

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Identities e Inclusión Social

PROYECTO DE APLICACIÓN PROFESIONAL (PAP)

Programa de Salud Pública e Innovación en Nutrición



ITESO, Universidad
Jesuita de Guadalajara

2G02-Calidad de Vida y Salud en el Ámbito Hospitalario

**Intervención en las áreas de Paidopsiquiatría y Psicología Pediátrica del
Hospital Civil Fray Antonio Alcalde**

PRESENTAN

Lic. Claudia del Carmen Orozco Morales

Lic. Sofia Romero Gordillo

Profesor PAP: Dra. Patricia Eugenia Ornelas Tavares

Tlaquepaque, Jalisco, Primavera 2022

ÍNDICE

Contenido

REPORTE PAP	3
Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional	3
Resumen	0
1. Ciclo participativo del Proyecto de Aplicación Profesional	0
1.1 Entendimiento del ámbito y del contexto	0
1.2 Caracterización de la organización	3
1.3 Identificación de la(s) problemática(s)	5
1.4. Planeación de alternativa(s)	11
1.5. Desarrollo de la propuesta de mejora	14
1.6. Valoración de productos, resultados e impactos	17
1.7. Bibliografía y otros recursos	19
1.8. Anexos generales	20
2. Productos	24
2. Reflexión crítica y ética de la experiencia	11
3.1 Sensibilización ante las realidades	12
▪ Sofía	12
● Claudia	12
3.2 Aprendizajes logrados	14

REPORTE PAP

Presentación Institucional de los Proyectos de Aplicación Profesional

Los Proyectos de Aplicación Profesional (PAP) son experiencias socio-profesionales de los alumnos que desde el currículo de su formación universitaria- enfrentan retos, resuelven problemas o innovan una necesidad sociotécnica del entorno, en vinculación (colaboración) (co-participación) con grupos, instituciones, organizaciones o comunidades, en escenarios reales donde comparten saberes.

El PAP, como espacio curricular de formación vinculada, ha logrado integrar el Servicio Social (acorde con las Orientaciones Fundamentales del ITESO), los requisitos de dar cuenta de los saberes y del saber aplicar los mismos al culminar la formación profesional (Opción Terminal), mediante la realización de proyectos profesionales de cara a las necesidades y retos del entorno (Aplicación Profesional).

El PAP es un proceso acotado en el tiempo en que los estudiantes, los beneficiarios externos y los profesores se asocian colaborativamente y en red, en un proyecto, e incursionan en un mundo social, como actores que enfrentan verdaderos problemas y desafíos traducibles en demandas pertinentes y socialmente relevantes. Frente a éstas transfieren experiencia de sus saberes profesionales y demuestran que saben hacer, innovar, cocrear o transformar en distintos campos sociales.

El PAP trata de sembrar en los estudiantes una disposición permanente de encargarse de la realidad con una actitud comprometida y ética frente a las disimetrías sociales. En otras palabras, se trata del reto de “saber y aprender a transformar”.

El Reporte PAP consta de tres componentes:

El primer componente refiere al ciclo participativo del PAP, en donde se documentan las diferentes fases del proyecto y las actividades que tuvieron lugar durante el desarrollo de este y la valoración de las incidencias en el entorno.

El segundo componente presenta los productos elaborados de acuerdo con su tipología.

El tercer componente es la reflexión crítica y ética de la experiencia, el reconocimiento de las competencias y los aprendizajes profesionales que el estudiante desarrolló en el transcurso de su labor.

Resumen

El presente reporte da cuenta de lo trabajado en el Proyecto de Aplicación Profesional “Calidad de Vida y Salud en el Ámbito Hospitalario” del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente durante el periodo Primavera 2022, así como las actividades realizadas en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde ubicado en Guadalajara, Jalisco. El proyecto se llevó a cabo desde un enfoque biopsicosocial; poniendo especial importancia en la calidad de vida. Así mismo, tiene como objetivo principal brindar atención psicológica, orientación educativa, legal y nutricia, a la población en general, a quienes ya presentan alguna enfermedad preexistente y al personal de salud, abordando la problemática desde la Psicología de la Salud, los Cuidados Paliativos y la Bioética en situaciones de enfermedad, dolor, muerte y duelo.

Durante este periodo, dos psicólogas en formación, asistimos al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, a las áreas de Consulta Externa de Psicología Pediátrica y Paidopsiquiatría: urgencias y hospitalizados, para intervenir con los pacientes y sus cuidadores. A continuación, se presentan las problemáticas encontradas en la población infantil, sus intervenciones y propuestas de mejora.

1. Ciclo participativo del Proyecto de Aplicación Profesional

El PAP es una experiencia de aprendizaje y de contribución social integrada por estudiantes, profesores, actores sociales y responsables de las organizaciones, que de manera colaborativa buscan construir sus conocimientos para dar respuestas a problemáticas de un contexto específico y en un tiempo delimitado. Por tanto, la experiencia PAP supone un proceso en lógica de proyecto, así como de un estilo de trabajo participativo y recíproco entre los involucrados.

1.1 Entendimiento del ámbito y del contexto

Si bien el Proyecto de Aplicación Profesional se desarrolló en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, las primeras semanas del proyecto fueron dedicadas a profundizar en conceptos como “calidad de vida”, “modelo biopsicosocial” y “proceso salud-enfermedad”. Se realizó una revisión teórica con el objetivo de que una vez que se ingresara al escenario;

se tuviera una visión más clara de cómo se da un abordaje desde estos conceptos. Se tuvo como prioridad desarrollar y reforzar herramientas para poder trabajar desde la prevención, evaluación, diagnóstico e intervención con pacientes y cuidadores. Así mismo, se hicieron intervenciones tanto con las áreas asignadas por parte del hospital, como con los residentes del mismo.

Partiendo de esto, la Organización Mundial de la Salud (2018) en Guaitero & Guaranguay (2018), define a la calidad de vida como “la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural y sus valores, relacionada con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes” (p.3). La calidad de vida de las personas guarda una estrecha relación con la salud; por lo que profundizar en su entendimiento es de gran importancia. Su acercamiento, implica tener en cuenta componentes asociados al entorno social, biológico, psicológico y espiritual, incluyendo la percepción de su vida, y el afrontamiento de la enfermedad (Salom, 2012 como se cita en Páez, López-Gabeiras & Moreno-D’Anna, 2020).

Dado que el siglo XXI ha sido testigo de cambios importantes en la concepción de programas de educación y atención de salud; de la misma manera ha evolucionado el concepto de calidad de vida y salud. Cada vez, han ido tomando más importancia los aspectos que hacen alusión a la calidad de vida del paciente; las personas no solo aspiran vivir, sino vivir bien. La Organización Mundial de la Salud (2018) como se cita en Páez, López-Gabeiras & Moreno-D’Anna (2020) menciona que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.16). Partiendo de esta idea, se han replanteado las intervenciones en los ámbitos hospitalarios, sobre todo a las elecciones de tratamiento por parte de los equipos de salud.

Los avances científicos, han revelado los efectos de los factores psicosociales en las respuestas inmunológicas, nerviosas y endocrinas (Ader, Cohen y Felten, 1991 como se cita en López & Iriondo, 2019), siendo el estrés, la ansiedad y la angustia las condiciones de mayor interrelación con los sistemas del organismo. Esta perspectiva ha permitido la incorporación de otros profesionales no médicos a la atención del paciente, junto con nuevas estrategias de intervención (entre ellas las psicológicas) dirigidas a modificar las respuestas emocionales y mejorar la condición del paciente y su calidad de vida. No solo mejora la salud

del paciente, sino que también mejora la salud del paciente (Bayés, 1994; Berrocal, Fava y Sonino, 2016 como se cita en López & Iriondo, 2019).

En este sentido, la psicología clínica ha realizado una importante contribución, en donde proporciona un modelo conceptual que explica los trastornos psicológicos y de conducta, así como los factores psicológicos asociados que provocan muchas enfermedades físicas.

“La Psicología Clínica y de la Salud se ocupa del comportamiento humano, de los factores que lo determinan y de cómo inciden en la salud de las personas. Utiliza métodos que provienen de la psicología experimental para estudiar, explicar, prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar los aspectos psicológicos que afectan a la conducta, las emociones y las relaciones de las personas” (López & Iriondo, 2019, p.9).

A partir de esto, la atención psicológica en el ámbito hospitalario vincula actividades de intervención, educación e investigación. Se basa en la consideración biopsicosocial del paciente ingresado u hospitalizado, tomando en cuenta las dinámicas propias de la organización, en donde el psicólogo clínico conoce, adapta y construye un lenguaje común con el resto del equipo de profesionales de la salud sin perder de vista su formación (López & Iriondo, 2019).

“El psicólogo clínico, precisa contar de forma integrada, con una visión clínica, social e institucional para aplicar tanto al paciente, como a la familia y al equipo institucional. Esta visión tridimensional irrenunciable es la que va a permitir la realización de tareas globales de prevención, diagnóstico e intervención psicológica” (Zas, 2011 como se cita en López & Iriondo, 2019, p.7).

En el ambiente hospitalario; en específico con la población infantil, se manejan problemáticas que se asocian a un malestar físico. Desde esta perspectiva, las problemáticas que se presentan en la práctica de la Psicología de la Salud Infantil comprenden un número significativo de desórdenes psicológicos, de desarrollo, conductuales, educativos y de manejo del niño. En lugar de únicamente tratar la fisiopatología de la enfermedad, la atención directa de los pacientes pediátricos se centra en las áreas social y emocional del paciente. Del mismo modo, los programas de psicología pediátrica incluyen estrategias no solo para los pacientes sino también para las familias.

Como parte de la calidad de vida, el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde ofrece áreas que abordan enfermedades mentales en niños y adolescentes. Dado que éstas, pueden desencadenar factores que perjudiquen el bienestar a nivel personal, familiar y social (convirtiéndose en una carga para el individuo y sus cuidadores); desde el Proyecto de Aplicación Profesional “Calidad de Vida y Salud en el Ámbito Hospitalario”, se abordaron las problemáticas desde la Psicología de la Salud, y se buscó brindar atención psicológica y orientación educativa a pacientes y familiares del área de consulta externa de Psicología Pediátrica y el área de Paidopsiquiatría (hospitalización y urgencias).

1.2 Caracterización de la organización

El Hospital Civil de Guadalajara (HCG) es desde 1997, un Organismo Público Descentralizado del Estado de Jalisco, cuyas tareas sustantivas son: la atención médica hospitalaria de segundo, tercer nivel y alta complejidad, la formación de profesionales de la salud (de pregrado y posgrado), la generación de nuevos conocimientos en el campo de la investigación clínica y traslacional en áreas biomédicas, así como la gestión del buen gobierno institucional a través de la gestión pública (Gobierno del estado de Jalisco, 2018).

En 2015 el HCG fue declarado Institución Benemérita del Estado de Jalisco por el H. Congreso del Estado, está integrado por dos unidades hospitalarias: El Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" (AHCGFAA) que cuenta con una antigüedad de 222 años y el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" (NHCGJIM) que inició actividades hace 28 años; ambos atienden a la población más necesitada a través de sus servicios y clínicas especializadas, con tecnología de vanguardia y alto compromiso social. En los últimos 3 años, el total de egresos hospitalarios fue de aproximadamente 225,694 con una ocupación hospitalaria incrementada hasta un 98.1% (Gobierno del estado de Jalisco, 2018).

La estructura organizacional y funciones del OPD Hospital Civil de Guadalajara son establecidas en el Reglamento de la Ley del Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara:

Figura 1. Estructura Organizacional del OPD HCG.
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Fuente: Publicada en la página institucional del OPDHCG (www.hcg.udg.mx). Se fundamenta en el Reglamento de la Ley del Organismo Público Descentralizado Hospital Civil de Guadalajara y sus adecuaciones son autorizadas por la Junta de Gobierno

La infraestructura del organismo está constituida por dos edificios, nosotras acudimos al Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, ubicado en la calle Hospital 278, de la Colonia el Retiro, en el Sector Hidalgo; un edificio con más de doscientos años de antigüedad.

El hospital cuenta con área de Hospitalización, Consulta Externa, Quirófanos, Área de urgencias, Terapia Intensiva Adultos y Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Externos (UCINEX), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Áreas de Diagnóstico diversas. Y son técnicos, farmacéuticos, laboratoristas, nutriólogos, psicólogos, odontólogos, trabajo social, afanadores, camilleros, administrativos, personal médico, enfermería, entre otros, quienes día a día brindan sus servicios a su área de trabajo correspondiente.

En el campo de la enseñanza e investigación, la institución forma recursos humanos para la salud de excelencia y a nivel nacional cuenta con el mayor número de residentes cursando una especialidad médica (79 programas de especialidad y subespecialidad). En vinculación estrecha con la Universidad de Guadalajara, el hospital civil de Guadalajara funge como campo clínico a nivel licenciatura de las principales carreras de ciencia de la salud.

Además, las características de atención integral a la salud que se proporciona son de alta complejidad, se brinda atención integral a pacientes con diversos diagnósticos y patologías,

estas actividades implican el esfuerzo coordinado de tareas y procesos con un orden lógico a fin de conseguir los resultados óptimos y adecuados.

Las estudiantes presentes nos encontramos en el área de Paidopsiquiatría, encabezado por el Dr. Miguel Ángel Flores Tinajero, en donde se atiende a pacientes de consulta externa, hospitalizados, urgencias y terapia intensiva pediátrica, con la intención de proporcionar apoyo emocional a niñas, niños, adolescentes y sus familias a través de un trabajo interdisciplinario e institucional para brindar una atención integral.

Actualmente dicha área se encuentra dividida en 2: El área de Consulta Externa de Psicología Pediátrica y el área de Paidopsiquiatría que trabaja principalmente con hospitalizados y urgencias.

1.3 Identificación de la(s) problemática(s)

A partir de la participación en el escenario, se lograron identificar (a) problemáticas relacionadas al sector de salud en México (b) problemáticas del área de Consulta Externa de Psicología Pediátrica y Paidopsiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, (c) problemáticas referentes con los residentes y (d) problemática del proyecto.

a) Sector Salud

La primera problemática se analizó desde la Psicología de la Salud, la cual hace referencia que los problemas de salud mental en la población infantil de México iniciaron en 1988 (dentro de la primera Encuesta Nacional de Adicciones), en donde se estimó que el 16% de los casos padecían una enfermedad mental y la mitad de ellos, podían considerarse graves (Caraveo-Anduaga & Martínez-Vélez, 2019). Así mismo, según cifras del INEGI (2019), existen 33'470,538 niñas, niños y adolescentes, de los cuales 10'598,705 son menores de cinco años, y 22'871,833 se encuentran entre los cinco y catorce años. Los estudios sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niñas, niños y adolescentes reportan que “desde hace 10 años, cada mes se registran 52 suicidios infantiles y entre el año 2008 y 2018 cerca de siete mil menores de 18 se han quitado la vida. Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Mexicana afirma que las generaciones de 12 a 17 años de edad enfrentan cada vez más problemas de salud mental (Senado de la República, 2020).

A nivel mundial se informa, consistentemente, que desde un 10 hasta un 20% de los niños y adolescentes padecen de un trastorno mental incapacitante. A pesar de que éstos son identificados como la causa principal de discapacidad relacionados con la salud, las necesidades de atención en niños siguen siendo ignoradas; ya sea por la falta de desarrollo de programas y políticas integrales, la falta de capacidad de recopilación de datos; epidemiológicos y servicios, falta de recursos sociales, continuidad en la atención, así como barreras universales a su acceso (Fariña, Caballero, Morán, Silvero, Suárez, Weberhofer & Arce, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (2018) como se cita en Márquez-Caraveo; Arroyo-García; Granados-Rojas & Ángeles-Llerenas (2017), menciona que existe una carencia ante la atención personalizada de salud mental en niños y adolescentes.

