0)	(1)	(2)
5. Es independiente	(0)	(1)	(2)
6. No comprende las emociones y sentimientos de los demás	(0)	(1)	(2)
7. Es desorganizado (a)	(0)	(1)	(2)
8. Pierde sus útiles escolares	(0)	(1)	(2)
9. Le gusta ordenar las cosas	(0)	(1)	(2)
10. Se distrae fácilmente	(0)	(1)	(2)
11. Es olvidadizo (a) con tareas, mandados, llamadas, citas	(0)	(1)	(2)
12. Es físicamente inquieto (a)	(0)	(1)	(2)
13. Se molesta fácilmente	(0)	(1)	(2)
14. Evita actividades tranquilas (Leer, juegos de mesa)	(0)	(1)	(2)
15. Habla mucho	(0)	(1)	(2)
16. Tiene dificultad para esperar turnos (filas)	(0)	(1)	(2)
17. Se preocupa excesivamente	(0)	(1)	(2)
18. Es responsable	(0)	(1)	(2)
19. Es nervioso (a)	(0)	(1)	(2)
20. Toma laxantes	(0)	(1)	(2)
21. Difícilmente se queda sentado (a) o quieto (a)	(0)	(1)	(2)
22. Perdió el interés por actividades que antes disfrutaba	(0)	(1)	(2)
23. Se siente deprimido (a)	(0)	(1)	(2)
24. Tiene sueño en el día	(0)	(1)	(2)
25. Se siente culpable	(0)	(1)	(2)
26. Repite palabras o frases	(0)	(1)	(2)
27. Es sociable	(0)	(1)	(2)
28. Evita comer ciertos alimentos	(0)	(1)	(2)
29. Se provoca el vomito	(0)	(1)	(2)
30. Piensa/dice que alguien le persigue o quiere dañarle	(0)	(1)	(2)
31. Tiene dificultad para poner atención, comete errores por descuido	(0)	(1)	(2)
32. Tiene excelente autoestima	(0)	(1)	(2)
33. Duerme poco	(0)	(1)	(2)
34. Intenta cosas nuevas	(0)	(1)	(2)
35. Tiene ideas extrañas. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
36. Es atrevido (a)	(0)	(1)	(2)
37. Ve personas, cosas o animales que nadie más ve	(0)	(1)	(2)
38. Come mucho	(0)	(1)	(2)
39. Falta a clases	(0)	(1)	(2)
40. Tiene miedo excesivo a cosas, animales o situaciones. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
41. Cambia de postura. Mueve manos/pies	(0)	(1)	(2)
42. Tiene pensamientos repetitivos. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
43. Cuenta, repite palabras o reza para controlar pensamientos	(0)	(1)	(2)
44. Salta de una idea a otra	(0)	(1)	(2)
45. Pensamientos de muerte/ morir	(0)	(1)	(2)
46. Deja al último las tareas que requieren mayor concentración	(0)	(1)	(2)
47. Se cansa fácil	(0)	(1)	(2)
48. Está "en marcha" o moviéndose	(0)	(1)	(2)
49. Se siente triste	(0)	(1)	(2)
50. Es capaz de resolver problemas	(0)	(1)	(2)
51. Es justo (a) con los demás	(0)	(1)	(2)
52. Contesta antes de que completen la pregunta	(0)	(1)	(2)
53. Es optimista	(0)	(1)	(2)
54. Tiene poca energía	(0)	(1)	(2)
55. Es puntual	(0)	(1)	(2)
56. Es lento (a)	(0)	(1)	(2)
57. Cumple con las metas que se propone	(0)	(1)	(2)
58. Tiene poco control de su nerviosismo	(0)	(1)	(2)
59. Se siente agitado (a)	(0)	(1)	(2)
60. Orina en su cama o ropa	(0)	(1)	(2)
61. Por momentos come mucho	(0)	(1)	(2)
62. Es rencoroso (a) o vengativo (a)	(0)	(1)	(2)
63. Pierde el control de lo que come	(0)	(1)	(2)
64. Está convencido (a) que partes de su cuerpo son defectuosas	(0)	(1)	(2)
65. Piensa sobre un accidente o agresión que sufrió o vio	(0)	(1)	(2)
66. Le preocupa enfermarse	(0)	(1)	(2)
67. Interrumpe conversaciones y actividades de otros	(0)	(1)	(2)
68. Finge síntomas o enfermedades	(0)	(1)	(2)
69. Regresa comida a su boca después de haberla pasado	(0)	(1)	(2)
70. Le apasionan ciertos temas, ideas, o lecturas	(0)	(1)	(2)
71. Evita hablar con los otros	(0)	(1)	(2)
72. Piensa que está gordo (a)	(0)	(1)	(2)
73. Le cuesta quedarse dormido (a)	(0)	(1)	(2)
74. Molesta a otros	(0)	(1)	(2)
75. Come cosas no comestibles (gises, goma, yeso, tierra, etc.)	(0)	(1)	(2)
76. Se despierta en las noches o la madrugada	(0)	(1)	(2)
77. Enciende fuego	(0)	(1)	(2)
78. Tiene mucho sueño en el día	(0)	(1)	(2)
79. Lastima con objetos o armas	(0)	(1)	(2)
80. Es explosivo (a)	(0)	(1)	(2)
81. Ronca	(0)	(1)	(2)
82. Lava mucho sus manos.	(0)	(1)	(2)
83. Camina dormido (a)	(0)	(1)	(2)
84. Discute con adultos	(0)	(1)	(2)

