



**Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco**

**División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Licenciatura en Enfermería**

**Informe Final de Servicio Social
Estrategias Educativas en la Prevención del suicidio en Adolescentes**

Presenta

Linda Michelle Zamudio Quintanar
Pasante de la Licenciatura de Enfermería
Matrícula 2132029828

Fecha de inicio: 01 agosto 2019
Fecha de término: 31 julio 2020

Asesora Interna
Mtra. Irma Gloria Taxis

Ciudad de México a 16 febrero de 2023

Índice

<u>Introducción.....</u>	<u>3</u>
<u>Planteamiento del Problema.....</u>	<u>3</u>
<u>Justificación.....</u>	<u>4</u>
<u>Objetivos</u>	<u>6</u>
<u>Marco Referencial</u>	<u>31</u>
<u>Metodología</u>	<u>33</u>
<u>Conclusión</u>	<u>41</u>
<u>Cronograma</u>	<u>41</u>
<u>Anexos.....</u>	<u>42</u>
<u>Referencias</u>	<u>43</u>

Introducción

El suicidio es considerado un problema de salud pública que conlleva una tragedia para las familias y para la sociedad. Estas pérdidas pueden prevenirse si se interviene de manera oportuna, por lo que es debido centrarse en la comprensión de estos sucesos para crear estrategias adecuadas de intervención.

Según el INEGI 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 esta causa por cada 100 000 jóvenes. Para 2018, de la población de 10 años y más, 5% declararon que alguna vez han pensado suicidarse.

La OMS refiere que es la segunda causa de muerte en los adolescentes. En los intentos suicidas no necesariamente busca la muerte en ocasiones se realiza pretendiendo ganar algo o castigar a alguien.¹ En la adolescencia pueden existir diferentes situaciones en respuesta o reacción a la crisis vital que pueden realizarse desde autolesiones las cuales no deben tomarse sólo a la ligera; ideas suicidas, intentos de suicidio y el suicidio, sin embargo, el suicidio no solo afecta a la persona sino también a la familia, amigos y a la comunidad.

El objetivo de este estudio fue Identificar los factores de riesgo y las estrategias educativas en la prevención del suicidio en los adolescentes, el incremento de la incidencia y prevalencia de la factores de riesgo en los adolescentes ha llegado a ser un problema de salud pública, y en nuestro caso como personal de la salud reconocer los factores que contribuyen al incremento, así como plantear estrategias para controlarlo es de vital importancia, de ahí que nuestro estudio nos plantea la necesidad de una valoración psicológica o psiquiátrica temprana en caso de considerar al paciente como población en riesgo y así poder darle tratamiento y seguimiento oportunamente. De acuerdo con los objetivos planteados se lograron recopilar diversas estrategias educativas

Justificación

Las cifras de suicidio en adolescentes en el último siglo han sido considerablemente incrementadas, la Organización Mundial de la Salud reportó que en los últimos 45 años el índice de suicidios se incrementó 60 por ciento a nivel internacional.

Tan solo en el 2020 se dieron a conocer 7818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas lo que nos da una tasa de suicidio del 6.2 por cada 100,000 habitantes, y por sexo destaca que los hombres tienen una tasa de 10.4 fallecimientos por cada 100 000 ⁶, mientras que esta situación se presenta en 2.2 de cada 100 000 mujeres¹.

La motivación principal de esta investigación fue proporcionar herramientas necesarias para detectar el riesgo suicida en etapas tempranas logrando así prevenirlo. La importancia de esta investigación recae en que el suicidio es la segunda causa de muerte en los adolescentes en México y en aumento, buscando fortalecer las estrategias de prevención contra el suicidio en adolescentes orientando a los familiares y comunidad del Hospital Infantil Juan N. Navarro para una oportuna identificación de los factores de riesgo logrando así una atención y tratamiento oportuno.