“La atención a los niños y adolescentes no ha sido commensurada con la que se ha dedicado a los adultos o a los ancianos. Esta situación es todavía más grave en los países en desarrollo en donde existe casi una carencia universal de personal entrenado para atender en centros de salud mental y una capacidad insuficiente para proveer un cuidado continuo” (p.478)

Así mismo, la presidenta de la Comisión de Derechos de la Niñez y de la Adolescencia en México; Josefina Vázquez Mota, señaló que “ante el aumento de casos de suicidio y presencia de trastornos mentales en niñas, niños y adolescentes, urge contar con una Ley de Salud mental” (Senado de la República, 2020).

Por otro lado, según el Informe de Salud Mental realizado en el año 2011, en nuestro país del total del presupuesto asignado a salud tan solo el 2% es para la salud mental. Además, las personas con estos padecimientos tienen acceso limitado a los servicios de salud mental, por lo que solo el 50% de los pacientes llegan a tener una atención y tratamientos adecuados (Organización Mundial de la Salud, 2011; como se cita en Díaz-Castro; Cabello-Rangel; Medina-Mora; Berenzon-Gorn; Robles-García & Madrigal-de León, 2020). De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (s.f) menciona que la mitad de las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años, pero la mayoría de los casos no son detectados, y mucho menos tratados.

b) Áreas de Paidopsiquiatría y Consulta Externa de Psicología Pediátrica del Hospital Civil

PAIDOPSIQUIATRÍA

El paciente pediátrico llega al hospital con un estado emocional perturbado. Esto debido a que el imaginario de los infantes y adolescentes en torno al contexto hospitalario suele ser negativo. Díez (2017) menciona que la separación de su entorno y el ingreso al hospital se vive como un evento significativo que genera altos niveles de estrés y ansiedad en los pacientes. El hospital se percibe como un ambiente extraño para el niño; su rutina se modifica y debe adaptarse a la vida diaria del hospital. Algunas de las problemáticas a las que el paciente se enfrenta son:

- En numerosas ocasiones recibe una información deficiente o poco adaptada a su comprensión, lo que provoca una gran preocupación
- Se produce una pérdida de intimidad. Las habitaciones compartidas, las exploraciones rutinarias, la entrada del personal sanitario en la habitación, la falta de espacios privados, etc.
- Se encuentran sujetos a unas normas que marcan las pautas de las actividades que deben realizar.
- Despersonalización. En muchas ocasiones el personal se refiere al niño como un número de habitación y es separado de los elementos que le conceden personalidad (ropa, objetos personales).

Por otro lado, a partir de la asistencia al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, se identificaron problemáticas relacionadas con dos áreas de intervención: el Pabellón Psiquiátrico Infantil y Urgencias Pediatría/Niños Hospitalizados en piso.

Pabellón Psiquiátrico Infantil

- El Pabellón Psiquiátrico Infantil cuenta únicamente con 6 camas; hay ocasiones en que la demanda rebasa la capacidad y muchos niños se quedan sin atender.

- El rango máximo de edad permitido para la hospitalización es de 14 años con 11 meses, por lo que existe una brecha entre los niños de 15 años y los pacientes psiquiátricos adultos.
- El Pabellón Infantil y el de adultos comparten baño; en muchas ocasiones los adultos que son crónicos se pasan al pabellón infantil y llegan a asustar a los niños.
- La intervención que se realiza es únicamente de crisis. El tiempo de hospitalización de los pacientes es muy corto; de una a dos semanas, extendiéndose como un máximo a un mes. Esto dificulta la intervención, ya que no se puede realizar un proceso que ayude al niño a generar cambios significativos en su malestar.
- Por las tardes no hay ningún profesional de la salud mental. Los niños entran constantemente en crisis y en esas horas, no hay quien los contenga. Ya que los enfermeros no están capacitados para dar contención verbal, se opta por amarrarlos o sedarlos con medicamentos.
- Debido a que son menores de edad, siempre tiene que haber un acompañante con ellos. Los padres o cuidadores mencionan que no pueden estar todo el tiempo en el hospital y los niños constantemente cambian de cuidadores, esto vuelve complicado el poder dar indicaciones sobre el manejo y cuidado del paciente. Así mismo, muchas veces los padres no son conscientes de la gravedad de la enfermedad de los niños.
- Las problemáticas en torno a la salud mental que se abordan en el pabellón son: conductas de riesgo: intentos de suicidio y autolesiones; comportamientos violentos; trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa; trastornos del estado de ánimo: depresión, ansiedad y bipolaridad; psicosis y esquizofrenia; trastornos del espectro autista y acentuación de los rasgos de personalidad.

Urgencias Pediatría/Niños Hospitalizados en piso

- La demanda es muy alta y el personal escaso. Los Psicólogos adscritos y Paidopsiquiatras tienen como prioridad atender a los niños del pabellón, lo que ocasiona que no se pueda dar seguimiento todos los días a los niños de piso.
- Las altas de los pacientes no están a cargo del servicio de Paidopsiquiatría; en muchas ocasiones se hace el pase de visita y los niños ya no están. Esto hace que los procesos se queden a medias y no se puedan dar recomendaciones para el regreso a casa.

- Las problemáticas en torno a la salud mental que son identificadas en los niños hospitalizados en piso son principalmente depresión y ansiedad, pero también se atienden intentos de suicidio y trastornos de la conducta alimentaria que requieren de otros servicios de salud.

CONSULTA EXTERNA DE PSICOLOGÍA PEDIÁTRICA

A lo largo de la primera fase del proyecto, en el periodo de febrero a marzo, al asistir a escenario 2 veces a la semana, a través de la observación, intervención y escucha se encontraron las siguientes problemáticas:

- En cuanto a Pacientes, se observó que desde el inicio de la Pandemia hubo un incremento en la demanda de atención psicológica en el área de pediatría. Las principales problemáticas identificadas durante el semestre fueron principalmente problemas de conducta en los menores como hiperactividad y mal comportamiento en la escuela o en casa; problemas sociales como poca socialización, ansiedad social y aislamiento. Y trastornos como el Trastorno del espectro autista (TEA), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno de ansiedad social, entre otros. Todo esto al mismo tiempo que presentan algún problema de salud física, ya que los pacientes solo acuden al área si son derivados de otra especialidad médica. Se observa que una gran parte de los padres de familia no cuentan con los conocimientos necesarios respecto a las problemáticas (trastornos, condiciones, diagnósticos) que presentan sus hijos.
- En cuanto a logística de la organización y trabajadores de la salud se identificaron diferentes áreas de mejora. Dentro de la institución, en esta área en específico cuentan con muy poco personal para la gran demanda de atención, lo cual ha conllevado a una saturación de la agenda y, por ende, una atención limitada y menos eficiente. Lo anterior afecta sobre todo de tres maneras, la primera es que los pacientes que requieren de atención inmediata se les debe derivar ya que la agenda para iniciar proceso está hasta el próximo año; segundo, conlleva a que las citas subsecuentes de los pacientes se prolonguen y reciban atención cada mes o incluso cada dos meses, cuando de acuerdo a la psicóloga a cargo del área en un proceso terapéutico ideal

debe de haber cita mínimo cada 2 semanas; tercero, conlleva un agotamiento en el personal debido a la combinación de gran demanda y poco tiempo.

- Además, para el procedimiento de evaluación se solicita el uso de pruebas proyectivas, las cuales de acuerdo con Sánchez-Villena & Ventura-León (2020) son técnicas poco efectivas en la detección de desórdenes emocionales, conductuales, cognitivos, abuso sexual y/o físico. Existe un conjunto de técnicas con mayor evidencia científica como la entrevista clínica, la observación conductual o pruebas psicométricas. En el hospital, se utiliza además de dichas pruebas la entrevista clínica, la observación conductual y se trata de indagar más en cada caso sin quedarse únicamente con los resultados de las pruebas; sin embargo, se utilizan más de 4 pruebas proyectivas para la evaluación de cada paciente. Debido a la poca fiabilidad de dichas pruebas y a la saturación del servicio sería recomendable omitirlas o utilizar únicamente las más acordes a cada caso.

c) Trabajo con residentes

El Programa de Unidad de Apoyo Psicológico del Hospital Civil de Guadalajara (2019), menciona que:

“Debido a la situación cotidiana de los ambientes hospitalarios; los profesionales de la salud en formación se encuentran frente a exigencias de asistencia médica, responsabilidades escolares y de índole personal, aunado a las condiciones de alimentación y descanso inadecuadas pueden desencadenar síntomas y manifestaciones a nivel emocional que a su vez repercuten en su salud, en su rendimiento profesional-académico y en su vida personal”

Por otro lado, en colaboración con la subdirección de enseñanza de los Hospitales Civiles y el equipo médico responsable de las áreas de enseñanza de pre y posgrado de las dos sedes, profesoras y alumnas del presente Proyecto de Aplicación Profesional, realizamos una evaluación del estado psicológico y nutricional de 251 residentes, a través de una encuesta conformada por distintos instrumentos de evaluación psicométricos y clinimétricos.

A partir de los resultados se identificaron las siguientes problemáticas:

- 82% de los residentes manifiestan algún grado de ansiedad, y en relación con ello 45% reporta un mal dormir.

- 22% de los evaluados manifiestan algún grado de depresión y el 9.5% obtuvieron puntajes de riesgo suicida
- El 49% reporta una buena calidad de vida profesional, que contrasta con los niveles medios y altos de desgaste profesional y despersonalización, así como con un bajo puntaje en la escala de logro y satisfacción profesional.
- Se requiere mejorar el consumo de una alimentación saludable, reducir el consumo de alcohol y el empleo de la comida como recurso para aliviar la ansiedad o estados emocionales desagradables.
- El 56.7% cuentan con un Índice de Masa Corporal adecuado, pero el resto de la población muestra bajo peso, sobrepeso y obesidad tipo I,II y III. ç

d) Proyecto de Aplicación Profesional

Una de las problemáticas identificadas en torno al Proyecto, fue que, al solo asistir dos días a la semana, no se podía dar seguimiento a los pacientes; en muchas ocasiones se perdían consultas o los daban de alta.

1.4. Planeación de alternativa(s)

El presente Proyecto de Aplicación Profesional cuenta con distintas poblaciones en las que se interviene, por lo que al igual que en las problemáticas antes mencionadas, este apartado se divide en las áreas (a) Paidopsiquiatría: urgencias y hospitalizados (b) Consulta externa de Psicología Pediátrica (c) Trabajo con residentes y (d) Proyecto.

a) Paidopsiquiatría: urgencias y hospitalizados

Cada semana, el Pabellón Psiquiátrico Infantil atiende 6 niños. El tiempo promedio de hospitalización es de una semana hasta un mes. Se realiza un trabajo interdisciplinar, en donde Psicólogos, Psiquiatras, Médicos internos y pasantes, Enfermeros y Servicio Social acude al pase de visita y escucha las problemáticas de los pacientes hospitalizados. Por otro lado, el servicio de Paidopsiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, ofrece interconsultas a pacientes pediátricos hospitalizados en piso o en el área de urgencias.

Ante las problemáticas relacionadas con el trabajo de los pacientes en el pabellón psiquiátrico infantil, así como en las interconsultas en urgencia y los pisos, se propusieron y pusieron en marcha las siguientes alternativas:

1. Plan de trabajo interdisciplinar. El equipo de Paidopsiquiatría Infantil, realizaba el pase de visita a las 8:00 am al Pabellón Psiquiátrico Infantil. Posteriormente se tenían juntas en el consultorio para discutir los casos y hacer propuestas de intervención desde una mirada interdisciplinar. Una vez que se tenía la sesión del día y se asignaban los casos, se realizaban las intervenciones con los niños y se retomaba al final del día una junta para hablar de los hallazgos. Este plan de trabajo facilitaba que, aunque no todos atendían a todos los pacientes, el equipo podía tener claridad del proceso de evolución de cada niño
2. Psicoeducación a padres y cuidadores. Se realizaron trípticos con información relevante para el manejo y cuidado del paciente. Esta propuesta ayudó a que los padres y cuidadores tuvieran más conocimiento sobre las señales de alarma y el abordaje que se debe hacer con el paciente una vez que regresaran a casa (ANEXO 1)

Además de las propuestas que se lograron realizar, ante las problemáticas encontradas se propuso:

1. Turno de Psicología por la tarde, de manera que los niños no se queden sin un profesional de la salud mental en ese horario.
2. Relacionado al punto anterior, se propone capacitar al personal de enfermería para realizar contención verbal a pacientes en momentos de crisis, para disminuir el uso de sedantes cuando no sea necesario.
3. Terapias grupales con los pacientes hospitalizados. Además de las visitas diarias y las sesiones de terapia individual, se propone realizar terapias de grupo entre los pacientes con temas que les ayuden en su proceso.

b) Consulta externa de Psicología Pediátrica

En cuanto a consulta externa de Psicología Pediátrica, en conjunto con la psicóloga adscrita se proponen las siguientes alternativas para combatir las problemáticas:

- Retomar pláticas y talleres preexistentes destinadas a papás de pacientes (suspendidas por el COVID), para mantenerlos actualizados y brindarles herramientas necesarias para el cuidado de sus hijos. Se buscará brindar información acerca de los principales trastornos psicológicos, así como psicoeducación respecto a técnicas de contención, estilos de crianza saludable, manejo de emociones, intervención en crisis, entre otros.
- Realizar una correcta evaluación, siempre trabajando en colaboración con otras áreas para cubrir todas las necesidades tanto psicológicas como físicas que presenta el paciente.
- Utilizar únicamente las pruebas proyectivas más relevantes respecto al caso específico para así ahorrar tiempo y garantizar mayor confiabilidad en el proceso de evaluación.
- Destinar mayor personal al área, ya sea practicantes u otro profesionista. Se recomendaría a los practicantes asistir por un periodo extenso de mínimo 1 año para poder dar seguimiento al proceso terapéutico de los pacientes, así como se recomienda asistir los 5 días de la semana para de esta forma poder atender a un mayor número de pacientes por día, liberando espacio en la agenda y logrando tener sesiones de seguimiento más próximas.

c) Trabajo con residentes

En cuanto a las problemáticas identificadas en los residentes, se propusieron las siguientes estrategias:

- Diseñar talleres presenciales y virtuales sobre nutrición, manejo de la ansiedad y el estrés, comunicación asertiva, fatiga por compasión y manejo del Burnout
- Construir un sitio (site) virtual donde los Residentes puedan encontrar videos, infografías, podcasts con información y orientación para el manejo de la sintomatología ansiosa, la higiene del sueño, hábitos alimenticios y promoción de la actividad física.
- Acceso al Call Center del Proyecto Calidad de Vida y Salud en el ámbito Hospitalario, de ITESO
- Acompañamiento personal a quienes lo soliciten. Se requiere de espacios y tiempo disponible para que los Residentes puedan acceder a este recurso.

- Coordinar el trabajo con el área de Psiquiatría y Psicología del Hospital para derivar los casos que requieran atención, particularmente aquellos que presentan depresión y ansiedad grave, así como quienes reportaron la posibilidad de un riesgo suicida.
- Identificar los recursos personales, familiares, sociales, institucionales y comunitarios de los Residentes para promover estrategias de afrontamiento adaptativas al entorno y a las demandas de su trabajo.
- Fomentar el cuidado y autocuidado entre los Residentes.

d) Proyecto de Aplicación Profesional

Ante la realidad que se vive en estas áreas y la necesidad de dar seguimiento a los pacientes, se propone que el horario de intervención del proyecto sea de lunes a viernes.

1.5. Desarrollo de la propuesta de mejora

La intervención desde el proyecto se realizó con los siguientes objetivos en mente:

1. Identificar, Evaluar e intervenir desde la Psicología, la Educación, la Nutrición y el Derecho para atender las necesidades físicas, psicosociales, emocionales, legales y espirituales de la población en riesgo y del enfermo crónico y terminal, de su familia y del equipo de salud que los atiende.
2. Comunicar y difundir en redes mediante infografías, guías orientadoras y material audiovisual el servicio integral que ofrece el PAP.
3. Diseñar y aplicar un protocolo de investigación relevante para la problemática a la que se está enfrentando y elaborar un Reporte de la Experiencia en el Proyecto (R-PAP).