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de puntos que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marque el número que describen a su hijo (a) ahora o dentro de los 6 últimos meses.

Califica con: **0** si no es cierto o no es aplicable a tu persona
1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y
2 si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta

Por favor contesta todos los puntos.

85. Tiene pesadillas. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
86. Mantiene interés por las cosas	(0)	(1)	(2)
87. Roba	(0)	(1)	(2)
88. Miente para beneficiarse	(0)	(1)	(2)
89. Es maltratado (a) en casa. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
90. Guarda cosas	(0)	(1)	(2)
91. Es maltratado (a) en la escuela Describir: _____	(0)	(1)	(2)
92. Evita relacionarse con las personas	(0)	(1)	(2)
93. Pierde el control	(0)	(1)	(2)
94. Evita mirar a los ojos de las personas	(0)	(1)	(2)
95. Es cruel con animales	(0)	(1)	(2)
96. Ha perdido peso sin planearlo	(0)	(1)	(2)
97. Sus compañeros lo (a) molestan	(0)	(1)	(2)
98. Tiene dificultad para sostener una conversación	(0)	(1)	(2)
99. Mueve una parte de su cuerpo. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
100. Evita compartir alegría, gustos e intereses con otros	(0)	(1)	(2)
101. Le molestan los cambios	(0)	(1)	(2)
102. Deja al último las tareas que requieren mayor concentración	(0)	(1)	(2)
103. Tiene problemas de lenguaje. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
104. Inicia peleas	(0)	(1)	(2)
105. Tiene dificultad para concluir tareas y trabajos.	(0)	(1)	(2)
106. Tartamudea	(0)	(1)	(2)
107. Destruye cosas ajenas	(0)	(1)	(2)
108. Tiene mala autoestima	(0)	(1)	(2)
109. Le gusta estar acompañado (a)	(0)	(1)	(2)
110. Tiene dificultad para leer y/o escribir. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
111. Entra a lugares prohibidos (casas, bodegas, autos)	(0)	(1)	(2)
112. Tiene tics. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
113. Se enoja fácilmente	(0)	(1)	(2)
114. Teme subir de peso	(0)	(1)	(2)
115. Ensucia con excremento su cama o ropa	(0)	(1)	(2)
116. Le molesta seguir órdenes	(0)	(1)	(2)
117. Despierta demasiado temprano	(0)	(1)	(2)
118. Se escapa de casa	(0)	(1)	(2)
119. Culpa a otros por lo que hace	(0)	(1)	(2)
120. Amenaza a otros	(0)	(1)	(2)
121. Escucha ruidos o voces que nadie más oye	(0)	(1)	(2)
122. Es cruel con personas	(0)	(1)	(2)
123. Es cooperador (a)	(0)	(1)	(2)
124. Tiene confianza en mí mismo (a)	(0)	(1)	(2)
Molestias físicas			
125. Sudor, temblor/ adormecimiento u hormigueo	(0)	(1)	(2)
126. Le cuesta respirar bien / molestia en el pecho, siente los latidos de su corazón	(0)	(1)	(2)
127. Manchas o ronchas en la piel	(0)	(1)	(2)
128. Náusea, vómito o molestia en abdomen	(0)	(1)	(2)
129. Mareo o debilidad	(0)	(1)	(2)
130. Miedo a morir	(0)	(1)	(2)
131. Dolor o dolores en el cuerpo	(0)	(1)	(2)
132. Dolor de cabeza	(0)	(1)	(2)
133. Otros. Describir: _____	(0)	(1)	(2)
Marca uno o más, si corresponde:			
134. Jala o arranca su cabello	(0)	(1)	(2)
135. Se pellizca	(0)	(1)	(2)
136. Se corta	(0)	(1)	(2)
Marque uno o más, si su hijo consume:			
137. Alcohol	(0)	(1)	(2)
138. Cafeína (café, red bull, etc.)	(0)	(1)	(2)
139. Pegamento o Thinner	(0)	(1)	(2)
140. Tabaco	(0)	(1)	(2)
141. Otro (s) Describir: _____	(0)	(1)	(2)
142. Ha intentado suicidarse <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguna vez <input type="checkbox"/> Más de una vez _____ Escriba el número de intentos suicidas previos			
143. ¿Por sus problemas ha sido enviado alguna vez con médico, psicólogo o psiquiatra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
144. Marcar uno o más si corresponde. Por sus problemas, su hijo (a) ha buscado ayuda con alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Orientador o trabajador social			
145. Mi hija tiene molestias cuando menstrua	(0)	(1)	(2)