Planteamiento del Problema

El suicidio es considerado un problema de salud a nivel mundial, la tasa de suicidio se ha incrementado en las últimas décadas; en México en el 2007 se han incrementado los suicidios en edades de 15 a 24 años con un rango del 27% de las muertes en estas edades, mientras la prevalencia de intento suicida en los adolescentes es entre los 12 a los 17 años siendo un 4.26, 2.14 en varones y 6.37 en mujeres¹ presentado mayor prevalencia en una consumación de intento suicida en varones, mientras en las mujeres son mayores los intentos. La OMS refiere que es la segunda causa de muerte en los adolescentes. En los intentos suicidas no necesariamente busca la muerte en ocasiones se realiza pretendiendo ganar algo o castigar a alguien.¹

En la adolescencia pueden existir diferentes situaciones en respuesta o reacción a la crisis vital que pueden realizarse desde autolesiones las cuales no deben tomarse sólo a la ligera;

ideas suicidas, intentos de suicidio y el suicidio, sin embargo, el suicidio no solo afecta a la persona sino también a la familia, amigos y a la comunidad.²

El comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a los factores genéticos y al medioambiente. Los factores de riesgo para un intento suicida en los adolescentes pueden ser edad, el sexo, rompimiento con parejas, problemas familiares, pérdida de trabajo de los padres, orientación sexual, divorcios o separaciones de los padres, religión, bullying escolar, abuso sexual, trastornos psiquiátricos como pueden ser; depresión, trastornos de ansiedad, abuso de drogas o sustancias psicotrópicas, trastornos alimenticios, trastornos psicóticos, intentos previos de suicidio.²

La ideación suicida se caracteriza por la planeación del cómo, dónde y con qué cometerá el acto, mientras que el intento suicida es cuando realiza el acto, pero sigue con vida. Las amenazas de un acto suicida pueden ir acompañadas de acciones de iniciación a una conducta suicida como saltar de una ventana, aventarse

a los coches en movimiento y autolesionarse con punzocortantes.³

Requiriendo estrategias de prevención contra el suicidio en adolescentes priorizando así factores protectores como son patrones familiares; una buena relación, apoyo familia, confianza en uno mismo, integración social, buena relación con sus profesores, compañeros y adultos, así como una atención oportuna por un equipo de salud especializado en psiquiatría brindado terapia conductual y psicofármacos en caso de ser necesarios.²

Con base en lo anterior la pregunta de investigación fue:

¿Cuáles son los factores de riesgo y las estrategias educativas para prevenir el suicidio en adolescentes?

Objetivos

General

- Identificar los factores de riesgo y las estrategias educativas en la prevención del suicidio en los adolescentes

Específicos

- Revisar los factores de riesgo y los factores protectores que puedan ayudar en la prevención del suicidio en los adolescentes
- Desarrollar estrategias educativas para la prevención del suicidio en los adolescentes.

Marco Teórico

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.⁴

Otros autores definen la adolescencia como aquella etapa de desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez ocurriendo un proceso de crecimiento de la maduración física, psicológica y social llevando al ser humano a la etapa adulta.

En esta etapa ocurren cambios rápidos y de gran magnitud.

La adolescencia se puede dividir en 3 etapas:

- Adolescencia temprana: comienza desde los 10 a 13 años y se caracteriza principalmente por los cambios de la pubertad.⁵
- Adolescencia mediana: de los 14 a los 17 años, esta etapa se centra más al distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Su

autoimagen es dependiente de la opinión de terceros, tienden a aislarse y pasar más tiempo a solas incrementando la apertura de emociones que experimenta.

- Adolescencia tardía: de los 17 – 18 años en adelante siendo la última etapa hacia el logro de su identidad y autonomía.⁶

En la adolescencia y pubertad, podemos decir que son dos términos relacionados pero cada uno con sus características, siendo la pubertad un evento biológico y su definición obedece a criterios puramente estadísticos, mientras que la adolescencia es un proceso más amplio con cambios físicos, psicosociales y emocionales que se inicia con la pubertad; el final no está claramente delimitado dependiendo de cuando se completa el desarrollo en los diferentes aspectos referidos. Se presentan las características normales de cada entidad, así como las variantes dentro de la normalidad de la pubertad: la telarquia prematura aislada, la adrenarquia prematura idiopática, pubertad adelantada y el retraso constitucional del crecimiento y pubertad.⁷

La pubertad es el momento de la vida cuando un niño o una niña madura sexualmente. Es un proceso que suele ocurrir entre los 10 y 14 años para las niñas y entre los 12 y 16 para los niños. Causa cambios físicos, y afecta a niños y niñas de manera distinta.

En las niñas:

- La primera señal de pubertad es por lo general el desarrollo de los senos.
- Luego comienza a crecer el vello en la zona del pubis y las axilas.
- La menstruación (o período) por lo general es el último paso.