A partir de esto, se desarrollaron intervenciones correspondientes a cada área:

a) Paidopsiquiatría: urgencias y hospitalizados

El servicio cuenta con una adscrita de Psicología y un Paidopsiquiatra, más el apoyo de los pasantes de servicio social de medicina y psicología. La labor realizada en el área fue apoyar

desde el área de psicología con las actividades que se necesitaran. Atendí un promedio de 2 pacientes al día, ya fueran pacientes del pabellón o de piso y sus cuidadores.

A continuación, se presenta una lista con las actividades desempeñadas:

1. Asistencia al pase de visita con el equipo interdisciplinar
2. Participación en asesorías, diálogo y clases acerca de los casos y temas relacionados
3. Intervención y acompañamiento psicológico a pacientes hospitalizados y sus familiares y/o cuidadores
4. Aplicación de entrevista clínica y técnicas como dibujo proyectivo, terapia de juego e identificación de emociones
5. Psicoeducación a familiares y/o cuidadores en el plan de seguridad ante conductas de riesgo (ANEXO 2), límites (ANEXO 3) y conciencia de la enfermedad.
6. Interconsultas a otras áreas del hospital
7. Elaboración de notas de evolución junto con sus impresiones diagnósticas
8. Participación en las actividades del hospital como el CIAM; elaboración de un cartel a partir de un caso clínico y exposición del mismo (ANEXO 4)
9. Elaboración de material para el área de psicología (trípticos sobre ansiedad y depresión)

b) Consulta externa de Psicología Pediátrica

La psicóloga adscrita recibe de 3 a 4 pacientes por día, mientras yo fungía el papel de observadora y psicóloga de apoyo. Cada paciente pasa por un proceso de evaluación con una duración de aproximadamente 5 sesiones, donde se aplica entrevista psicológica y de 4 a 5 pruebas proyectivas, para posteriormente pasar a un proceso terapéutico de aproximadamente 16 sesiones, este número varía mucho dependiendo del compromiso del paciente y su familia, de la problemática y del ritmo subjetivo de cada persona. Siempre se trabajó de manera interdisciplinar en comunicación con las otras áreas médicas a las que acudía cada paciente y en caso de que identificáramos la necesidad de colaboración con una nueva especialidad para realizar un diagnóstico o una mejor evaluación/intervención, se realizaba la hoja de interconsulta correspondiente.

Debido al poco tiempo que acudí al hospital en comparación con lo requerido para el área, tuve algunas limitantes a la hora de intervenir. Contribuí con la saturación de pacientes acudiendo al hospital en el tiempo que no era posible para mi psicóloga adscrita y se me asignó el caso de una adolescente, a la que vi cada 15 días para realizar el proceso de evaluación. Al concluir, se derivó el caso a un centro que brinda terapia familiar.

Se propone exponer las problemáticas encontradas a las personas a cargo, para en la siguiente fase del proyecto lograr intervenciones concretas y un mayor involucramiento.

c) Trabajo con residentes

1. En conjunto con el hospital, se ofreció un espacio para evaluación y seguimiento de la calidad de vida. Cada estudiante tuvo la tarea de enviar un informe a los residentes asignados junto con sus resultados.
2. Se creó el site para los residentes donde cada alumna aportó por lo menos algún archivo relevante y de ayuda para las problemáticas encontradas, o en temas que contribuyen a la salud y el bienestar.

-Sofía: Infografía acerca de cómo sobrellevar un duelo. Aportación de videos cortos donde se explican técnicas de manejo del estrés y conceptos importantes como el burnout y el desgaste por compasión (ANEXO 5).

-Claudia: Infografías sobre el duelo y cómo dar malas noticias, manejo de ansiedad y técnicas (ANEXO 6).

d) Proyecto de Aplicación Profesional

El proyecto estaba dividido en 3 días; los lunes y viernes se asistía al hospital y los miércoles se tenían clases teóricas con el propósito de compartir experiencias y pedir asesoría. Las primeras semanas del proyecto fueron destinadas al desarrollo de herramientas y habilidades para la intervención, así como el conocimiento teórico y el funcionamiento del ámbito hospitalario. Así mismo, una vez que entramos al escenario y a lo largo del Proyecto, se desarrollaron las siguientes actividades, con el propósito de seguir reforzando nuestros conocimientos y de recopilar información relevante:

1. Lecturas referentes a la calidad de vida, cuidados paliativos y proceso salud-enfermedad.
2. Infografías con los temas de las lecturas (ANEXO 7)
3. Presentaciones que sintetizarán las técnicas terapéuticas sugeridas para la intervención en el hospital (ANEXO 8)
4. Investigación y exposición del tema asignado “enfermedades autoinmunes” (ANEXO 9)
5. Bitácoras individuales semanales en donde se plasmó lo realizado durante la semana
6. Exposición ante el grupo de un caso clínico, con su problemática y abordaje desde el modelo biopsicosocial: “Paciente con anorexia nerviosa” (ANEXO 10)
7. Compartir por medio del grupo de Facebook, artículos recientes de temas que aportarán al trabajo en el ámbito hospitalario
8. Un protocolo de investigación ante una problemática encontrada en el área que se trabajó.

1.6. Valoración de productos, resultados e impactos

a) Paidopsiquiatría: urgencias y hospitalizados

Como se había mencionado, uno de los factores que imposibilitaron un mayor impacto en el área y una intervención más completa, fue que, por el horario del proyecto, no se podía dar seguimiento diario a los pacientes.

Por otro lado, si bien es verdad que se presentaron dificultades, también se obtuvieron resultados muy positivos. En un tiempo de 3 meses, se logró intervenir con aproximadamente 15 pacientes hospitalizados en pabellón junto con sus cuidadores, 10 pacientes en pisos y urgencias y se aplicaron protocolos de intervención establecidos por el equipo de Paidopsiquiatría.

Los resultados logrados fueron de gran provecho tanto para los psicólogos en formación como para la misma institución. El impacto de la presencia del proyecto en el Hospital es muy bueno, ya que el área cuenta con una alta demanda de atención y muchas veces los adscritos no logran cubrir las necesidades.

Por otro lado, se logró observar distintos avances por parte de los pacientes y sus cuidadores. En los casos donde se dio seguimiento desde el momento de la hospitalización hasta el alta; se notó mejoras en el estado de ánimo y comportamiento, mayor comunicación y conciencia de la enfermedad, disminución de conductas de riesgo como autolesiones o pensamientos de muerte, un avance en la relación con los familiares y una mayor adherencia al tratamiento. En cuanto a los cuidadores, se notó una mejoría en la manera de relacionarse con los niños o adolescentes, mayor interés por conocer la enfermedad y el abordaje más adecuado, conciencia de la disfuncionalidad familiar y búsqueda por continuar con una terapia una vez que sean dados de alta. Éste último punto fue de gran relevancia, ya que en todos los casos en donde se intervino desde la psicoeducación, los familiares buscaron seguir implementando estrategias para ayudar al paciente fuera del hospital.

b) Consulta externa de Psicología Pediátrica

Uno de los principales resultados positivos fue la ayuda brindada para combatir la saturación del servicio, atendí pacientes en momentos que se hubiera tenido que reagendar e inicié un proceso con una adolescente quien hubiera tenido que ser derivada desde el inicio por falta de espacio en la agenda de mi psicóloga adscrita, sin embargo, mi ayuda fue limitada debido al poco tiempo de asistencia y la poca frecuencia a la semana (2 días). Para practicantes de esta área a futuro se recomienda asistir por lo menos un año para poder llevar un proceso terapéutico completo, así como asistir los 5 días de la semana para un mayor número de pacientes y mayor aprendizaje.

Las pláticas para padres continúan suspendidas debido a las medidas de protección de covid-19, sin embargo, se recomienda para futuras generaciones retomarlas ahora que nos encontramos en un punto mejor de la pandemia.

c) Trabajo con residentes

La propuesta para los residentes está planificada para iniciarse hasta las siguientes etapas del proyecto, por lo que ahora fue simplemente la creación de la página y el establecimiento de posibles intervenciones.

d) Proyecto de Aplicación Profesional

Los resultados obtenidos por parte del proyecto fueron de mucho beneficio para las psicólogas en formación. El hecho de que el ITESO tenga convenio con el Hospital, nos da la oportunidad de conocer realidades a las que en el día a día no podríamos acceder. Esto nos da la posibilidad de desarrollar habilidades tanto personales como profesionales. Así mismo los productos elaborados, sirven como base de información para futuras ocasiones del proyecto y de la vida profesional.

1.7. Bibliografía y otros recursos

Caraveo-Anduaga, Jorge Javier, & Martínez-Vélez, Nora Angélica. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, 61(4), 514-523. Epub 31 de marzo de 2020. <https://doi.org/10.21149/9727>

Díaz-Castro, Lina, Cabello-Rangel, Héctor, Medina-Mora, María Elena, Berenzon-Gorn, Shoshana, Robles-García, Rebeca, & Madrigal-de León, Eduardo Ángel. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*, 62(1), 72-79. Epub 28 de febrero de 2022. <https://doi.org/10.21149/10323>

Fariña, R; Caballero, D; Morán, F; Silvero, J; Suárez, R; Weberhofer, J & Arce, A. (2017). Epidemiología de los trastornos mentales en niños y adolescentes: un estudio del departamento de psiquiatría de la infancia y adolescencia del hospital de clínicas. *Medicina Clínica y Social*. 1(3), pp: 192-200.

Gobierno del estado de Jalisco (2018) Plan institucional de desarrollo 2018-2024 OPD *Hospital Civil de Guadalajara*. <https://seplan.app.jalisco.gob.mx>
<https://seplan.app.jalisco.gob.mx/biblioteca/archivo/descargarArchivo/2641>

López, A & Iriondo, O. (2020). Intervención Psicológica en el Ámbito Hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*. 10(1), pp: 1-19. Recuperado de: https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/1989_9912_cc_10_1_e1.pdf

Márquez-Caraveo, María Elena, Arroyo-García, Eduardo, Granados-Rojas, Armida, & Ángeles-Llerenas, Angélica. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 59(4), 477-484. <https://doi.org/10.21149/8514>

Páez G, López-Gabeiras MP, Moreno-D'Anna M. Alcance de la “calidad de vida” en atención médica. *Pers Bioet*, 24(1):14-27. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.1.2>

Sánchez-Villena, A. R. & Ventura-León, J. (2020) Pruebas proyectivas: ¿Son útiles para la evaluación infantil?. *Revista chilena de pediatría* 91(3). <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.v91i3.2017>

Senado de la República. 20 de marzo del 2020. Urge Ley de Salud Mental para atender trastornos en menores de edad: Vázquez Mota. Coordinación de Comunicación Social. Recuperado de: <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/47831-urge-ley-de-salud-mental-para-atender-trastornos-en-menores-de-edad-vazquez-mota.html>

1.8. Anexos generales

ANEXO 1: Folleto de manejo de ansiedad para pacientes

1
ANSIEDAD

¿Qué es?
Es una reacción humana natural que tiene efecto en la mente y el cuerpo, se activa cuando una persona percibe un peligro o una amenaza ya sea real o imaginaria.

Síntomas

Físicos	Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> Palpitación acelerada Inquietud Respiración agitada Sensación de dificultad para respirar Sudoración Mareos Sensación de hormigueo Cansancio Tensión muscular Temblores Dificultad para dormir Malestar estomacal 	<ul style="list-style-type: none"> Preocupación Miedo intenso Nerviosismo excesivo Irritabilidad Desasosiego Agobio Dificultad de concentración Sentimiento de abrumación Pensamiento obsesivo Sensación de estar apresurado Evitación

Estos síntomas pueden generar incapacidad en la realización de las actividades diarias.

¿Qué puedo hacer si siento ansiedad?

- Decírselo a algún adulto que te pueda ayudar ya sea tus padres, maestros o familiares.
- Si la ansiedad persiste o es muy intensa acude a terapia psicológica y atención psiquiátrica.

Técnicas de disminución de ansiedad

Manejo de pensamientos negativos	Identificarlos, cuestionarlos y equilibrarlos
Resolución de problemas	Identifica el problema. ¿Te pertenece? Si la respuesta es sí, defínelo y piensa cómo has resuelto situaciones similares. Piensa en las posibles soluciones.
Respiración:	<p>a) Respiración diafragmática: Ponte una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para estar seguro de que llevas el aire a la parte de abajo de los pulmones, sin mover el pecho. Al tomar el aire, lentamente, lo llevas hacia abajo, hinchando tu abdomen, sin mover el pecho. Retén el aire, lentamente, hundiendo un poco estómago y barriga; sin mover el pecho. Procura mantenerlo relajado y relajante un poco más al soltar el aire</p> <p>b) Respiración cuadrada: Puedes ponerte cómodo y cerrar tus ojos. Inhala durante 4 segundos Retén el aire durante 4 segundos Exhala durante 4 segundos</p>
Relajación	<p>Encuentra alguna actividad recreativa que te guste disfrutar y te ayude a relajarte te superemos las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pintar • Dibujar • Cantar

	<ul style="list-style-type: none"> • Escribir • Leer • Saltar a caminar • Jugar
Grounding	<p>Mira a tu alrededor y menciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 cosas que puedas observar • 3 cosas que puedas escuchar • 3 cosas que puedas tocar • 3 cosas que puedas oler • 3 cosas que puedas saborear
Imaginación positiva	<p>Imaginate un lugar, una persona o una cosa. Imagínalo utilizando tus sentidos, por ejemplo, como huele, como es su textura, como se escucha, como se ve, a que sabe. Visualízalo hasta empezar a relajarte.</p>

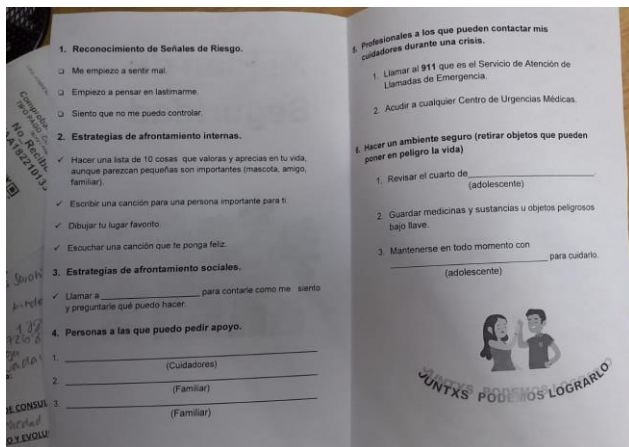
- ¿Cómo puedo prevenir la ansiedad?**
- Hacer ejercicio o practicar algún deporte
 - Aprender algo que te guste
 - Dormir lo suficiente
 - Alimentación saludable
 - Rutinas diarias de actividades
 - Organización en tu tiempo, espacio personal, así como de tus pertenencias

Cuando una persona vive una situación emocional complicada, es común que se sienta juzgada injustamente o incomprendida. Pero no olvides que lo que estás viviendo es natural y se puede mejorar con ayuda profesional y apoyo de las personas cercanas a ti.



MANEJO DE ANSIEDAD

ANEXO 2: Plan de seguridad para pacientes y cuidadores



Qué hacer en caso de crisis

¿Cómo saber cuándo inicia una crisis?

- ¿Qué sucede primero?

Evento:

Pensamientos:

Emociones:

Conductas:

- ¿En qué momento se vuelve incontrolable?

¿Cuál diría que es el pensamiento, emoción o conducta detonadora de las crisis?

¿Cómo ayudar a reducir la intensidad de una crisis?

- Mantenga un tono de voz tranquilo
- Evite reaccionar de forma exagerada
- No juegue. No discuta
- Expresé apoyo y preocupación
- Evite tocar o sobre estimular a la persona con palabras o sonidos
- Muévase lentamente y exprese de forma corta y precisa lo que hará para ayudarlo.
- Ofrezca diferentes opciones para ayudar

Qué más puedo hacer para ayudar

- La confusión ante la reacción de su familiar puede causarle frustración, enojo, tristeza, por ello lo mejor es conocer sobre el padecimiento, seguir las indicaciones de profesionales de la salud mental y atenderse a sí mismo en psicoterapia, incluso de ser necesario si identifica depresión o altos niveles de ansiedad en usted, acudir a atención psiquiátrica.