INSTRUCCIONES

A continuación hay una lista de puntos que los niños y jóvenes pueden o no realizar. Marca el número que mejor te describa ahora o dentro de los 6 últimos meses.

Califica con: **0** si no es cierto o no es aplicable a tu persona
1 si es ocasionalmente o de alguna manera cierto y **2** si la conducta es muy cierta o casi siempre cierta **Por favor contesta todos los puntos.**

85. Tengo pesadillas. Describe: _____	0	1	2
86. Mantengo interés por las cosas	0	1	2
87. Robo	0	1	2
88. Miento para beneficiarme	0	1	2
89. Me maltratan en casa. Describe: _____	0	1	2
90. Guardo cosas	0	1	2
91. Me maltratan en la escuela. Describe: _____	0	1	2
92. Evito relacionarme con las personas	0	1	2
93. Pierdo el control	0	1	2
94. Evito mirar a los ojos a las personas	0	1	2
95. Soy cruel con animales	0	1	2
96. He perdido peso sin planearlo	0	1	2
97. Mis compañeros me molestan	0	1	2
98. Tengo dificultad para sostener una conversación	0	1	2
99. Muevo una parte de mi cuerpo. Describe: _____	0	1	2
100. Evito compartir alegría, gustos e intereses con otros	0	1	2
101. Me molestan los cambios	0	1	2
102. Dejo al último las tareas que requieren mayor concentración	0	1	2
103. Tengo problemas de lenguaje Menciona: _____	0	1	2
104. Inicio peleas	0	1	2
105. Se me dificulta concluir tareas y trabajos	0	1	2
106. Tartamudeo	0	1	2
107. Destruyo cosas ajenas	0	1	2
108. Tengo mala autoestima	0	1	2
109. Me gusta estar acompañado (a)	0	1	2
110. Tengo dificultad para leer y/o escribir. Describe: _____	0	1	2
111. Entro a lugares prohibidos (casas, bodegas, autos)	0	1	2
112. Tengo tics. Describe: _____	0	1	2
113. Me enojo fácilmente	0	1	2
114. Temo subir de peso	0	1	2
115. Ensucio con excremento mi cama o ropa	0	1	2
116. Me molesta seguir órdenes	0	1	2
117. Despierto demasiado temprano	0	1	2
118. Me escapo de casa	0	1	2
119. Culpo a otros por lo que hago	0	1	2
120. Amenazo a otros	0	1	2
121. Escucho ruidos o voces que nadie más oye	0	1	2
122. Soy cruel con personas	0	1	2
123. Soy cooperador (a)	0	1	2
124. Tengo confianza en mí mismo (a)	0	1	2
Molestias físicas			
125. Sudor, temblor/ adormecimiento u hormigueo	0	1	2
126. Me cuesta respirar bien / molestia en el pecho, siento los latidos de mi corazón	0	1	2
127. Manchas o ronchas en la piel	0	1	2
128. Náusea, vómito o molestia en abdomen	0	1	2
129. Mareo o debilidad	0	1	2
130. Miedo a morir	0	1	2
131. Dolor o dolores en el cuerpo	0	1	2
132. Dolor de cabeza	0	1	2
133. Otros. Describe: _____	0	1	2
Marca uno o más, si corresponde:			
134. Jalo o arranco mi cabello	0	1	2
135. Me pelizco	0	1	2
136. Me corto	0	1	2
Marca uno o más, si consumes:			
137. Alcohol	0	1	2
138. Cafeína (café, red bull, etc)	0	1	2
139. Pegamento o Thinner	0	1	2
140. Tabaco	0	1	2
141. Otro (s). Describe: _____	0	1	2
142. He intentado suicidarme <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Alguna vez <input type="checkbox"/> Más de una vez _____ Escribe el número de intentos suicidas previos			
143. ¿Por tus problemas has sido enviado alguna vez con médico, psicólogo o psiquiatra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
144. Marca uno o más si corresponde Por tus problemas, has buscado ayuda con alguno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Orientador o trabajador social			
145. Tengo molestias cuando menstrúo	0	1	2