En los niños:

- La pubertad comienza generalmente con el crecimiento de los testículos y el pene.
- Luego, el vello en el pubis y las axilas.
- Los músculos crecen, la voz se hace más gruesa y el vello facial aparece siguiendo el proceso de la pubertad.

Tanto los niños como las niñas pueden tener acné. También suelen tener un aumento repentino en el crecimiento (un aumento rápido de altura) que dura alrededor de dos o tres años. Esto los acerca más a su estatura adulta, la que alcanzan después de la pubertad.⁸

Fisiología de la pubertad

El inicio de la pubertad es el resultado de la interacción de variables genéticas (70-80%) y factores reguladores -señales endógenas y ambientales (20-30%): alimentación, disruptores endocrinos, ciclos luz-oscuridad, lugar geográfico, estímulos psíquicos y sociales... Los cambios hormonales son debidos a la interacción entre el sistema nervioso central (SNC), hipotálamo, hipófisis, gónadas y suprarrenales.

Eje hipotálamo-hipófiso-gonadal:

En la infancia y época prepuberal la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las gonadotropinas hipofisarias (LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona foliculoestimulante)) están inhibidas por acción de una supresión activa de la secreción de GnRH. Se ha demostrado que las neuronas productoras de GnRH, son capaces de secretar GnRH de forma pulsátil, con auto ritmicidad, y con independencia de estímulos externos.

Sin embargo, la amplitud de los pulsos secretorios de GnRH, cuyo incremento es lo característico del inicio de la pubertad, está regulada por la acción de señales estimulantes (sistema glutaminérgico, noradrenérgico, dopaminérgico, kisspeptinas) e inhibitoras (sistema gabaérgico, opiáceos endógenos) que actúan en el hipotálamo. La secreción de GnRH está, además, modulada por la interacción entre las neuronas que la producen y las células gliales circundantes, así como por el SNC.

Genética

Se ha observado que el inicio de la pubertad está regulado por una red nodal de genes, que regulan los cambios en los circuitos neuronales del núcleo arcuato del hipotálamo. Estos cambios son:

Cambios transinápticos:

- Aumento de los estímulos excitatorios de las neuronas secretoras de GnRH: vía glutamato y vía kisspeptina.
- Disminución de los estímulos inhibitorios: por neuronas gabaérgicas, neuronas productoras de sustancias opioides y neuronas productoras de péptido relacionado con RFamide.

Cambios en las células gliales

Las células gliales contribuyen a la activación de la secreción de GnRH por dos mecanismos:

- A través de la liberación de factores de crecimiento que actúan sobre receptores de las neuronas productoras de GnRH [factor de crecimiento transformador tipo b (TGFB), factor de crecimiento epidérmico (EGF) y factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1)].

- A través de cambios en la adhesividad de las células gliales sobre las neuronas productoras de GnRH.

Epigenética

Existen factores externos que modifican la expresión de los genes, influyendo en el momento de inicio puberal: nutrición, ejercicio, estrés o factores sociales y psicológicos, ritmo circadiano y horas de luz, y disruptores endocrinos ambientales, fundamentalmente pesticidas.

La GnRH induce, en las células gonadotropas hipofisarias, la síntesis y liberación pulsátil de las gonadotropinas hipofisarias, LH y FSH, que actúan en la gónada para inducir la maduración de las células germinales (óvulos o espermatozoides) y la producción de esteroides sexuales, así como de otros péptidos gonadales (inhibinas, activinas, folistatina), y otras hormonas circulantes (leptina), que ejercen a través de mecanismos de retrocontrol, acciones estimulantes e inhibitoras, a diferentes niveles del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

La testosterona en el varón y el estradiol en la mujer, son los responsables del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y ejercen un retrocontrol negativo en hipotálamo e hipófisis, reduciendo la secreción de GnRH y gonadotropinas.

Al inicio de la pubertad, LH y FSH son liberadas de forma pulsátil, durante la noche y posteriormente según avanza la pubertad durante todo el día.

Suprarrenales

Entre los 6-8 años ósea se produce la adrenarquia o maduración de las suprarrenales, manifestándose con la aparición de vello púbico y/o axilar. Se inicia unos 2 años antes que el aumento de los esteroides gonadales, y es independiente del eje hipotálamo-hipófisis gonadal.