ANEXO 3: aprendiendo límites

APRENDIENDO REGLAS Y LIMITES

¿Cómo explicamos las reglas y límites?

- Asegúrese que el niño escuchó dando la indicación frente a él.
- Las reglas deben ser cortas y claras, una por vez.
- En positivo, en lugar de: "no grites", podemos decir "Baja la voz".
- Las reglas se explican una sola vez, es recomendable escribirlas donde todos las vean.
- Se ayuda a realizarlas, hay ocasiones que aun que nos parezcan sencillas las reglas o indicaciones, niños y adolescentes no saben como empezar o realizarlas.
- Se dicen con tranquilidad.

¿Cómo aplicamos las consecuencias de NO cumplir con las reglas?

- Platicuen las reglas y las consecuencias entre los adultos.
- Entre los adultos del hogar, lleguen a un acuerdo y todos apliquen las mismas reglas y consecuencias.
- Una vez acordadas, siéntense con los niños y adolescentes y cuéntenles las reglas y consecuencias que se aplicaran.
- La aplicación de consecuencias debe ser inmediata, así logramos relacionar: No cumplir la regla → consecuencia inmediata.
- Las consecuencias se aplican máximo: POR UN DIA.
- Sea constante, aplique SIEMPRE las reglas a todos, así como las consecuencias y premios.

Ayude a cumplir las reglas

- Reconozca los esfuerzos y buena conducta de los niños: Dígaselo y cuando sea posible recompénselo.
- Las recompensas No son materiales, si le es posible, ofrézcale por una buena conducta semanal, salir al parque en familia, extender algunos minutos el uso de pantallas, o busque actividades que le sean agradables que motiven a sus niños y adolescentes a cumplir las reglas.



ANEXO 4: Presentación de cartel en el CIAM

ATENCIÓN A CASOS DE ANOREXIA NERVOSA Y PSICOSIS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

FLORES-TINAZERO MIGUEL ÁNGEL, FERNÁNDEZ-VILLANUEVA LUC ALEJANDRA, FLORES MARTÍN DASALU SOCABDO, DRÓZCO-MORALES CLAUDIA DEL CARMEN, CASTELLANOS GONZÁLEZ ANDREA, DÍAZ-PONCE CAROLINA.

HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"

INTRODUCCIÓN
EXISTE UN AUMENTO SIGNIFICATIVO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO PRINCIPALMENTE EN ADOLESCENTES. ESTOS SON CARACTERIZADOS POR SOMETIMIENTO A DIETAS Y RESTRICCIONES ALIMENTICIAS, PREOCUPACIÓN OBSESIVA POR LAS DIMENSIONES CORPORALES, ACTIVIDADES PURGATIVAS COMO VÓMITOS, UTILIZACIÓN DE LASANTES Y VIGOREXIA. LAS COMORBILIDADES MÁS COMUNES SON TRASTORNOS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS, LO QUE PONE EN MAYOR RIESGO A ESTA POBLACIÓN VULNERABLE.

OBJETIVO
PRESENTAR UN CUADRO DE ANOREXIA NERVOSA QUE CURSA CON EPISODIO PSICÓTICO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

REPORTE CLÍNICO
FEMEBINA DE 14 AÑOS QUE INGRESA AL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA INFANTIL SECUNDARIO A DESNUTRICIÓN MODERADA-AGUDA POR RESTRICCIÓN ALIMENTICIA -VÓMITOS POSTPRANDIALES, ALUCINACIONES AUDITIVAS PUNITIVAS, MUTISMO SELECTIVO, AUTOLESIONES EN ANTEREZO Y TOBILLO E INSOMNIO DE MANTENIMIENTO, DURANTE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA, CUIDADORES PRINCIPALES: BEBÉREN, DISTORSIÓN DE IMAGEN CORPORAL, PREOCUPACIÓN POR AUMENTO DE PESO PUNTUADA CON ESCALA EVA EN 9-GRAVE, POSITIVA A ANOREXIA NERVOSA EN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA MHI- INTERNATIONAL, NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW FOR NIÑOS Y ADOLESCENTES MINI-KID ANIMO TRISTE, ANSIEDAD, IDEAS DE MINUSVALÍA, CONTEO OBSESIVO DE CALORÍAS, IRRITABILIDAD, CONSUMO ESPORÁDICO DE ALCOHOL, IDEAS PASIVAS DE MUERTE E IDEACIÓN SUICIDA SIN PLAN ESTRUCTURADO Y CONDUCTAS RIESGOSAS TALES COMO REALIZAR BETOS VIRTUALES RELACIONADOS A LA RESTRICCIÓN ALIMENTICIA, ANTECEDENTE DE FAMILIA NUCLEAR CON FUNCIONAMIENTO CAÓTICO, SEPARACIÓN PARENTAL, MISTIFICAMIENTO SEXUAL ESCOLAR Y FAMILIARES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL.

CONCLUSIONES
POR LA SINTOMATOLOGÍA REFERIDA POR PACIENTE Y CUIDADORES, CONSIDERAMOS QUE LOS ANTECEDENTES PERSONALES DE ANSIEDAD, AUTOLESIÓN, CONDUCTAS SUICIDAS, COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA, ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS Y ADVERSIDADES PSICOSOCIALES, GENERAN INICIO Y MANTENIMIENTO DE CUADRO ACTUAL, GENERANDO DISCAPACIDAD GRAVE, REQUIRIENDO INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA LOGRAR ESTABILIZACIÓN Y RESTAURACIÓN DE SALUD MENTAL EN LA PACIENTE Y FAMILIA.

REFERENCIAS
Barral C, Medina-Mora M, et al. (2012) Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria: un caso representativo de adolescentes. Salud mental 35(6):402-406.
Carrón R, Valiente, E López C, Carolina. (2020) Tratamiento de la conducta alimentaria en adolescentes. Una revisión integrativa. Revista chilena de psicología, 38(1), 794-795.
Lorente, Anaís, Verdines, E. Luján, Bernarmita Loy. (2018). Etiología y prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa. Psicología para América Latina, (10), 26-43.
Poncela de Santiago, M. L., de Costa Ribeiro-Junior, H., Mora-Giral, E., Bachi, R. M. (2012) La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. Nutrición Hospitalaria, 27(2):397-401

ANEXO 5: infografía sobre manejo de duelo

PERDÍ UN FAMILIAR QUERIDO

Duelo y Recomendaciones
El duelo en este caso se refiere a la experiencia o el proceso que experimenta la persona tras sufrir la pérdida de un ser querido, que puede dar lugar a largos periodos de tristeza y dificultad. Aquí se presentan algunas recomendaciones para una experiencia de duelo más llevadera.

- 1. DATE TIEMPO PARA RECUPERAR LA PAZ Y ESTABILIDAD**
El duelo lleva su tiempo
Recuperarás paulatinamente tu ritmo de vida
- 2. NO TE ABANDONES-CUIDA DE TI**
Aliméntate sanamente, practica ejercicio moderado, reduce hábitos tóxicos y descansa.
- 3. EXPRESA TUS EMOCIONES CUANDO ESTAN A FLOR DE PIEL**
Acepta tus sentimientos: es normal sentir tristeza, rabia, frustración y otros. Grita o llora si lo sientes necesario.
- 4. BUSCA APOYO DE FAMILIARES Y AMIGOS**
Puede ser reconfortante compartir como te sientes y el sentirte acompañado.
Si deseas estar solo procura respetar el sentimiento pero evitar el aislamiento total.
- 5. RECONECTATE DE MANERA SANA CON RECURSOS ESPIRITUALES Y SENTIMENTALES**
La oración, meditación, escritura y yoga son algunos ejemplos. Ver paulatinamente foto/objetos del fallecido que te resulten dolorosos.
- 6. EVITA TOMAR DECISIONES IMPORTANTES DE MANERA PRECIPITADA.**
Recuerda que cuando la emoción es grande, la capacidad de razonamiento es menor.
- 7. REMEMORAR Y CELEBRAR LA VIDA DE SU SER QUERIDO.** Permitir que los recuerdos surjan y compartir momentos buenos y malos.
-hablar sobre la vida del ser querido.
-Crear algo que conmemore su vida

ACUDIR CON UN PROFESIONAL
Si sientes que tus emociones te abrumen o no puedes superar la pérdida, hablar con un profesional calificado como psicólogo, psiquiatra o tanatólogo te podría ayudar a lidiar con tus sentimientos y recuperar el rumbo.

ANEXO 6: infografía sobre cómo dar malas noticias

¿Cómo dar *malas noticias?*

CONDICIONES A TOMAR EN CUENTA:

- Contar con una evaluación completa y fidedigna de la gravedad y pronóstico de la enfermedad.
- Tener presente la idiosincrasia de cada paciente.
- Buscar el apoyo de la familia del paciente

- 1. Setting up the interview**
 - Revisar la historia clínica y contar con la información completa
 - Elegir un lugar adecuado
 - Contar con alguien que sea de apoyo para quien va a recibir la noticia
 - Valorar el estado emocional del paciente
- 2. Assessing patient's perception**
 - Antes de hablar preguntar:
 - Preguntar al paciente qué tanto conoce sobre su enfermedad y sus inquietudes al respecto
- 3. Obtaining patient's invitation**
 - Encontrar un equilibrio entre lo que queremos decirle al paciente y lo que él desea saber.
 - Expresar que la información estará disponible para cuando quiera conocerla
- 4. Giving knowledge and information to the patient**
 - Compartir información sobre el diagnóstico y tratamiento.
 - Considerar el lenguaje según el nivel intelectual y contexto cultural, uso de palabras sencillas.
 - Cuidar el lenguaje no verbal
- 5. Addressing the patient's emotion**
 - Desmitificar las reacciones que se presentan en el paciente, para que desde la empatía, se ofrezca apoyo.

Referencias

León-Amarero D, Hernández-Vicente J. ¿Cómo y cómo dar malas noticias en medicina. An Fac med. 2019;80(1):66-75. DOI: <https://doi.org/10.15381/anefac.v80i1.15471>

ANEXO 7: Infografías sobre lecturas

CLAUDIA ORDOZCO
70037
PSICOLOGÍA

DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO

CUIDADO

Sistema de actividades destinado a promover, asegurar la vida y la calidad de vida de las personas.

DIMENSIONES

1. Cuidado como práctica vincular-efectiva
2. Cuidado a las prácticas no formales de la salud
3. Cuidado como atención integrada en salud
4. Cuidado como eje que orienta atención centrada en las personas
5. Cuidado como síndrome de atención

CÓMO HA CAMBIADO

Anteriormente se creía que la enfermedad era lo contrario a salud. Actualmente se busca cuidar y fomentar el bienestar integral aunque aún no haya señales de enfermedad.

SALUD Y ENFERMEDAD

SALUD
Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS)

ENFERMEDAD
Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas o signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible (OMS)

CONDICIÓN HUMANA

- Pensar al cuidado - más allá de la salud- un tanto condición humana fundamental.
- Reconocer a un otro.
- A lo largo de toda la etapa de la vida.
- Preocuparse desde la empatía y el vínculo afectivo.

Referencia

Michalewicz A, Peral C & Andía-Gómez S (2014). Del proceso de salud-enfermedad-atención al proceso salud-enfermedad-cuidado. *Revista Colombiana de Psicología*. Universidad de Buenos Aires. <https://doi.org/10.15381/anefac.v80i1.15471>

CLAUDIA ORDOZCO
PSICOLOGÍA 70037

PSICONEUROINMUNO ENDOCRINOLOGÍA

Estudia la interacción entre los procesos psicológicos y los sistemas nervioso, endocrino e inmune y el proceso salud-enfermedad.

Se apoya en la teoría de que todos los sistemas se interconectan entre sí. La mente afecta las distintas partes del organismo deo permitiendo funcionar armónicamente como un todo y así permitiendo interconexión con el medio en que el desarrollan.

La integración de los sistemas nervioso, inmune y endocrino tiene como finalidad conservar la salud, hacer efectiva la lucha por la supervivencia y controlar diversas funciones para mantener el equilibrio interno del organismo.

RNC	SISTEMA INMUNE	SISTEMA ENDOCRINO
Produce y da respuesta a los cambios externos e internos	Detecta y afirma los agentes patógenos externos e internos	Proporciona la respuesta más conveniente para la lucha

Interrelaciones entre los sistemas endocrino, OMS y neuroendocrino. Los 3 se comunican entre sí de forma bidireccional a través de mensajeros químicos. La educación en una respuesta en los otros a tener manifestaciones en la salud del paciente y bienestar.

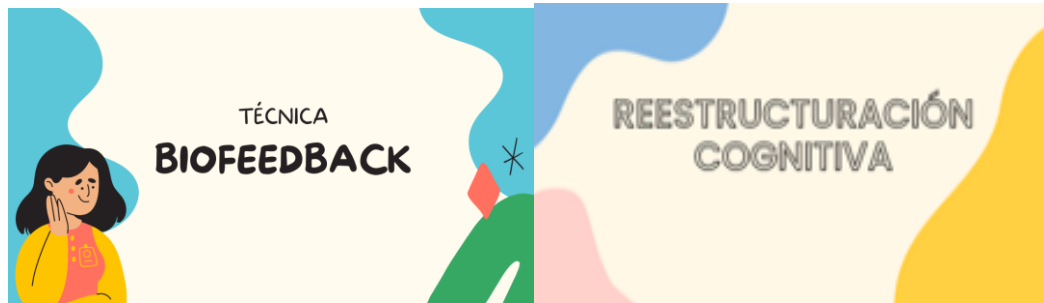
El psicólogo George Solomon, considerado el padre de la PNE, lo define como: "un campo científico interdisciplinario que se dedica al estudio e investigación de las relaciones de interacción y comunicación entre el ser humano (intelectualidad) y los sistemas respondidos del metabolismo homeostático del organismo, los sistemas nervioso (central y autónomo), inmunológico y neuroendocrino, así como sus implicaciones clínicas".

"Cada tan importante como el lado del corazón es el "lado" positivo de la mente. Ser fuerte por dentro, estar en equilibrio y bienestar es la mejor garantía de salud física, mental, psíquica y afectiva".

Referencia

Ordozco Claudia, Peral Claudia, Andía-Gómez S. (2014). Del proceso de salud-enfermedad-atención al proceso salud-enfermedad-cuidado. *Revista Colombiana de Psicología*. Universidad de Buenos Aires. <https://doi.org/10.15381/anefac.v80i1.15471>

ANEXO 8: Portadas de las presentaciones de técnicas terapéuticas



ANEXO 9: Portada e introducción de la presentación del tema “enfermedades autoinmunes”



ANEXO 10: Portada y presentación de caso clínico “Paciente Hospitalizada con Anorexia”



2. Productos

Protocolo de investigación

Como parte de los objetivos del proyecto, se realizó un protocolo de investigación que diera cuenta de las problemáticas encontradas en el área. Con base al gran número de pacientes

adolescentes que acudían por motivo de intento suicidio, se tomó la decisión de hacer una investigación respecto al tema “Factores de Riesgo que Intervienen en el Intento de Suicidio en Adolescentes en México”, así mismo, debido al poco tiempo que se tenía se optó por hacer una revisión sistemática.

La investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores relacionados con el intento suicida en adolescentes mexicanos. Se realizó una investigación sistemática donde se analizaron diversos artículos indexados en las bases de datos Scielo, Google Académico, Ebsco y ResearchGate. La técnica de recolección fue el análisis documental y se seleccionaron 13 publicaciones para su análisis.