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE SUCESOS DE VIDA

SUCESOS DE VIDA

Indica si algunos de los siguientes sucesos te han ocurrido en los últimos seis meses.

- A) Si FUE BUENO PARA TI
 B) Si FUE MALO PARA TI
 C) Si NO TUVO IMPORTANCIA
 D) Si NO TE SUCEDIO

	A	B	C	D
1. Cambié de escuela				
2. Nacimiento de una hermana(o)				
3. Algún hermano(a) se fue de la casa				
4. Pérdida de trabajo de mi papá o mi mamá				
5. Mi padre (madre) se fue de la casa				
6. El trabajo de mi papá cambió y está más tiempo fuera de casa				
7. Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa				
8. Separación o divorcio de mis padres				
9. Mi papá o mamá se casó de nuevo				
10. Mi hermano(a) fue encarcelado				
11. Mi papá (mamá) fue enviado a prisión por un año o más				
12. Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa				
13. Mejoraron mis relaciones con otras personas				
14. Muerte de algún abuelo				
15. Disminuyeron los ingresos de mi familia				
16. Empecé la secundaria o preparatoria				
17. Los pleitos entre mis papas empeoran				
18. Murió mi papá (mamá)				
19. Murió un hermano(a)				
20. Murió un amigo cercano				
21. Dejé de fumar				
22. Tuve serios desacuerdos con mi papá (mamá) o con ambos				
23. Mis papás, que estaban separados, se volvieron a casar o volvieron a vivir juntos				
24. Mi papá (mamá) tuvo un problema emocional en que se requirió tratamiento				
25. Mi papá o (mamá) fue hospitalizado por una enfermedad seria				
26. Un hermano (a) fue hospitalizado por una enfermedad seria				
27. Me enviaron con un psicólogo o terapeuta				
28. Empecé a usar lentes, frenos, aparato para oír, u otros instrumentos				
29. Vivo o viví en una casa hogar				
30. Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela				
31. Me expulsaron de la escuela o de algún curso				
32. Obtuve mi permiso o licencia de manejo				

33. Tuve un aborto provocado (si eres mujer) o mi novia tuvo un aborto provocado (si eres hombre)				
34. Fui asaltado o golpeado				
35. Abusaron sexualmente de mí o fui violada (o)				
36. Contraí una enfermedad de transmisión sexual				
37. Tuve relaciones sexuales por primera vez				
38. Tuve una experiencia homosexual				
39. Robé algo valioso				
40. Subí mucho de peso				
41. Bajé mucho de peso				
42. Problemas en la escuela con algún (os) maestros				
43. Tuve un accidente que me dejó cicatrices				
44. Comparto más tiempo con mis amigos o compañeros				
45. Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital				
46. Reprobé o repetí un año escolar				
47. Estoy en libertad condicional				
48. Me suspendieron de la escuela				
49. Fui encarcelado por robar				
50. Tomé drogas o alcohol				
51. Me embaracé (si eres mujer) o embaracé a mi novia (si eres hombre)				
52. Me hice miembro de un grupo religioso				
53. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad).				
54. Empecé a tener novio(a)				
55. Rompí con mi novio(a)				
56. Me dieron permiso de salir con un muchacho(a) por primera vez				
57. Fui golpeado por algún miembro de mi familia				
58. Tuve una desilusión amorosa				
59. Fui aceptado en la universidad				
60. Empecé a trabajar medio tiempo				
61. Conseguí mi primer empleo de tiempo completo				
62. Perdí mi empleo				
63. Reprobé un examen o un curso importante				
64. Me inscribí en un club u organización				
65. Me eligieron como el líder o jefe de un grupo u organización				
66. Fui tratado de manera diferente por mis amigos				
67. Una hermana soltera se embarazó				
68. Tuve un logro personal sobresaliente				
69. Mejoraron las relaciones con mi familia				
70. Gané un premio deportivo importante				
71. Mejore mi promedio escolar				