Eje hipotálamo-hipófisis-somatomedínico

En la pubertad se produce la activación de este eje, dando lugar a un aumento en la producción en el hipotálamo de GHRH (hormona liberadora de hormona de crecimiento), en la hipófisis de GH (hormona de crecimiento) que a su vez aumenta los niveles de IGF-I (insulin-like growth factor 1), IGFBP-3 (insulin-like growth factor binding protein 3). Este incremento se produce antes en las mujeres que en los hombres.⁹

Variantes dentro de la normalidad de la pubertad

La telarquia prematura aislada: Es una forma de precocidad isosexual disociada, hace referencia al desarrollo precoz y aislado, uni o bilateral de las glándulas mamarias, sin desarrollo simultáneo del pezón.

La adrenarquia prematura idiopática: Consiste en la aparición de vello púbico, vello axilar u olor corporal. Se considera prematura cuando aparece antes de los 8 años en niñas y antes de los 9 en niños.

Pubertad adelantada: Es el comienzo de la pubertad entre los 8-9 años en niñas y de los 9-10 en niños.

Retraso constitucional del crecimiento y pubertad: Es una condición caracterizada por baja estatura y maduración esquelética retrasada, en niños sanos.

Cambios emocionales y sociales

Los niños a esta edad podrían:

- Preocuparse más por su imagen física, la manera en que se ven y la ropa.
- Enfocarse en sí mismos; pasar por periodos de muchas expectativas y falta de confianza.
- Tener más cambios de humor.
- Interesarse y dejarse influir más por los chicos de su edad.
- Demostrar menos afecto hacia los padres; puede que en ocasiones se muestren groseros o con mal genio.
- Sentirse estresados debido al trabajo escolar más exigente.
- Presentar problemas alimentarios.
- Sentir mucha tristeza o depresión, que pueden afectar su rendimiento escolar y hacer que consuman alcohol y drogas, tengan relaciones sexuales sin protección y enfrenten otros problemas.¹⁰

A esta edad, los adolescentes toman más decisiones por su cuenta en relación con sus amigos, los deportes, los estudios y la escuela. Se vuelven más independientes, con personalidad e intereses propios, aunque los padres todavía son muy importantes.¹¹

El género se refiere a los atributos que social, histórica, cultural, económica, política y geográficamente han sido asignados a los hombres y a las mujeres. Se utiliza para referirse a

las características que, social y culturalmente, han sido identificadas como masculinas y femeninas, las cuales abarcan desde las funciones que históricamente se le han asignado a uno u otro sexo (proveer vs. cuidar), las actitudes que por lo general se les imputan (racionalidad, fortaleza, asertividad vs. emotividad, solidaridad, paciencia), hasta las formas de vestir, caminar, hablar, pensar, sentir y relacionarse. Sin embargo, el sexo hace referencia a los cuerpos sexuados de las personas; esto es, a las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas) a partir de las cuales las personas son clasificadas como machos o hembras de la especie humana al nacer, a quienes se nombra hombres o mujeres, respectivamente.¹²

Existen diferentes tipos de afecciones

Los trastornos mentales en los niños se describen como cambios serios en la forma habitual de aprender, comportarse o manejar las emociones, lo cual causa angustia y problemas en las actividades diarias.

Los adolescentes se independizan de su familia necesitando más de los amigos para obtener apoyo emocional y aprobación de sus nuevos valores, buscando el apoyo de otras personas para enfrentar los cambios físicos, sociales y emocionales en esta etapa. Las redes de compañeros y/o amigos son esenciales y fundamentales para resolver el aprendizaje de respuestas positivas a las crisis que sufre el adolescente en esta etapa. El adolescente suele escoger sus amigos basándose en los intereses y actividades comunes, la igualdad, el compromiso y la lealtad, sin embargo, la traición es una de las razones principales por las cuales se termina la amistad en esta etapa de la vida.¹⁴

Existen riesgos y peligros durante la adolescencia uno de los cuales son tener prácticas sexuales sin protección que pueden abarcar desde un embarazo o enfermedades mortales, consumo de múltiples sustancias y abuso de ellas, violencia por ser algunas de las causas.¹⁴

Clasificación del suicidio

Según su etiología:

- a) **Suicidio psicótico:** se produce dentro del curso de una psicosis como puede ser una esquizofrenia o un trastorno bipolar. La persona se desconecta de su entorno y su realidad.
- b) **Suicidio depresivo:** este se puede producir durante una depresión mayor.
- c) **Suicidio psico-displásico:** sucede en una personalidad psicópata y se puede caracterizar por la persona ejercer agresividad hacia ella misma.
- d) **Suicidio social:** los factores sociales son importante el estado civil, soledad, rupturas sentimentales, perdidas, desempleo y problemáticas familiares son algunas que pueden llevar al suicidio.
- e) **Suicidio neurótico:** se presenta en la mayoría de los para-suicidios con marcada teatralidad, pero con escasas de intencionalidad suicida (chantaje suicida).²⁵

Según su forma:

- 1. **Suicidio impulsivo:** se lleva a cabo de forma súbita sin que la persona haya dado avisos explícitos o implícitos de deseos de morir o de intenciones suicidas.
- 2. **Suicidio obsesivo:** la idea del suicidio está implantada, estancada de tal forma que el sujeto es incapaz de rechazarla, sin embargo, la persona si ha dado avisos de intenciones suicidas.
- 3. **Suicidio reflexivo:** es el opuesto al suicidio impulsivo. La idea de quitarse la vida se instala en la mente de la persona con tal detenimiento reflexivo, que esta pormenoriza el valor de su propia muerte.
- 4. **Suicidio histriónico:** es aquel que se lleva a cabo con cierto aire teatral, en el que la persona se entrega a una representación aparentemente suicida con la pretensión de llamar la atención para conseguir determinados propósitos.²⁵

Otra forma es:

- A. **Intento de suicidio interrumpido:** es un acto similar al suicidio real, excepto porque el intento suicida no tiene éxito ya que es detenido por alguien. Posner (2014), el comportamiento se detiene antes de que el potencial acto produzca un daño real.
- B. **Intento suicida abordado:** Es un intento suicida auto interrumpido, este ocurre cuando el individuo comienza a dar pasos hacia el intento suicida, pero este se detiene antes de que se produzca cualquier daño.

C. **Actos o comportamientos preparatorios:** Son comportamientos que involucran los establecimientos de los elementos y las condiciones necesarias para la realización del plan suicida. Estos comportamientos son también indicativos de riesgo elevado de intento suicida.²⁶

Los adolescentes en riesgo de suicidio pueden sufrir vulnerabilidad psicológica o mental provocada por distintos factores. Durante la infancia, deben detectarse los factores de riesgo asociados al suicidio, sobre todo en el medio familiar en el que vive el menor. Pues un amplio grupo de expertos explica que en hogares disfuncionales en el que existen frecuentes discusiones entre padres y demás miembros, se desarrollan conductas suicidas producto del maltrato físico o psicológico, como variante de la violencia intrafamiliar.²⁷

Ciertas características de la historia y del funcionamiento familiar también se constituyen como factores de riesgo suicida. Entre estas se encuentran la existencia de suicidio en otro miembro de la familia, la presencia de psicopatología familiar, dificultades económicas, bajo nivel de escolaridad en ambos padres, bajos niveles de cohesión y distancia emocional entre los miembros de la familia y límites excesivamente rígidos o laxos e inexistentes. Ambientes conflictivos, dificultades relacionales y peleas constantes, así como la falta de apoyo frente a las adversidades y en la solución de problemas, también se consideran factores de vulnerabilidad suicida²⁸. Existen ciertos factores que pueden abarcar desde los problemas familiares, sociales e individuales.¹⁵

El sistema familiar ocupa un papel central en el desarrollo, sobre todo con los niños de corta edad, el tipo de familia influye directamente en sus expectativas, sus roles, creencias y en las interrelaciones a lo largo de su vida, lo mismo en su desarrollo cognitivo, emocional, social y físico. Cada integrante de la familia desempeña un rol específico. En algunos casos los hermanos mayores cuidan a los hermanos menos.¹⁴

Los adolescentes deben afrontar el estrés ocasionado por los cambios de su cuerpo y por sus roles nuevos dependen de su cambio de personalidad. La adolescencia genera presiones y conflictos con la necesidad de generar independencia cuando aún dependen de sus padres. En algunos casos sus progenitores suelen presionar a los adolescentes para alcanzar sus compulsiones de alcanzar el éxito y un nivel social más elevado. Los adolescentes deben enfrentar dos grandes desafíos¹⁴

1. Lograr una autonomía y la independencia de los padres
2. Formar una identidad

El proceso de la formación de identidad es el principal obstáculo que los adolescentes tienen que superar la transición a la madurez. Existen factores que influyen en la creación de la identidad como son grupos sociales (comparten actitudes e ideaciones), religiosos y charlas por internet.¹⁴