Dentro de los hallazgos, tomando una percepción biopsicosocial y espiritual, se encontró que todos los artículos mencionaron al menos un factor de tipo biológico y un factor de tipo social, mientras que 97% de los artículos mencionan al menos un factor de tipo psicológico y 47% un factor de tipo espiritual. Se concluye que al ser mencionados en al menos 50% de los artículos, los principales factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes son: el ser mujer, padecer algún trastorno psiquiátrico o enfermedad mental (sobre todo trastornos del estado de ánimo; depresión), autoestima baja, mal funcionamiento familiar, el consumo de drogas (incluyendo tabaco y alcohol) y haber sufrido violencia física o psicológica.

A continuación, se presenta la investigación:



ITESO
Universidad Jesuita
de Guadalajara

Orozco Morales, Claudia del Carmen y Romero Gordillo, Sofía

I.T.E.S.O

**Factores de Riesgo relacionados con el Intento de Suicidio en Adolescentes en
México
Revisión Sistemática**

Proyecto de Aplicación Profesional

Calidad de Vida y Salud en el Ámbito Hospitalario

Primavera 2022

Psicología

Profesora: Patricia Eugenia Ornelas Tavera

Guadalajara, Jalisco.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores relacionados con el intento suicida en adolescentes mexicanos. Se realizó una investigación sistemática de diversos artículos indexados en las bases de datos Scielo, Google Académico, Ebsco y ResearchGate. La técnica de recolección fue el análisis documental y se seleccionaron 13 publicaciones. Desde el enfoque biopsicosocial y espiritual, se encontró que todos los artículos mencionaron al menos un factor de tipo biológico y un factor de tipo social, mientras que 97% de los artículos mencionan al menos un factor de tipo psicológico y 47% un factor de tipo espiritual. Se concluye que al ser mencionados en al menos 50% de los artículos, los principales factores de riesgo son: el ser mujer, padecer algún trastorno psiquiátrico o enfermedad mental (sobre todo trastornos del estado de ánimo; depresión), autoestima baja, mal funcionamiento familiar, el consumo de drogas (incluyendo tabaco y alcohol) y haber sufrido violencia física o psicológica.

Palabras clave: Suicidio, adolescentes, México, factores, riesgo.

Introducción

El suicidio es un tema actual de gran relevancia; debido al aumento de la tasa de mortalidad en las últimas décadas, se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud en el mundo. Cada año, cerca de 703 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo; en promedio se registra una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento cada 3 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2021). La Organización Mundial de la Salud (2021) reporta que en el mundo es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años y la tercera en México según el Instituto Nacional de Salud Pública (2020).

Si bien día con día se utiliza el término de suicidio, dentro de éste existen distintos conceptos y definiciones. La Organización Mundial de la Salud (2021) entiende al suicidio como “un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal”. Además del suicidio, existen distintos niveles de la conducta suicida los cuales son:

- **Parasuicidio:** Conducta de autolesión no habitual que potencialmente amenaza la vida pero que se realiza sin la intención de quitarse la vida
- **Suicidio:** Acto que realiza una persona para intencionalmente causar su propia muerte
- **Ideación suicida:** Presencia de ideas o deseos sobre el cese de la propia vida.
- **Intento suicida:** Tentativas o actos autolesivos y deliberados con los que se busca morir y terminan en un desenlace no fatal. El acto suicida puede haber sido abandonado, interrumpido o puede haber fracasado.
- **Suicidio consumado:** Intento de suicidio con resultado de muerte.

(Jans, Vloet, Taneli & Warnke, 2018), (Hernández, 2017)

A partir de las distintas definiciones de la conducta suicida, se puede tener un panorama más claro con respecto a las cifras. Entre 1970 y 2007 el porcentaje de suicidios juveniles en México se incrementó en 275% de modo que por cada persona que se suicida, 20 lo intentan (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020). En el 2020, de las 1 069 301 muertes registradas en el país, 7818 fueron por lesiones autoinfligidas, lo que representa 0.7% de las muertes y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes. Así mismo, la tasa de suicidio es más alta en el grupo de jóvenes de 18 a 29 años, ya que se presentan 10.7 decesos por cada 100 000 jóvenes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2021). El 2% de la población de 10 y más años en México ha dicho que alguna vez, a propósito, se han herido, cortado, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida; en las mujeres esta práctica se ha dado en 3% y en 1% en los hombres. Con respecto a la frecuencia de la ideación suicida, se observa que, de la población de 10 años y más que han pensado suicidarse, 6% lo hace frecuentemente, 5% casi siempre, 34% algunas veces y 54% rara vez. Además, la Organización Panamericana de la Salud (2014) como se cita en Cuesta-Revé (2017) informó que, en el mundo, la tasa de suicidio de los hombres es más alta que la de las mujeres, con una proporción 3,5 a 1 debido a que ellos utilizan métodos más violentos y letales. Aunque, por el contrario, las mujeres presentan una mayor cantidad de pensamientos e intentos de suicidio que los hombres.

El suicidio es un problema multifactorial complejo e intervienen factores psicológicos, sociales, familiares, biológicos, culturales y ambientales (Cuesta-Revé, 2017). Por otro lado,

la conducta suicida se da especialmente en adolescentes, etapa caracterizada por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; estos cambios suelen ser bruscos y repentinos provocando inestabilidad. Así mismo, hay una búsqueda de identidad, aceptación e independencia en la que los adolescentes se enfrentan a diversas situaciones, que si no son manejadas adecuadamente pueden convertirse en factores de riesgo para el suicidio (Cuesta-Revé, 2017). La Organización Mundial de la Salud (2021) define los factores de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Así mismo, Stengel (1987) como se cita en Cañón & Carmona (2018) señala que los factores de riesgo suicida son los factores predisponentes que pueden desencadenar una conducta suicida.

El comportamiento suicida se puede manifestar en tres etapas, las cuales son: ideación suicida, planificación del suicidio y por último intento de suicidio (Crestuzzo, 2018). El fundador del estudio del suicidio (suicidología); el psicólogo Edwin S. Shneidman mencionó que “el suicidio conlleva un malestar pluridimensional en el individuo, quien percibe este acto como la mejor solución de terminar con los problemas” (Shneidman, 1985; como se cita en Crestuzzo, 2018, p.18)

Los datos anteriores muestran la gravedad de la problemática mundial en torno al suicidio, por lo que es relevante conocer los factores de riesgo asociados para una detección temprana e intervención adecuada. Así mismo, para los profesionales de la salud mental, es importante comprender las variables que llevan a una persona, en este caso adolescentes, a querer terminar con su vida de manera intencionada.

El presente artículo tiene como objetivo general exponer a partir de una revisión sistemática los distintos factores de riesgo que se asocian al intento de suicidio en México, específicamente en adolescentes. La finalidad del artículo es ayudar a recopilar y obtener información teórica precisa de los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes en México y en lo práctico; ofrecer estadísticas y datos importantes sobre los factores de riesgo, para que se pueda intervenir y tomar decisiones en torno a esta problemática tomando en cuenta su composición multifactorial.

Debido a su carácter integrador, comprensivo y sistemático, se utilizó el modelo biopsicosocial como base para la categorización del estudio. Este modelo fue propuesto por Engel en 1977 e integra las tres esferas: la biológica, la social y la psíquica. Según este modelo, la salud-enfermedad es un proceso integral, en donde se articulan aspectos biológicos, psíquicos y sociales, los cuales interactúan y se estructuran en causas necesarias, desencadenantes y asociadas a dicho proceso (Velasco-Arias, 2009; como se cita en Montoya Cuartas & Tamayo Agudelo, 2016).

1. METODOLOGÍA

1.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación pertenece al tipo de investigación sistemática. Las revisiones sistemáticas son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica. Dado que están constituidas por múltiples artículos y fuentes de información, representan el más alto nivel dentro de la jerarquía de la evidencia. Las revisiones sistemáticas pueden responder preguntas de tratamiento, diagnóstico o pronóstico, donde la diferencia radica principalmente en los estudios primarios que serán incluidos y evaluados (Moreno, Muñoz, Cuellar, Domancic & Villanueva, 2018).

1.2 MUESTRA Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

Para la investigación, se utilizaron artículos en inglés y español de bases de datos como: Scielo, Google Académico, Ebsco y ResearchGate. Al ingresar a las plataformas, se usaron palabras clave para la búsqueda como “intento de suicidio” “adolescentes” y “factores de riesgo”. Se tomó en cuenta como criterio de inclusión, (a) que los artículos revisados pertenecieran al periodo del 2017 en adelante; con el objetivo de ofrecer evidencia actual (b) que su muestra fuera una población adolescente, (c) que específicamente hablaran de intento de suicidio, (d) que los artículos estuvieran basados en la problemática de México y (e) que fueran estudios transversales o analíticos; excluyendo revisiones sistemáticas. Estos criterios fueron determinantes en la selección de los artículos, ya que permitieron tener un primer filtro para garantizar la calidad en la información. Se revisaron 55 artículos entre las revistas

indexadas de las distintas bases de datos, de los cuales se descartaron 42 ya que no cumplían con los criterios de inclusión y se tomaron en cuenta un total de 13 artículos que fueron revisados a profundidad para la revisión sistemática.

1.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE SELECCIÓN DE DATOS

La presente investigación, pertenece a la categoría de estudios teóricos basados en análisis de documentos. Ésta última, aborda un procedimiento integrado sistémico, el cual es conjunto de operaciones que tienen el propósito de representar y describir documentos, explicando y contrastando las similitudes y diferencias entre ellos (Molina y Dulzaides, 2004 como se cita en Jara y Quiroz, 2021).

Se leyeron los 13 artículos y a la par, en otro documento se fueron anotando los aspectos más relevantes de cada uno, para poder acceder a la información sintetizada de manera fácil y rápida. Se anotó el título del artículo, el autor, el año de publicación, idioma, tipo de investigación, método de análisis, método de reclutamiento, referencia en APA, resumen y la información relevante para la investigación, en este caso los factores de riesgo mencionados.

La herramienta utilizada para recopilar y validar artículos es una lista de cotejo o verificación. Esta es una tabla que no solo muestra variables y categorías durante las comparaciones, sino que también permite una observación y validación más completa de los artículos (Coronado, 2015 como se cita en Jara y Quiroz, 2021).

1.4 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se realizó mediante la lista de cotejo, la cual permitió tener de manera visual y sintetizada la información extraída de las revistas, con el fin de poder analizar y contrastar la información (Coronado, 2015).

A través de los artículos revisados de las distintas bases de datos, se obtuvo información relevante. Ésta estuvo centrada en los factores de riesgo relacionados al intento de suicidio en adolescentes en México. Se encontró que los artículos mencionan las siguientes categorías: psicológicos, biológicos, sociales, familiares y ambientales. Aún así, se optó por

no establecer ninguna categoría hasta haber tenido una lista con todas las variables sin agrupar. Se acordó utilizar el modelo biopsicosocial categorizando los factores de acuerdo con la dimensión correspondiente ya sea biológica, psicológica, social y/o espiritual.

Se diseñó un método de clasificación y categorización de la literatura revisada en función de las variables y su localización en los distintos artículos. Se revisó cada artículo y se registró la información relevante (factores de riesgo) en un documento. Se hizo una relectura de todos los artículos y a la par, se fue registrando en otro documento una lista con la información aún más concreta de los factores de riesgo mencionados. Se ponía la variable, y a un lado y entre paréntesis, el artículo en el que se encontró; en caso de que alguna de las variables se repitiera en dos o más artículos, se ponían a un lado de la variable todos los artículos que la mencionan.

Una vez que se tuvo esa lista, se realizó la lista de cotejo. Se observaron los factores enlistados y se hizo una agrupación en categorías y de éstas surgieron algunas subcategorías. Para una mayor validez, se revisó la lista de factores y las categorías con expertos en el tema del intento de suicidio (Mónica Urdapilleta Carrasco, Licenciada en Psicología con Maestría en Psicoterapia y especialista en conductas de riesgo en adolescentes; Luz Alejandra Fernández Villanueva, Licenciada en Psicología con Maestría en Psicoanálisis, especialista en niños y adolescentes y adscrita al Hospital Civil de Guadalajara; Miriam Sánchez Jaime, Licenciada en Psicología con Maestría en Terapia Sistémica, especialista en niños y adolescentes y adscrita al Hospital Civil de Guadalajara y Patricia Eugenia Ornelas Tavares, Licenciada en Psicóloga Clínica, Maestría en Psicología de la Salud y Doctorado en Investigación Clínica) y se hicieron ajustes a las categorías con base en sus recomendaciones.

Se hizo una relectura a la lista de las variables y se volvió a revisar cada resumen de los artículos. Una vez que se tuvo la lista revisada y modificada, se agruparon en las categorías finales: biológico, psicológico, social y espiritual y las subcategorías de: enfermedad mental o trastorno psiquiátrico, consumo de droga (incluyendo tabaco y alcohol), maltrato físico o psicológico y ámbito familiar. Un aspecto importante para tomar en cuenta es que, a la hora de estar acomodando las variables, se notó que una misma podía corresponder a dos categorías distintas; esto debido a la complejidad del suicidio y su composición multifactorial; por lo que, a la hora de presentarlas en los resultados, se puede observar la misma variable dentro de dos categorías.

1.5 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación, está basada en la guía APA (2020) y en las consideraciones éticas según la declaración PRISMA (2020) como se cita en Page, McKenzie, Bossuyt, Boutron, Hoffmann, Mulrow, Shamseer, Tetzlaff, Akl, Brennan, Chou, Glanville, Grimshaw, Hróbjartsson, Lalu, Li, Loder, Mayo-Wilson, McDonald, McGuinness, Stewart, Thomas, Tricco, Welch, Whiting, Moher (2021). Con base a esto, se respeta el trabajo de los autores en su labor de aportar conocimientos, conforme a los principios de transparencia, integridad y conflictos de intereses y se cita en formato APA para evitar poner en cuestión la autoría de los artículos que se hayan revisado. Así mismo, se asume la integridad de la investigación: no plagio, falsificación, comportamiento indebido y fraudulento (Castro, Jativá, García, Otzen & Manterola, 2019).

II. RESULTADOS

2.1 PROCEDIMIENTO DE ESTUDIOS REVISADOS

Tras la búsqueda, selección y evaluación de los artículos conforme a los criterios, se incluyeron un total de 13 artículos para la investigación. En cuanto a calidad metodológica, ningún estudio se descartó por limitaciones en su validez interna. Del total de estudios encontrados (9.832) tras la búsqueda con las palabras “factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes en México” el 54% (5.300) fueron resultados de Google Académico, 1.3 % (134) de Ebsco, 32% (3145) de Scielo y el 12.7% ResearchGate (1253). Después del 100% de los resultados arrojados (9.832), se seleccionó el 0.55% (55) de los artículos que por título, lugar y año cumplieran con los criterios, para después ser leídos a profundidad. Se descartaron 42 artículos ya que 8 de ellos eran revisiones sistemáticas, 22 no cumplían con los años (2017 en adelante), 17 eran de otros países y los otros 8 no aseguraban alguno de los criterios. De los 55 artículos revisados a detalle, nos quedamos únicamente con 13 que cumplían con todos los criterios de inclusión para ser utilizados en la presente investigación.

2.2 RESULTADOS

Como se menciona anteriormente, para la categorización se tomó en cuenta el modelo biopsicosocial, el cual permite una visión integral del bienestar y establece que se tiene salud mental cuando hay armonía entre el bienestar físico, el bienestar psicológico y el bienestar social (Cuartas Montoya & Tamayo Agudelo, 2016).

En la tabla 1 se pueden apreciar los factores de riesgo asociados al intento suicida en adolescentes en México. Se destaca que dentro de los 13 artículos revisados, todos mencionan al menos un factor asociado de tipo biológico, en donde se puede observar que existe una mayor prevalencia en aquellos que padecen algún trastorno psiquiátrico, así como en el sexo femenino; así mismo, 92% del total de artículos menciona al menos un factor de tipo psicológico, donde se encuentra que los adolescentes con autoestima baja, que han sufrido algún tipo de violencia psicológica o padecen alguna enfermedad mental tienen más probabilidad de intento suicida; de la misma forma se encontró que el 100% de los artículos mencionan al menos un factor de tipo social, en donde se aprecia la gran influencia de la violencia, el ambiente familiar del adolescente y el consumo de sustancias en el intento suicida. Por último, 38% de los artículos revisados, mencionan al menos un factor espiritual relacionado con el intento suicida, sobre todo la influencia de la falta de motivación y la ausencia de planteamientos a futuro.