ANEXO 6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a Adolescentes

Título del proyecto: “Identificación de factores de riesgo en adolescentes con un evento suicida atendidos en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa”.

Nombre del investigador principal: Luis Angel Pintor García

Fecha de aprobación por el Comité de Ética en Investigación: 30 abril de 2021

Estimado(a) adolescente:

Has sido invitado(a) a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el Hospital Pediátrico de Iztapalapa en colaboración con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. El estudio se realizará en el área de hospitalización, urgencias y/o consulta externa del Hospital Pediátrico Iztapalapa.

Si decides participar en el estudio, es importante que consideres la siguiente información y no tengas duda en preguntar cualquier asunto que no quede claro.

El propósito del estudio es **Identificar los factores de riesgo individuales, familiares, psicológicos, médicos y sociales**, en adolescentes con evento suicida que ingresan al Hospital Pediátrico de Iztapalapa.

Los resultados servirán para conocer qué factores de riesgo presentan los adolescentes que realizaron un acto suicida, con la finalidad de lograr una detección oportuna para poder realizar un adecuado seguimiento, así como para evitar o disminuir el riesgo de reintentos posteriores.

Te pedimos participar en este estudio para detectar factores de riesgo, los cuales en su momento pueden ser intervenidos oportunamente para mejorar tu salud mental, física y social.

Procedimientos

Si aceptas participar, se te aplicará una entrevista que indaga acerca de condiciones personales, sociales, psicológicas, médicas y eventos de la vida, así como consumo de sustancias.

La duración aproximada de esta entrevista es de 30 minutos, y se realizará por separado de tu familiar. Deberás invertir parte de tu tiempo para el llenado de los cuestionarios y las entrevistas cuando así sea el caso. En relación a la aplicación de algunas escalas y entrevistas, serán realizadas por el residente de pediatría responsable de esta investigación.

Beneficios:

Recibirás un tríptico acerca de los factores de riesgo para intento suicida y qué hacer en caso de que presentes ideaciones suicida, además recibirás seguimiento por parte de personal especializado en salud mental.

Confidencialidad:

Toda la información que nos proporciones será confidencial, ya que tus datos están protegidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México y por la Ley Federal de Acceso a la Información.

Los resultados generados en esta investigación, se manejarán como grupo, por lo tanto, tu identidad no será revelada en el estudio. Los resultados se utilizarán únicamente con fines de investigación y pueden llegar a publicarse en revistas científicas sin que se mencione la identidad de las personas que respondieron los cuestionarios.

Participación voluntaria:

Tienes derecho a participar en el estudio de forma voluntaria. Si tú no aceptas participar, esto no afectará la atención médica que recibes en el hospital. Eres libre de retirarte del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica que recibes.

Riesgos potenciales/compensación:

Es posible que algunas preguntas generen cierta incomodidad emocional. En caso de presentarse esta incomodidad, podrás manifestar tu malestar emocional al médico, quien te ayudará a decidir si deben continuar o suspender las entrevistas y se pueden retomar en otra cita.

En todos los casos se te darán los resultados obtenidos y se te enviará al servicio de la consulta externa de paidopsiquiatra para seguimiento clínico.

Aviso de privacidad simplificado:

El investigador principal de este estudio, **Dr. Luis Angel Pintor García** es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos, le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo electrónico: **torilestat@gmail.com**.

Números a contactar:

Si tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comunícate con el investigador responsable del proyecto: Dr. Luis Angel Pintor García, al siguiente número de teléfono 5563165920, en un horario de 8:00 a 18:00 horas, o al correo electrónico torilestat@gmail.com.

Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante en el estudio de investigación, puedes comunicarte con la Dra. Carolina Salinas

Oviedo, al teléfono (55)53411919 de 8:00 a 13:00 horas o si lo prefieres, escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico carosalinas73@hotmail.com.

Si aceptas participar en el estudio, te entregaremos una copia de este documento que te pedimos seas tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento:

- Se me ha leído esta Carta de Consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si entiendes la información que te hemos dado en este formato, estás de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también estás de acuerdo en permitir que tu información de salud sea usada como se describió antes, entonces te pedimos que indiques tu consentimiento para participar en este estudio.

Registra tu nombre y firma en este documento del cual te entregaremos una copia.

PARTICIPANTE

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha y hora: _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el participante: _____

Fecha y hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el participante: _____

Fecha y hora: _____

INVESTIGADOR QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha y hora: _____

ANEXO 7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a Madre, Padre o Tutor responsable

Título del proyecto: “Identificación de factores de riesgo en adolescentes con un evento suicida atendidos en el Hospital Pediátrico de Iztapalapa”.

Nombre del investigador principal: Luis Angel Pintor García

Fecha de aprobación por el Comité de Ética en Investigación: 30 abril de 2021

Estimado(a) madre, padre o tutor responsable:

Ha sido invitado(a) a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el Hospital Pediátrico de Iztapalapa en colaboración con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. El estudio se realizará en el área de hospitalización, urgencias y/o consulta externa del Hospital Pediátrico Iztapalapa.

Si decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información y no tenga duda en preguntar cualquier asunto que no quede claro.

El propósito del estudio es **Identificar los factores de riesgo individuales, familiares, psicológicos, médicos y sociales**, en adolescentes con evento suicida que ingresan al Hospital Pediátrico de Iztapalapa.

Los resultados servirán para conocer qué factores de riesgo presentan los adolescentes que realizaron un acto suicida, con la finalidad de lograr una detección oportuna para poder realizar un adecuado seguimiento, así como para evitar o disminuir el riesgo de reintentos posteriores.

Le pedimos participar en este estudio para detectar factores de riesgo, los cuales en su momento pueden ser intervenidos oportunamente para mejorar la salud mental, física y social de su hijo(a).

Procedimientos

Si usted y su hijo(a) aceptan participar, a su hijo(a) se le aplicará una entrevista que indaga acerca de condiciones personales, sociales, psicológicas, médicas y eventos de la vida, así como consumo de sustancias; en el caso de usted responderá algunas preguntas relacionadas con las condiciones médicas y psiquiátricas de sus familiares, así como una escala para evaluar las emociones y la conducta de su hijo(a), con la cual determinaremos si presenta algún diagnóstico médico psiquiátrico.

La duración aproximada de esta entrevista es de 30 minutos en el caso de su hijo, y 15-20 minutos en el caso de usted, siendo realizadas por separado. Usted y su hijo(a) deberán invertir parte de su tiempo para el llenado de los cuestionarios y las entrevistas cuando así sea el caso. En relación a la aplicación de algunas escalas y entrevistas, serán realizadas por el residente de pediatría responsable de esta investigación.

Beneficios: Recibirán un tríptico acerca de los factores de riesgo para intento suicida y qué hacer en caso de que su hijo(a) continúe presentando estos comportamientos o ideaciones suicidas. Recibirán seguimiento por parte de personal especializado en salud mental. Asimismo se les recomendarán redes de apoyo para familiares, así como información oportuna sobre el suicidio y su prevención.

Confidencialidad: Toda la información que nos proporcionen será confidencial, ya que sus datos están protegidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales para la Ciudad de México y por la Ley Federal de Acceso a la Información.

Los resultados generados en esta investigación, se manejarán como grupo, por lo tanto, su identidad no será revelada en el estudio. Los resultados se utilizarán únicamente con fines de investigación y pueden llegar a publicarse en revistas científicas sin que se mencione la identidad de las personas que respondieron los cuestionarios.

Participación voluntaria: Tienen derecho a participar en el estudio de forma voluntaria. Si no aceptan participar, esto no afectará la atención médica que recibes en el hospital. Son libres de retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica que reciben.