Durante la formación de la identidad los adolescentes suelen juzgar sus valores y conductas en la relación con la familia, los padres exitosos brindan a los hijos raíces y un sentido de seguridad en el cual se sienten aceptados y amados, en el cual impulsan a sus hijos a ser autónomos y capaces de funcionar de manera independiente en la sociedad.¹⁴

Los sistemas familiares son dinámicos y ocupa un papel central en el desarrollo, sobre todo con los niños de corta edad, el tipo de familia influye directamente en sus expectativas, sus roles, creencias y en las interrelaciones a lo largo de su vida, lo mismo en su desarrollo cognitivo, emocional, social y físico. Cada integrante de la familia desempeña un rol específico. En algunos casos los hermanos mayores cuidan a los hermanos menores, cualquier cambio conductual influye en los miembros de la familia, siendo la adolescencia un periodo de cambios. Existen familia con dobles ingresos, los adolescentes ayudan menos en las labores del hogar que en las familias en las que la madre se encarga de las labores.¹⁴

Familia: forma, función y significado

La familia es la primera forma de organización social y su existencia se comprueba en todos los pueblos y épocas de las que hay testimonio histórico. De modo que constituye una categoría de carácter universal. Se suele definir como célula básica de la sociedad y resulta evidente que sin su existencia sería inadmisibile la vida. Es por ello por lo que se le debe prestar una atención especial pues son múltiples las funciones y las formas que en los tiempos actuales han adoptado esos núcleos.

En las últimas décadas diversos psicólogos, sociólogos y profesores han clasificado, definido y caracterizado a la familia. Nos afiliamos a la subdivisión que hace María Elena Benítez por considerarla representativa de los grupos existentes en nuestra sociedad:

- a) La familia nuclear o elemental: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- b) Familia extensa o consanguínea: se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, y a los nietos.
- c) La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada: la familia de madre soltera; o por fallecimiento de uno de los cónyuges.
- d) La familia de madre soltera: familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.
- e) La familia de padres separados: familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja, pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja, pero no a la paternidad y maternidad.²⁷

Independientemente de las diversas formas que adopten, sí nos parece importante resaltar las funciones básicas que debe atender cualquier familia. Existe a nuestro juicio una primera, elemental y objetiva que es la función material o económica, resulta indispensable para poder desempeñar el resto de los roles que le corresponde, es el hecho de tener sustento para lograr alimentarse, vestirse y calzarse. De esta depende el nivel de vida alcanzado por la familia. La segunda es la función afectiva, es en el seno del hogar y de la familia donde el niño, joven o adolescente, recibe o no las primeras muestras de amor y cariño, lo cual redundará luego en el fomento de una personalidad segura o insegura, de un carácter irascible o flemático. Aquí tiene un peso preponderante el ejemplo y actuar diario de los padres en la formación de

conocimientos, habilidades, valores y hábitos.²⁷ De esta depende la estabilidad emocional de los miembros de la familia.²⁷

La tercera es la función social, esta última alude a la necesidad de procrear para el sostenimiento de la especie humana y por tanto de la sociedad, se refiere además al desenvolvimiento de la familia dentro del medio, así el hijo que producto a la educación recibida en el hogar y en los centros educacionales es devuelto como un técnico o profesional desempeñando una labor útil para la humanidad. De esta depende el equilibrio dentro de la sociedad y el mantenimiento de nuestra especie. Sin embargo, el desarrollo exitoso del papel educativo de la familia no puede verse mediante el cumplimiento de una u otra de las funciones, sino de la combinación efectiva de todas y cada una de ellas.²⁷

Así, por ejemplo, es posible encontrar con relativa frecuencia familias donde todas las necesidades de tipo económico están resueltas de manera satisfactoria y, sin embargo, existen graves carencias en el plano espiritual y afectivo que dificultan la adecuada formación del niño o el joven.²⁷

En los factores individuales se encuentra la edad, sexo, los trastornos mentales, abuso sexual y físico, intentos suicidas previos, factores biológicos y genéticos.¹⁵

Edad: El intento de suicidio aumenta generalmente en trastornos del ánimo, abuso de sustancias psicoactivas. Generalmente el suicidio tiene un incremento especialmente en la adolescencia tardía. Mientras el pico de intentos suicidas abarca las edades de 16 a los 18 años, posteriormente disminuyendo la frecuencia en las mujeres jóvenes.¹⁵