Tabla 1: Factores de riesgos asociados a la ideación suicida en los adolescentes

Título del estudio	Autores y Año	Tipo de estudio	Lugar	Lenguaje	Método de recolección de datos	Método de análisis de datos	Número de participantes	Factores encontrados
Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales	Bravo-Andrade, RuvalcabaRomero, Orozco-Solís, Macías-Espinoza (2020)	Cualitativo tipo fenomenológico	Jalisco México.	Español	Grupo focal	Análisis cualitativo y proceso de codificación con método fenomenológico.	22	Depresión, manejo inadecuado de emociones y carencia de sentido de vida. También se relaciona con aislamiento y sensación de soledad
Inclusión educativa: Factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes	Beaven Ciapara, Campa Álvarez, Valenzuela & Guillen Lúgigo, (2018)	mixto	México	Español	-Fase cuantitativa- Batería de pruebas psicológicas -Fase cualitativa: Discurso escrito y hablado mediante entrevistas	Análisis cuantitativo mediante base estadística de datos SPSS versión 21 El análisis cualitativo se analizó a partir del análisis de discurso.	Enfoque cuantitativo: 120 Enfoque cualitativo: 30	Depresión, baja autoestima, familias disfuncionales e ideación suicida. También se relaciona con: Problemas emocionales, problemas de toma de decisiones, problemas escolares, exclusión social, desmotivación a la vida y se presenta un mayor porcentaje en mujeres
Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México	Luna Contreras, Dávila Cervantes (2018)	Estudio observacional, de corte transversal y descriptivo	México	Español	Encuesta nacional de salud y nutrición en México (Ensanut) y entrevista directa	análisis descriptivo bivariado, tablas de contingencia y prueba de independencia Ji-Cuadrada	21,509	Consumo de tabaco, consumo de alcohol, episodios de violencia, y eventos traumáticos de vida. También se menciona relación con rezago educativo y abuso sexual; además de una mayor predisposición en mujeres.

Título del estudio	Autores y Año	Tipo de estudio	Lugar	Lenguaje	Método de recolección de datos	Método de análisis de datos	Número de participantes	Factores encontrados
Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents	Bravo-Andrade, RuvalcabaRomero, Orozco-Solis MG & Macías-Espinoza F (2020)	Transversal	México	Inglés	Cuestionario ad hoc que recogía variables sociodemográficas, psicológicas y consumo de sustancias. se utilizaron: -Escala de depresión de centro de estudios epidemiológicos (CESD-R) -Cuestionario de pensamientos automáticos (ATQ-30) -Escala de ideación suicida de Beck (ISB)	Análisis descriptivo, Pearson's Chi-square test and Student's t test, Cramer's V and Cohen's d, análisis multivariable y análisis estadístico.	409	<p>Ser mujer, consumir drogas, presentar síntomas de depresión, pensamientos automáticos negativos e intento suicida previo. Incrementan la probabilidad de presentar pensamientos suicidas</p> <p>También se asocia con: violencia física o psicológica, padres divorciados, ansiedad dentro de los 6 meses pasados, consumo de tabaco, profesar la religión católica.</p>
Suicide Ideation and Depression among High-School Students in Mexico	De la Roca Chiapas, Tapia Ibarra, HuertasLópez, Páramo Castillo, Ramos Frausto y Pérez (2020)	Transversal, observacional y comparativo	México	Inglés	Inventario Beck de depresión, la escala Beck de ideación suicida, la escala Hamilton para la depresión y un cuestionario de factor de riesgo elaborado por un profesor.	Descripción de variables, un coeficiente de correlación de Pearson y una regresión múltiple.	447	<p>Depresión, trastorno depresivo mayor</p> <p>También se encontró relación con: Intento de suicidio previo, ideación suicida, uso de drogas (incluyendo tabaco y alcohol), antecedentes de enfermedad mental en la familia, mal funcionamiento familiar, padres distantes, previo abuso sexual, percibir rechazo por parte de los papás, divorcio de papás, falta de motivación. Más frecuente en mujeres</p>
Suicide attempt in teenagers: associated factors	Dávila-Cervantes & Luna-contreras (2019)	Observacional, transversal y descriptivo	Ciudad de México	Inglés	CDMX Student Drug Use Survey 2012 (ECDE-2012) of the National Institute of Psychiatry in México	Principal component analysis (PCA)	26,503	<p>Ser mujer, menor de 16 años, vivir en un ambiente familiar desfavorable, pobre comunicación con papás, baja autoestima, problemas de aprendizaje o comportamiento, padecer una enfermedad mental (como ansiedad y depresión), contacto sexual forzado, uso de drogas, tabaco o alcohol.</p>

Título del estudio	Autores y Año	Tipo de estudio	Lugar	Lenguaje	Método de recolección de datos	Método de análisis de datos	Número de participantes	Factores encontrados
Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México	Vázquez Mastache & De Haro Rodríguez (2018)	Transversal, Analítico	Irapuato, Guanajuato, México.	Inglés	Aplicación de un instrumento estructurado compuesto de 132 preguntas. escalas validadas como la de ideación suicida, la escala de depresión de Beck, la escala para soledad de la Universidad de California, evaluación de la autoestima de Rosemberg y violencia escolar.	Estadística descriptiva, a través de proporciones y frecuencias	400	Depresión, problemas económicos, consumo de tabaco o alcohol, soledad, baja autoestima y acoso escolar se asociaron con ideación suicida y prevalentes en el intento de suicidio. También se relaciona con mala comunicación familiar y se encontró mayor prevalencia en género femenino.
Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. Ensanut 2018-19	Rivera-Rivera, Fonsecapedrero, Séris-Martínez, Vázquez-Salas & ReynalesShigematsu (2020)	Transversal	México	Español	Encuesta Ensanut 20182019	Ponderadores del diseño de encuestas necesarios para realizar análisis descriptivos, bivariados y multivariados	17,925	Ideación suicida: consumo de tabaco, consumo de alcohol, sintomatología depresiva, abuso sexual. Intento de suicidio: tabaco, alcohol, sintomatología depresiva y abuso sexual. Mayor prevalencia en mujeres, vivir en zona urbana
Living Conditions of Adolescents Who Have Attempted Suicide in México	Valdez-Santiago, Cruz-Bañares, Rojas-Carmona & Arenas-Monreal (2020)	Mixto	México	inglés	Entrevista	Metodología de Taylor y Bogdan, software Atlas. Ti 7.5.18	37	Pobreza y vulnerabilidad: violencia, conflictos familiares, desnutrición, falta de sueño; escuela: situaciones estresantes, violencia, críticas, ocio, más prevalencia en mujeres, familia disfuncional, falta de afecto, eventos de vida traumáticos, violencia, baja autoestima, ideación suicida previa

Título del estudio	Autores y Año	Tipo de estudio	Lugar	Lenguaje	Método de recolección de datos	Método de análisis de datos	Número de participantes	Factores encontrados
Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth.	Benjet, Albor, Borges, Orozco & Medina-Mora (2018)	Longitudinal	México	Inglés	World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI)	χ^2 tests, análisis descriptivo, Cox regression	1,071	Eventos traumáticos durante la niñez, no asistir a la escuela y uso de tabaco (acciones suicidas); desórdenes psiquiátricos, desórdenes particulares de ansiedad. También menciona relación con: tener papás con historia de enfermedad mental, trastorno del estado de ánimo, problemas de comportamiento y no asistir a la escuela. Así como mayor prevalencia en mujeres.
La predisposición motivacional al intento suicida en pacientes adolescentes dispensarizados	Ruiz & Castro (2021)	cualitativo descriptivo	Ciudad Juárez, México	Español	Estudio colectivo de casos Análisis de casos múltiples	análisis inductivo	20	Altos niveles de depresión, mal funcionamiento familiar, ausencia de planteamientos a futuro, estados emocionales negativos, inestabilidad emocional, baja autoestima, autovaloración inadecuada, distorsiones cognitivas, aislamiento.
Eventos de vida estresantes en adolescentes con riesgo suicida	Vázquez, Romero, Hernández & Gómez (2021)	Transversal	Durango, México	Español	Muestreo no probabilístico e intencional: -Cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio & Durán, 2003) -Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes IRISA (Hernández & Lucio, 2007)	Análisis descriptivo, análisis de correlación con el coeficiente tau de Kendall y análisis de regresión logística	104	Mala comunicación e interacción familiar, divorció, enfermedades y problemas. No dormir bien, subir de peso, padecer enfermedades, problemas de conducta y sucesos negativos de vida.

Título del estudio	Autores y Año	Tipo de estudio	Lugar	Lenguaje	Método de recolección de datos	Método de análisis de datos	Número de participantes	Factores encontrados
Factores de Riesgo para Suicidalidad en Adolescentes Escolarizados de Nayarit, México	Gutiérrez-Mercado & FigueroaVarela (2021)	Cuantitativo tipo transversal	Nayarit, México	Español	Se utilizaron siete instrumentos: A) El Cuestionario de datos sociodemográficos adaptado del cuestionario de Conductas Suicidas: Depresión y Riesgo suicida (CCS-DERS), B) El Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EEF), C) El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3), D) La Escala de Depresión para adolescentes del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), E) La escala de Desesperanza de Beck, F) El Cuestionario de Pensamientos Automáticos, G) La Escala de Suicidalidad de Okasha	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS® v. 22). Análisis de información, Análisis de fiabilidad, Análisis de sintomatología depresiva	209	También menciona que se relaciona con: Síntomas de depresión y ansiedad, inestabilidad emocional, pensamientos automáticos, ideación suicida, conflictos socioafectivos. Y se encontró mayor presencia de estos factores en mujeres en las escuelas públicas.

En la tabla 2 se observa la categorización realizada para el análisis de los artículos, haciendo la distinción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Esfera biológica

Se puede observar que, de la literatura revisada, todos los artículos mencionan al menos un factor de tipo biológico; 92.3% de estos artículos mencionan la asociación de algún trastorno psiquiátrico o enfermedad mental con el intento de suicidio. El desequilibrio en los neurotransmisores relacionados con la ansiedad (30%) y estados depresivos (76%) también están asociados al intento suicida, de la misma manera que el ser mujer (69.2%), contar con antecedentes familiares psicopatológicos como alguna figura parental con enfermedad mental (15.3%); alteración del estado del ánimo (15.3%), suicidio en la familia (7.69%) y malos hábitos de salud como no dormir bien y subir de peso (7.69%).

Esfera psicológica

El 92.3% de los artículos revisados mencionan al menos 1 factor de tipo psicológico. La depresión o síntomas depresivos (76%) y la ansiedad (30%) se encuentran directamente relacionados con el intento suicida al igual que las distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos negativos (15.3%), los problemas emocionales como el mal manejo de emociones e inestabilidad emocional (30%), la autoestima baja (50%), la ideación suicida (25%), el intento suicida previo (25%) y los problemas de conducta (25%). Además, Bravo-Andrade, Ruvalcaba-Romero, Orozco-Solís, Macías-Espinoza (2020) encontraron la buena autoestima, habilidades de resolución de problemas y optimismo como factores protectores del intento suicida.

Esfera social

Todos los artículos revisados mencionan al menos 1 factor de tipo social y se encontró como la categoría con más incidencia. Destacaron los factores correspondientes al ámbito familiar y su funcionamiento (69%); de los cuales 53.8% mencionan el mal funcionamiento familiar/familia disfuncional asociado con el intento suicida, 23% hacen hincapié en padres divorciados como un factor importante; otro 23% menciona la mala comunicación familiar, el 15% menciona la mala relación con los papás y 7.6% artículos mencionan factores como: no vivir con sus padres y vivir solo con la mamá.

Destaca también el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; 53% de los artículos mencionan el consumo de al menos uno de éstos como factor asociado al intento suicida. 53% de los artículos mencionan el uso de tabaco, 38% el uso de alcohol y 20% el uso de otras drogas.

La violencia física o psicológica fue relacionada con el intento suicida en 61% de los artículos; 30% mencionan el abuso sexual y 15% el bullying o acoso escolar como factor de riesgo. 30% de los artículos mencionan haber vivido un evento traumático de vida como factor asociado al intento suicida. Así mismo se mencionan otros factores relacionados con la escuela: no asistir (1 artículo), problemas de aprendizaje (1 artículo) y rezago educativo (1 artículo); relacionados con la economía: problemas económicos (2 artículos) y vulnerabilidad (1 artículo); y relacionados con las relaciones interpersonales: el aislamiento (mencionado en 3 artículos) y conflictos socio afectivos (1 artículo) y sensación de soledad (1 artículo).

Factores espirituales

Solo el 38.4% de los artículos mencionan al menos un factor de tipo espiritual relacionado con el intento suicida. Destacó la falta de motivación (mencionado en 15.38% de los artículos) y un bajo nivel de aspiraciones a futuro (mencionado en 15.38% de los artículos), también se encontró la carencia de sentido de vida en un artículo y la práctica de la religión católica, sin embargo, esta última no se tomó en cuenta ya que la mayoría de los expertos que revisó la categorización hizo la sugerencia de remover dichos factores.

Tabla 2: Análisis de los factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales asociados a la ideación suicida en adolescentes

Título	Autores y fecha	Factores biológicos	Factores psicológicos	Factores sociales	Espiritual
Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales	Bravo-Andrade, HR; Ruvalcaba-Romero, NA; Orozco-Solís, MG; Macías-Espinoza, F (2020)	Depresión	Depresión, manejo inadecuado de emociones	Aislamiento y sensación de soledad	Carencia de sentido de vida
Inclusión educativa: Factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes	Beaven Ciapara, Campa Álvarez, Valenzuela & Guillen Lúgigo, (2018)	Mayor porcentaje en mujeres, Depresión,	Problemas emocionales, Ideación suicida, Baja autoestima, Depresión, problemas de toma de decisiones,	Familia disfuncional, problemas escolares, exclusión social	Desmotivación hacia la vida
Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México	Luna Contreras, Dávila Cervantes (2018)	Mayor prevalencia en mujeres	No reporta	Consumo de tabaco y alcohol, evento traumático de vida, episodio de violencia, abuso sexual	No reporta
Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents	Bravo-Andrade, Ruvalcaba-Romero, Orozco-Solís MG & Macías-Espinoza F (2020)	Ser mujer, síntomas depresivos, Ansiedad dentro de los 6 meses pasados	Síntomas depresivos, Ansiedad en los 6 meses pasados, pensamientos automáticos negativos, previo intento suicida, haber sufrido violencia física o psicológica,	consumo de tabaco y drogas, padres divorciados, haber sufrido violencia física o psicológica,	Profesar el catolicismo

Título	Autores y fecha	Factores biológicos	Factores psicológicos	Factores sociales	Espiritual
Suicide Ideation and Depression among High-School Students in Mexico	De la Roca Chiapas, Tapia Ibarra, Huertas-López, Páramo Castillo, Ramos Frausto y Pérez (2020)	Depresión, trastorno depresivo mayor, Ser mujer, antecedentes de enfermedad mental en la familia, padecer alguna enfermedad mental,	Depresión, trastorno depresivo mayor, previo intento suicida, ideación suicida, falta de motivación	Mal funcionamiento familiar, percibir rechazo por parte de papás, padres distantes, divorcio de papás, uso de drogas (incluyendo tabaco y alcohol), previo abuso sexual	No reporta
Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México	Vázquez Mastache & De Haro Rodríguez (2018)	Depresión, Ser mujer	Depresión, Baja autoestima	Soledad, consumo de tabaco o alcohol, mala comunicación familiar, Acoso escolar (bullying), problemas económicos	No reporta
Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. Ensanut 2018-19	Rivera-Rivera, Fonseca-pedrero, Séris-Martínez, Vázquez-Salas & Reynales-Shigematsu (2020)	Ser mujer, sintomatología depresiva,	Sintomatología depresiva	consumo de tabaco y alcohol, vivir en zona urbana, abuso sexual	No reporta
Suicide attempt in teenagers: associated factors	Dávila-Cervantes & Luna-contreras (2019)	Ser mujer, padecer alguna enfermedad mental, depresión, ansiedad	Depresión, ansiedad, padecer alguna enfermedad mental, baja autoestima, problemas de comportamiento	Consumo de drogas, alcohol o tabaco en el último mes, ambiente familiar desfavorable, mala comunicación con papás, no vivir con papás, forzados u obligados a tener contacto sexual	No reporta