Riesgos potenciales/compensación: Es posible que algunas preguntas generen cierta incomodidad emocional. En caso de presentarse esta incomodidad, se deberá manifestar su malestar emocional al médico, quien le ayudará a decidir si deben continuar o suspender las entrevistas y se pueden retomar en otra cita.

En todos los casos se les darán los resultados obtenidos y se les enviará al servicio de la consulta externa de psicopsiquiatra para seguimiento clínico.

Aviso de privacidad simplificado: El investigador principal de este estudio, **Dr. Luis Angel Pintor García** es responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos, le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo electrónico: **torilestat@gmail.com**.

Números a contactar:

Si tienes alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comunícate con el investigador responsable del proyecto: Dr. Luis Angel Pintor García, al siguiente número de teléfono 5563165920, en un horario de 8:00 a 18:00

horas, o al correo electrónico torilestat@gmail.com. Si tienes preguntas generales relacionadas con tus derechos como participante en el estudio de investigación, puedes comunicarte con la Dra. Carolina Salinas Oviedo, al teléfono (55)53411919 de 8:00 a 13:00 horas o si lo prefieres, escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico carosalinas73@hotmail.com. Si acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento:

- Se me ha leído esta Carta de Consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si entiende la información que te hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que tu información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio. Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha y hora: _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el participante: _____

Fecha y hora: _____

TESTIGO 2

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el participante: _____

Fecha y hora: _____

INVESTIGADOR QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha y hora: _____

GLOSARIO

- Actos preparatorios hacia Comportamiento Suicida Inminente: Acciones tomadas para lastimarse, pero los actos suicidas son detenidos por uno mismo o por otras personas. (Turecki et al., 2016).
- Adolescencia: Periodo de transiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas; desde las menos desarrolladas de la niñez y las más equilibradas de la adultez. (Hernández, 2016).
- Autolesión deliberada: Cualquier tipo de comportamiento autolesivo, incluidos el intento suicida y autolesión no suicida. (Turecki et al., 2016).
- Autolesión no Suicida: Comportamiento autolesivo sin intención de morir, incluyendo cutting, fricción, quemaduras o pellizcos repetitivos. (Turecki et al., 2016).
- Autolesionismo: comprende las conductas encaminadas al daño físico de la propia persona, sin importar el tipo de lesión infringido, el motivo o la presencia de intención suicida. (García et al., 2015).
- Bully: Agresor o acosador, que molesta a sus víctimas de distinta manera.
- Bullying: Conducta agresiva o deliberadamente perjudicial entre compañeros que es repetida e involucra un desequilibrio de poder, siendo difícil para la víctima defenderse por sí misma. (Shain, 2016).
- Cisgénero: Neologismo que define a los individuos cuya identidad de género coincide con su fenotipo sexual.
- Cutting: Consiste en provocarse autolesiones o cortes, con cualquier elemento capaz de infringir daño al propio cuerpo, no estando relacionado con masoquismo o impulsos suicidas. (García et al., 2015).
- Eventos Suicidas: Inicio o empeoramiento de ideación suicida o un intento suicida actual o una derivación de emergencia para intento o comportamiento suicida. (Turecki et al., 2016).
- Factores de Riesgo: Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

- Género no binario: Personas con identidad de género fuera del binarismo de género, dado que su identidad autodesignada no se percibe totalmente masculina o femenina.
- Ideación Suicida Activa: Pensamientos acerca de tomar acciones para terminar con la vida, incluidos identificación del método, tener un plan y/o tener la intención de actuar. (Turecki et al., 2016).
- Ideación Suicida Pasiva: Pensamientos acerca de la muerte o querer morir, con algún plan o intento. (Turecki et al., 2016).
- Intento Suicida: Comportamiento potencialmente autolesivo asociado con al menos alguna intención de morir. (Turecki et al., 2016).
- LGBT: Agrupa personas con orientaciones sexuales e identidades de género relativas a esas cuatro palabras (Lesbianas, Gay, Bisexuales y Transgénero).
- Sexting: Envío de mensajes con contenido de tipo pornográfico y/o erótico a través de los teléfonos celulares.
- Suicidio: Acto autolesivo fatal con alguna evidencia de intención de morir. (Turecki et al., 2016).
- Transgénero: Distinción sexual de las personas que no se sienten identificadas, parcial o totalmente con el género con el que nacieron.