Título	Autores y fecha	Factores biológicos	Factores psicológicos	Factores sociales	Espiritual
Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth.	Benjet, Albor, Borges, Orozco & Medina-Mora (2018)	Ser mujer, antecedentes heredofamiliares, trastorno psiquiátrico, trastorno de ansiedad.	Trastorno psiquiátrico, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, problemas de comportamiento	Uso de tabaco, evento traumático de vida durante la niñez, no asistir a la escuela	No reporta
Living Conditions of Adolescents Who Have Attempted Suicide in México	Valdez-Santiago, Cruz-Bañares, Rojas-Carmona & Arenas-Monreal (2020)	Ser mujer	Baja autoestima, previo intento suicida, ideación suicida, haber sufrido violencia psicológica	Haber sufrido violencia física, ocio, evento traumático de vida, familia disfuncional, conflicto familiar, falta de afecto, pobreza y vulnerabilidad	No reporta
La predisposición motivacional al intento suicida en pacientes adolescentes dispensarizados	Ruiz & Castro (2021)	Altos niveles de depresión, distorsiones cognitivas, estados emocionales negativos e inestabilidad emocional.	Altos niveles de depresión, distorsiones cognitivas, estados emocionales negativos e inestabilidad emocional, baja autoestima	Aislamiento, grandes conflictos en el funcionamiento familiar (verificar)	Ausencia de planteamientos a futuro. Bajo nivel de aspiraciones

Título	Autores y fecha	Factores biológicos	Factores psicológicos	Factores sociales	Espiritual
Eventos de vida estresantes en adolescentes con riesgo suicida	Vázquez, Romero, Hernández & Gómez (2021)	haber padecido alguna enfermedad	impulsividad, haber sufrido violencia física o psicológica (verificar).	suceso negativo de vida, mala comunicación e interacción familiar, divorcio, haber sufrido violencia física o psicológica	No reporta
Factores de Riesgo para Suicidalidad en Adolescentes Escolarizados de Nayarit, México	Gutiérrez-Mercado & Figueroa-Varela (2021)	Más factores en mujeres, síntomas de depresión y ansiedad, distorsiones cognitivas, estados emocionales negativos e inestabilidad emocional	síntomas de depresión y ansiedad, distorsiones cognitivas, estados emocionales negativos e inestabilidad emocional, disgusto consigo mismo, ideación suicida, pensamientos automáticos	Conflictos socio-afectivos, padres separados o divorciados.	No reporta

Si se toman en cuenta aquellos factores que fueron mencionados en al menos 50% de los artículos revisados, se puede concluir que los factores que influyen con mayor incidencia en el intento suicida en adolescentes mexicanos son: ser mujer, padecer algún trastorno psiquiátrico o enfermedad mental (sobre todo depresión), autoestima baja, mal funcionamiento familiar, el consumo de drogas (incluyendo tabaco y alcohol), sobre todo el consumo de tabaco y haber sufrido violencia física o psicológica.

III. DISCUSIÓN

Estudios realizados en torno al comportamiento suicida, así como el aumento del mismo en adolescentes; señalan la importancia de analizar esta problemática. La Organización Panamericana de la Salud (2014) como se cita en Ruiz, F; Moscoso, L; Godoy, L; Burgos, G; Bermont, G & Bautista, N (2021) informa que debido al problema de salud pública que representa el suicidio hoy en día, se han implementado estrategias y políticas nacionales para su prevención en más de 28 países; reducir el número de muertes por suicidio es un imperativo mundial establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y en el Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS 2013–2030. Así mismo, Cañón & Carmona (2018) mencionan que la atención integral del fenómeno suicida ha sido señalada en incontables estudios; en este sentido, los expertos de la salud han unido esfuerzos para entender la fenomenología que ocurre en este.

Es importante destacar que, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, los factores de riesgo suelen actuar de forma acumulativa para aumentar la vulnerabilidad a la conducta suicida; por lo que un factor por sí solo no es tan probable que conduzca al intento suicida. La Directora General de la Organización Mundial de la Salud en el 2014; la Dra. Margaret Chan, afirma que los suicidios son prevenibles, por lo que es importante la detección temprana de los factores de riesgo, para una intervención eficaz (Organización Mundial de la Salud, 2014 como se cita en Ruiz, F; Moscoso, L; Godoy, L; Burgos, G; Bermont, G & Bautista, N, 2021)

En cuanto al componente multifactorial del suicidio, Anaya (2021) coincide con el presente artículo en que el comportamiento suicida es entendido como el resultado de la interacción de elementos biopsicosociales, que pueden actuar como predisponentes y precipitantes. Londoño & Cañón (2020) agregan que la conducta suicida es una serie de eventos que se dan de forma progresiva y podrían ser desencadenados por distintos componentes de riesgo biopsicosocial. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2018) afirma que el suicidio es un tema complejo en el que intervienen una multitud de factores. Señala que no hay una sola forma de intervención ante este problema, sino que la estrategia debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país desde un abordaje integral.

Desde el punto de vista biológico, las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio presentan un descenso en los niveles bioquímicos del cerebro (Mancilla, 2015). Haciendo referencia a los resultados encontrados en el presente estudio; desde la esfera biológica y psicológica destacó la depresión como principal factor de riesgo. Esto se asemeja a lo propuesto por diversos estudios donde recalcan la influencia significativa de la depresión en la conducta suicida (Calampa Padilla & Peralta Churampi, 2021; Hernández, Hueso, Gómez & Cogollo, 2020; Narváez-Sánchez, Hernández-Suárez, Vázquez- Hernández, Miranda de la Cruz & Magaña Olán, 2017), por lo cual se podría concluir que, a mayor nivel de depresión en los adolescentes, mayor riesgo suicida. La sociedad Española de Psiquiatría (SEP) establece que el suicidio se relaciona con una gran variedad de trastornos mentales graves y en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general, por lo que el abordaje de la depresión debe ser multidisciplinar, de manera que teniendo en cuenta que es un problema crónico de salud, se pueda afrontar con todos los recursos necesarios (2015; 2020).

Así mismo, dentro de la esfera biológica; uno de los factores de riesgo con mayor porcentaje en el presente artículo (69.2% de los artículos revisados), fue el ser mujer. Barroso (2019) señala que son las mujeres quienes realizan un mayor número de intentos de suicidio. Por otro lado, Dávila y Luna (2019) agregan que las mujeres tienen una mayor predisposición biológica a padecer depresión, lo que las pone en mayor riesgo de presentar un intento de suicidio. Señalan que existe una “paradoja de género del suicidio”, la cual indica que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres, aunque ellos son quienes presentan mayores tasas de suicidio consumado debido a que utilizan métodos más letales. Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza y Cogollo-Milanés (2020) agrega que la ideación y el intento suicida, es más común en las mujeres que en los hombres.

Otro factor importante que mencionar desde la esfera psicológica es el haber tenido intentos de suicidio previos; la presente revisión encontró este factor en solo 23% de los estudios revisados, lo cual contrapone lo mencionado en otros estudios donde se ha mencionado ser de gran relevancia. Cañón & Carmona (2018) mencionan que el factor de riesgo más importante ante un intento de suicidio es el haber presentado anteriormente otro intento y Kogan (2017) agrega que, en un estudio realizado, el 40% de las personas que presentaban un intento de suicidio, había intentado suicidarse

en otro momento de su vida. En un estudio realizado por Ruiz, F; Moscoso, L; Godoy, L; Burgos, G; Bermont, G & Bautista, N (2021) se encontró que, en los adolescentes de 15 a 19 años, el mayor factor de riesgo es el haber tenido ideación suicida persistente.

Cañón & Carmona (2018) agregan, además, que toda conducta suicida tiene distintos niveles; todo empieza con la ideación suicida, el cual es un marcador de vulnerabilidad y puede desencadenar el intento de suicidio, lo que después lleva al suicidio consumado. (Gutiérrez García, Contreras, & Orozco Rodríguez, 2006 como se cita en Ruiz, F; Moscoso, L; Godoy, L; Burgos, G; Bermont, G & Bautista, N, 2021) mencionan que la evolución de la conducta suicida pasa por que la persona se plantee seriamente la muerte, busque los medios y el momento para llevarlo a cabo, y finalmente lo intente; según como sea ese intento puede culminar con la muerte o puede ser un intento fallido. Londoño & Cañón (2020) agregan que la conducta suicida inicia con pensamientos e ideas, siguen con planes suicidas y culminan en uno o diversos intentos, hasta el suicidio consumado.

En cuanto a la espera psicológica y espiritual, 12 de los 13 artículos mencionan al menos un factor de riesgo psicológico y 5 de 13 uno espiritual. Mancilla (2015) coincide en que se han asociado con el intento suicida, factores de riesgo como el fracaso en la resolución de problemas interpersonales, elevados niveles de desesperanza con respecto al futuro y una mala regulación del afecto. Ruiz, F; Moscoso, L; Godoy, L; Burgos, G; Bermont, G & Bautista, N (2021) mencionan que se observan profundas emociones que son comunes en el suicidio, tales como la desesperanza, el desamparo, la vergüenza, culpa y frustración. Jara & Quiroz (2021) agregan que las personas con intentos de suicidio presentan rasgos característicos como: tendencia al aislamiento social, presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno y niveles elevados de impulsividad.

Por otro lado, la esfera social fue la que tuvo mayor incidencia en el artículo. Durkheim, 1995 como se cita en Mancilla, (2015) postula que el acto suicida es un fenómeno sociológico, resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que solo un acto individualista. Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, García-León A (2018), han estudiado variables ligadas con las relaciones interpersonales y el apoyo social, y coinciden en que las personas con ideación suicida

presentan una percepción de menor apoyo social. Tanto en esta revisión como en otras (Calampa Padilla & Peralta Churampi, 2021; Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza y Cogollo-Milanés, 2021) destacaron los factores correspondientes al ámbito familiar y su funcionamiento; esto va de acuerdo con la investigación de Anaya Ramírez (2021), donde se señala que la dinámica del grupo familiar influye de manera directa o indirecta sobre las conductas suicidas de los hijos; por lo que es imprescindible reforzar las estrategias que prioricen la salud familiar y la detección precoz de conductas suicidas. Así mismo Londoño & Cañón (2020) agregan que otro aspecto importante para el riesgo suicida, es la funcionalidad familiar o los conflictos intrafamiliares.

De igual manera, la asociación del intento de suicidio con el consumo de drogas (incluyendo tabaco y alcohol) fue de gran relevancia en esta revisión. Estudios como los de Calampa Padilla & Peralta Churampi (2020) citado por Jara & Quiroz (2021) coinciden con esto, ya que mencionan como factor el consumo de alcohol y tabaco diario. Así mismo, tanto Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza & Cogollo-Milanés (2020) como Londoño & Cañón (2020) agregan que el consumo de cigarrillos, alcohol y sustancias psicoactivas resultaron como factores destacados en cuanto a su asociación con el aumento del riesgo de la conducta suicida especialmente en la etapa de la adolescencia.

Es importante tomar en cuenta que estos hechos notables, hacen del suicidio una problemática mundial de salud pública que debe abordarse con urgencia. La presencia de alguno de estos factores, así como cualquier idea, amenaza o gesto, debe tomarse serio y considerarse como una señal de riesgo para el intento de suicidio.

Limitantes y recomendaciones

Algunas de las limitaciones del estudio fueron que, aunque la búsqueda se realizó de manera extensa y profunda, puede ser que algunos de los artículos quedaran fuera por no haber podido ser encontrados bajo las palabras clave o los criterios de búsqueda. Así mismo, al ser una revisión sistemática, únicamente se hizo el análisis en torno a artículos y teoría que otros autores realizaron.

Por otro lado, si bien los artículos están basados en población mexicana, es importante destacar que se encontraron muchos estudios basados en otros países, por lo que sería importante hacer un análisis más profundo de cómo es que se vive el intento de suicidio en México e indagar si hay cuestiones culturales que interfieran y hagan una diferencia significativa en cuanto a otros países.

Consideramos que, al ser un tema relevante, sería de gran beneficio investigar más a profundidad sobre el intento de suicidio, para tener información más completa que refleje la realidad y con ello poder generar una mejor evidencia científica que ayude a desarrollar conciencia de esta problemática.

Conclusión

A modo de conclusión, en primer lugar, se constata una prevalencia de la conducta suicida; en específico el intento de suicidio, en la población adolescente mexicana. Los factores de riesgo encontrados a nivel individual son los intentos de suicidio previos, los trastornos mentales, el consumo nocivo de sustancias, haber sufrido violencia, un mal funcionamiento familiar, el ser mujer y los antecedentes familiares de suicidio. Es relevante señalar que la conducta suicida conlleva una carga emocional y un malestar intenso y significativo para la persona. Debido a que la adolescencia es una etapa que se acompaña de conflictos y alteraciones emocionales, cada vez más los adolescentes ven al suicidio como una forma de poder sobrellevarla.

Es indispensable generar consciencia de la situación actual en torno al suicidio; para replantear modelos de prevención e intervención que ayuden ante esta problemática de salud mundial que cada vez, está más presente en edades tempranas. La policausalidad del comportamiento suicida, indica que está motivada por más de un factor y, por consiguiente, las tácticas de prevención también deben ser múltiples. De allí que el abordaje preventivo sea desde un enfoque multidisciplinario.

Desde la psicoeducación, es importante abarcar las distintas poblaciones que se ven involucradas en esta problemática. En cuanto a los adolescentes en riesgo, se considera necesario crear una cultura de autocuidado, así como fomentar procesos de resiliencia y motivación; entrenamientos en habilidades sociales, comunicación asertiva, resolución de conflictos y tolerancia a la

frustración. Para los padres; identificación de conductas de riesgo, estilos de crianza asertivos, límites sanos y apego seguro. Por último, para los profesionales de salud mental es de gran relevancia identificar la complejidad del suicidio, conocer los alcances y limitaciones, para lograr un abordaje adecuado. Por otro lado, el abordaje también debe hacerse desde los distintos contextos; la escuela, la dinámica familiar y la sociedad misma.

El proceso dinámico del suicidio pasa por varias etapas antes de terminar en el suicidio consumado; sus fases previas pueden ser identificadas oportunamente para dar pie a la intervención adecuada, por lo que el conocimiento específico de la dinámica del suicidio, más el reconocimiento de los factores de riesgo; reduce la probabilidad de su aparición. En síntesis, la prevención del suicidio va más allá del acto suicida, es decir, los objetivos deben fijarse primordialmente en la atención de las diversas manifestaciones del comportamiento suicida (ideación, amenazas, gestos suicidas y/o tentativas de suicidio). Para esto se recomienda buscar intervenciones y soluciones que reduzcan los factores de riesgo y a la vez refuercen los factores de protección, desde una perspectiva biopsicosocial y espiritual.

Referencias

American Psychological Association. (2020). Qualitative Meta-Analysis Article Reporting Standards, Information Recommended for Inclusion in Manuscripts Reporting Qualitative Meta-Analyses. *APA Style JARS*. <https://apastyle.apa.org/jars/qual-table-2.pdf>

Anaya Ramírez, A. (2021). Análisis de las tendencias investigativas en torno al suicidio y la familia. *Universidad Simón Bolívar, Colombia*. <https://hdl.handle.net/20.500.12442/8148>

Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. Epub 11 de noviembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>

Beaven Ciapara, N. I., Campa Álvarez, R., Valenzuela, B. A. & Guillen Lúgigo, M. (2018) Inclusión educativa: factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes. *Prisma social: revista de investigación social*, 1(23). pp. 185-207. ISSN-e 1989-3469

Benjet, C., Albor, J., Borges, G., Orozco, R. & Medina-Mora, M.E. (2018) Adolescent Predictors of Incidence and Persistence of Suicide Related Outcomes in Young Adulthood: A Longitudinal Study of Mexican Youth. *Suicide Life Threat Behav* 48(6): 755-766. doi:10.1111/sltb.12397

Bravo-Andrade HR, Ruvalcaba-Romero NA, Orozco-Solís MG, Macías-Espinoza F. (2020). Factores individuales de riesgo y protección ante el suicidio adolescente: Estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*, 17(1): 36-48. Doi:<http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.3220>

Calampa Padilla, L. & Peralta Churampi, Z. P. (2021) *Factores psicosociales relacionados a la conducta suicida en adolescentes: Una revisión sistemática* [Tesis para obtener el título profesional]. Universidad César Vallejo, Perú. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72593/Calampa_PLDR-Peralta_CZP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cañón, S, & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es.

Castro, M; Játiva, E; García, N; Otzen, T & Manterola, C. (2019). Aspectos éticos propios de los diseños más utilizados en investigación clínica. *J. health med. sci*, 5(3), pp: 183-193, 2019. Recuperado de: <https://johamsc.com/wp-content/uploads/2019/09/JOHAMSC-53-183-193-2019-2.pdf>

Coronado, A. (2015). Construcción de una lista de cotejos de dificultades de aprendizaje del cálculo aritmético. *Revista española de pedagogía* 1(260), 91-104. <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/4391/Construccion%20de%20una%20lista%20de%20cotejo%20checklist%20de%20dificultades.pdf?sequence=1>

Crestuzzo, F. (2018). Narrativas en torno a la historia de vida en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(1), pp: 17-32. Recuperado de:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/998479/03narrativas-historia-de-vida-pacientes-hospitalizados-intento-87ogD3T.pdf>

Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84(2), pp: 72-77. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>

Dávila-Cervantes, C. & Luna-Contreras, M. (2019) Suicide attempt in teenagers: associated factors. *Revista chilena de pediatría*, 90(6). pp. 606-616. DOI: 10.32641/rchped.v90i6.1012. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v90n6/0370-4106-rcp-rchped-v90i6-1012.pdf>

De la Roca Chiapas, J.M., Tapia Ibarra P., Huertas-Lépez J.E., Páramo Castillo, D. Ramos Frausto, V. y Pérez, L. (2020). Suicide Ideation and Depression among High-School Students in Mexico. *Pensando Psicología*, 16 (1), 1-17. doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2020.01.05>

Gutiérrez-Mercado, Raúl, & Figueroa-Varela, Ma. Del Rocío. (2021). Factores de Riesgo para Suicidalidad en Adolescentes Escolarizados de Nayarit, México. *Acta de investigación psicológica*, 11(1), 49-61. Epub 14 de enero de 2022. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.1.373>. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322021000100049&script=sci_arttext

Hernández, Q. (2017). Suicidología adolescente. *Repositorio Institucional Universidad Iberoamericana de Puebla*, 11, pp: 56-63. Recuperado de: <https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/3970/SUICIDIOLOGIA.pdf?sequence=1>

Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J. L. y Cogollo-Milanés, Z. (2020) Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Revista española de salud Pública* 94(1). pp.1-15.

<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/63924/prevalenciadesuicidio.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f). Intento de suicidio y suicidios. <https://www.inegi.org.mx/programas/suicidio/#Publicaciones>

Instituto Nacional de Salud Pública. (26 de agosto del 2020). Conducta Suicida en Adolescentes en México. <https://www.insp.mx/informacion-relevante-insp/4705-saludmental-cosamec.html>

Jans, T; Vloet, T; Taneli, Y & Warnke, A. (2018). Suicidio y conducta autolesiva. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Recuperado de: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/46d6d8e2a8dbfcee549f8749dd9c1095630f4d3/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf

Jara, M & Quiroz, J. (2021). Revisión Sistemática: Factores de riesgo asociados a la ideación suicida en adolescentes. *Facultad de ciencias de la salud, Universidad César Vallejo*. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/63889/Jara_HMM-Quiroz_SJA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kogan, B. (2017). Factores de riesgo asociados al intento de suicidio en adolescentes. Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2846/kogan_b.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Londoño, V & Cañon, S. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Universidad de Manizales*. 20(2), pp:472.480. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770018/html/>

Luna, M & Dávila, C. (2017). Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. *Rev GerencPolítSalud*, 17(34), pp: 1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.arfa>. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/327428521_Adolescentes_en_riesgo_factores_asociados_con_el_intento_de_suicidio_en_Mexico

Mancilla, F. (2015). Suicidio y Prevención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 33(119). Recuperado de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/suicidio-y-prevencion/>

Montoya Cuartas, G. & Tamayo Agudelo, W. (2016) VALIDACIÓN DE UN MODELO DE EVALUACIÓN BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD MENTAL POSITIVA. Encuentro latinoamericano de metodología de las ciencias sociales (ELMECS). ISSN 2408-3976 recuperado de: <http://elmeecs.fahce.unlp.edu.ar/v-elmeecs/actas-2016/CuartasMontoya.pdf>

Moreno, B; Muñoz, M; Cuellar, J; Domancic, S & Villanueva, J. (2018). Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 11(3), pp: 184-186. Recuperado de: <https://www.scielo.cl/pdf/piro/v11n3/0719-0107-piro-11-03-184.pdf>

Narváez-Sánchez, Y., Hernández-Suárez, M.I., Vázquez- Hernández, M., Miranda de la Cruz, M & Magaña Olán, L. (2017) Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en tabasco*, 23(1-2). Pp 28-33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48754566005>

Organización Mundial de la Salud. (17 de junio del 2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Prevención del Suicidio. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

Page, M; McKenzie, J; Bossuyt, P; Boutron, I; Hoffmann, T; Mulrow, C; Shamseer, L; Tetzlaff, J; Akl, E; Brennan, S; Chou, R; Glanville, J; Grimshaw, J; Hróbjartsson, A; Lalu, M; Li, T; Loder, E; Mayo-Wilson, E; McDonald, S; McGuinness, L; Stewart, L; Thomas, J; Tricco, A; Welch, V; Whiting, P; Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), pp: 790-799. ISSN 0300-8932. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>

Pérez-González, A. & Pereda, N. (2015). Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4), 149-158.

Rivera-Rivera, L., Fonseca-pedrero, E., Séris-Martínez, M., Vázquez-Salas, A. & Reynales-Shigematsu, L. M. (2020) Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. *Ensanut 2018-19. Salud publica Mex* 62(6). pp. 672-681
<https://doi.org/10.21149/11555>

Ruiz, H & Castro, A. (2021). Predisposición motivacional al intento suicida en pacientes adolescentes dispensarizados. Universidad Nacional Autónoma de México: Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 24, (3), pp:996-1018.

Ruiz, F; Moscoso, L; Godoy, L; Burgos, G; Bermont, G & Bautista, N. (2021). Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>

Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez JA, García-León A. (2018). Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*, 23(3):221-229. DOI: 10.5944/rppc.

Secundino-Guadarrama, Gabriela, Veytia-López, Marcela, Guadarrama-Guadarrama, Rosalinda, & Míguez, M. Carmen. (2021). Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud mental*, 44(1), 3-10. Epub 07 de abril de 2021.
<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.002>

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). (2015). *La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa*. Available from: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/la-depresion-esmas-que-nunca-un-reto-para-la-salud-publica-eneuropa/392>

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), (2020). Depresión y suicidio, Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>

Valdez-Santiago R, Cruz-Bañares AL, Rojas-Carmona A, Arenas-Monreal L. Living Conditions of Adolescents Who Have Attempted Suicide in Mexico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(16):5990. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165990>

Vázquez Mastache NJ, De Haro Rodríguez MA. (2018). Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato. *Aten Fam*. 25(2), pp: 59-64. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.2.63560>

Vázquez, A; Romero, E; Hernández, Q & Gómez, E. (2021). Eventos de vida estresantes en adolescentes con riesgo suicida *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 13, 2 (2021) pp. 29 - 38. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2021.13.2.72718>

*Aquí termina la investigación

Producto digital: site de residentes

Como se menciona anteriormente, se creó un sitio con información relacionada a las problemáticas encontradas y sus posibles abordajes, de manera que los residentes puedan acceder de manera virtual y les ayude a tener una mejor calidad de vida en su estancia como residentes del hospital.

2. Reflexión crítica y ética de la experiencia

¿Qué nos movió? ¿Cómo nos estamos sintiendo?

El RPAP tiene también como propósito documentar la reflexión sobre los aprendizajes en sus múltiples dimensiones, las implicaciones éticas y los aportes sociales del proyecto para compartir una comprensión crítica y amplia de las problemáticas en las que se intervino.

3.1 Sensibilización ante las realidades

- **Sofía**

En el ambiente hospitalario público en comparación con otras instituciones, se presentan muchas problemáticas multidimensionales, los pacientes acuden al área de consulta externa de psicología pediátrica solo al ser derivados por otro especialista de otra área, sobre todo pediatras. Su asistencia no es completamente voluntaria, por lo que es un gran reto tratar de explicar la importancia de la salud mental y lograr un compromiso por parte del paciente. Esto fue un reto principalmente porque el proceso terapéutico debe ser deseado por el paciente para obtener mejores resultados, entonces había que lidiar mucho con la resistencia terapéutica.

Encontré que existe mucha demanda de ayuda psicológica actualmente y muchas familias no pueden pagar un proceso terapéutico, por lo que considero que el hospital y nuestra labor son muy significativas y los mismos pacientes lo agradecen mucho, es común que lleven regalos expresando su agradecimiento y eso reforzaba mucho mis ganas de seguir asistiendo.

Fue un reto también el cómo lidiar con algunos casos que pueden resultar impactantes; antes de ser psicólogos somos personas y a veces los casos a los que nos enfrentamos en el ámbito hospitalario pueden resultar abrumadoras, unos casos muy concretos que atendí fue el intento de suicidio y muertes violentas en la familia. Tuve que conocer bien mis preferencias de contención, aprender a no proyectarme en los casos y establecer dinámicas que me ayudarán a mi bienestar. Llevar un proceso terapéutico fue esencial.

Por último, descubrí que la gran parte de las problemáticas de los menores vienen desde casa, muchas veces son conflictos familiares el motivo del padecimiento del hijo, por lo que llegué a la conclusión que trabajar con niños siempre será trabajar con sus padres. Implica mucha psicoeducación respecto a muchas cosas y confrontaciones difíciles ya que los papás usualmente piensan que el problema lo tiene el niño y no ellos o la familia.

- **Claudia**

No se puede hablar de un sistema de atención a la salud sin que nos vengan a la mente ideas relacionadas con el compromiso ético y sus implicaciones. Partiendo del hecho de que nunca había trabajado en un ámbito clínico público, las reflexiones éticas que puedo hacer en torno a las vivencias del proyecto son muchas. Desde el comienzo me llamó la atención, la importancia de trabajar en conjunto con otros servicios de salud. No solo como posibilidad, sino como una necesidad.

Primero que nada, quisiera hacer referencia al hospital como institución; el Hospital es un organismo que tiene la función de ayudar a la población. Tristemente, el sistema de salud está colapsado, la demanda es demasiado alta y aunque el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde está muy bien posicionado dentro de México, también es verdad que le hacen falta muchos recursos. La primera pregunta que me surge es ¿en qué momento como sociedad dejamos de darle importancia al bienestar? Más allá de hacer una reflexión colectiva en donde se culpe al gobierno, me gustaría ir más profundo y cuestionar por qué el autocuidado es tan poco valorado. Vivimos en una sociedad en la que el desgaste y la saturación son aplaudidos; entre menos tiempo tengas para ti y más ocupaciones tengas es mejor. Con esto en mente, podemos explicar la segunda cuestión. ¿por qué nos han enseñado a aguantar? Pareciera que sufrir dolor “nos hace mejores personas”. Me tocó ver pacientes que no acudieron antes al hospital porque creyeron que era “normal sentirse así”. Aunque no puedo negar que el dolor es parte natural de la vida, no sería adecuado creer que el ser humano tiene que sufrir. Como profesional de la salud mental, pido nunca acostumbrarme al dolor, a ver que otros sufran y no sentir nada al respecto. El dolor mueve y quiero que siempre siga siendo así.

Por otro lado, el trabajar en un área de psiquiatría infantil en un organismo público tiene sus implicaciones. Tomando en cuenta esas tres palabras “psiquiatría” “niños” y “hospital público” comienzo mi segunda reflexión. La primera palabra está relacionada con la locura, la segunda con fragilidad y la tercera con precariedad. La primera vez que las junté, no pude negar que la población con la que trabajé es de las más vulnerables. Si bien fue todo un reto entrar a un ámbito clínico, también fue una riqueza enorme; me parece que, como profesionales de la salud mental, todos deberíamos conocer el trabajo interdisciplinario que se realiza en los hospitales públicos.

Al final, me di cuenta de que todas las reflexiones que hice se regresan a mí. Al pasear por los pasillos, constantemente me hacía preguntas como ¿qué podemos hacer como sociedad, y como profesionales de la salud ante esta realidad?, ¿qué se puede hacer para prevenir estas conductas de riesgo? para no ver a un niño de 7 años que intentó suicidarse o a una niña de 13 que ha sido abusada más de 8 veces. Creo que al final todo comienza por uno mismo, así que en lugar de pensar qué están haciendo o dejando de hacer los demás, el hospital me regaló el preguntarme... ahora que conocí esta realidad ¿qué voy a hacer yo?

3.2 Aprendizajes logrados

- **Sofía**

Creo que uno de los principales aprendizajes fue el conocer las necesidades de una población hospitalaria, aprender a trabajar de manera interdisciplinar y bajo las normas de la institución.

Aprendí acerca del proceso de evaluación terapéutico, en donde al inicio, a través de una entrevista se busca desde un enfoque sistémico conocer la dinámica familiar, los miembros involucrados y otros datos acerca de su estilo de vida, tratando de identificar además de la problemática por la que acude, las circunstancias que pudieran estar fomentando o influyendo negativamente en su mantenimiento. También aprendí cómo aplicar e interpretar pruebas proyectivas, que a pesar de considerarse pruebas poco fidedignas nos ayudaron a darnos una idea más amplia de lo que pudiera estar padeciendo el paciente.

- **Claudia**

“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana” (Carl Jung)

Esta frase resume los aprendizajes que tuve durante el Proyecto. Fueron unos meses intensos de cuestionarme como persona y como profesional de la salud, pero esos cuestionamientos me empujaron a querer estar más preparada para poder ayudar.

En cuanto a los aprendizajes profesionales:

- Aprendí a intervenir en un ámbito clínico con pacientes pediátricos que presentan conductas de riesgo, intento de suicidio y autolesiones. Cómo dar acompañamiento a los padres y/o familiares y de qué manera manejar la psicoeducación, así como la importancia del apego al tratamiento
- Aprendí la complejidad de los trastornos mentales, algunas de sus causas, síntomas y cómo abordarlos.
- Mejoré mis habilidades de escucha y contención emocional, intervención en crisis y detección de conductas de riesgo.
- Reconocí la importancia del trabajo multidisciplinar.
- Aprendí sobre temas como apego, límites, estilos de crianza, modelos de familia, violencia intrafamiliar, trastornos de personalidad (en niños, acentuación de los rasgos de personalidad), trastornos de la conducta alimentaria, autolesiones e intento de suicidio específicamente en niños y adolescentes.
- Reafirmé la importancia de la empatía, el trato humano y la escucha.

Por otro lado, los aprendizajes personales me llenaron el corazón. Aprendí a confiar más en mis capacidades, a nunca perder de vista que las personas antes que pacientes son personas, aprendí a no conformarme con un “es un caso perdido” porque no hay nadie perdido, solo personas que buscamos vivir y llenarnos de vida. Confirmando que como profesional de la salud, es super importante el trato y la mirada digna y humana.