Sexo: El suicidio es más común en varones, aunque se realizan más intentos suicidios en el caso de las mujeres.¹⁵

Biológicos y genéticos

La desregulación serotoninérgica es un rasgo biológico determinante y con los individuos con trastornos mentales es más proclive a responder a estresores de una forma impulsiva o agresiva. Existen evidencias de que el individuo con intentos suicidas que tienen los niveles bajos de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo son más proclives a intentos suicidas futuros. Mientras la concentración plasmática de serotonina junto con marcadores psicométricos puede servir como un marcador seguro de psicopatologías en los diferentes adolescentes suicidas.

La disminución del ácido homovalínico (precursor de la dopamina) que se sitúa en el líquido cefalorraquídeo y los cambios en el metabolismo de la serotonina y en el gen triptófano hidroxilasa han sido relacionados con las conductas suicidas. Los marcadores GRIK y GRIA localizados en los genes que son los encargados de codificar los receptores ionotrópicos del glutamato se han asociados con la ideación suicida.¹⁵

Identificación sexual o miedo a la reacción de la familia, trastornos psiquiátricos como son trastorno de la alimentación, ansiedad.²⁹

Para la prevención del intento suicida: Una evaluación exhaustiva de la salud mental de un adolescente incluye lo siguiente:

Una entrevista con los padres en que se hable sobre la historia del desarrollo del niño, su temperamento, sus relaciones con los amigos y familiares, historia clínica, intereses, habilidades y cualquier tratamiento previo. Es importante hacerse una idea de la situación actual del niño, por ejemplo: ¿ha cambiado recientemente de escuela, ha habido una enfermedad en la familia o un cambio que ha tenido un impacto en la vida diaria del niño?

Recopilación de información de la escuela, como pruebas estandarizadas, informes de comportamiento, capacidades y dificultades.³⁰

Una entrevista con el niño sobre sus experiencias, así como pruebas y observaciones de comportamiento, si son necesarias.³⁰

Pubertad, adolescencia y juventud

Pubertad: “Conjunto de modificaciones puramente orgánicas, comunes a todas las especies con fenómenos neuro-hormonales y antropométricos. ... Ocurren cambios orgánicos que llevan a la madurez biológica adulta con dimorfismo sexual y a la capacidad reproductiva”¹⁵

Adolescencia: “Período de transición Bio-Psico-Social que ocurre entre la infancia y la edad adulta... Ocurren modificaciones corporales y de adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que llevan a la vida adulta...”. EDAD: 10-20 años.¹⁵

Juventud: “Abarca los momentos intermedios y finales de la adolescencia y los primeros de la edad adulta; en un encuadre social comprende grupos erarios entre 15 y 25 años...

Predominan los logros (o frustraciones), durante la madurez de la personalidad, socialización, y comienzo de la integración en la producción dentro de la sociedad a la cual pertenece.” Por lo tanto, y según esta delimitación conceptual, la juventud sería una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad. Es por ello por lo que la condición de juventud no es uniforme y varía de acuerdo con el grupo social que se considere. Este solapamiento puede dar lugar muchas veces a múltiples confusiones y con lleva que se piense seriamente en ello a la hora de actuar en estos momentos vitales.¹⁵

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCION	Biología / Genética. Factores de riesgo Antecedentes familiares de alcoholismo	Ambiente social Pobreza Desigualdad racial Oportunidad ilegítima	Personalidad Factores de riesgo Percepción de pocas oportunidades vitales Baja autoestima Propensión de correr riesgos	Conductas concretas Factores de riesgo Problemas de Alcoholismo Trabajo escolar deficiente
	Factores de protección Gran inteligencia	Factores de Protección Escuelas de calidad Cohesión de la familia Recursos del barrio Adultos responsables	Factores protectores Valoración de aprovechamiento académico Valoración de la salud Intolerancia de desviación	Factores protectores Asistencia a la iglesia Participación en la escuela y en clubes de voluntarios
CONDUCTAS RIESGOSAS	Conducta y estilo de vida de riesgo del adolescente			
	Problemas de conducta Consumo de sustancias ilícitas Delincuencia Conducir en estado de embriaguez		Conducta relacionada con la salud Alimentación poca sana Tabaquismo Vida sedentaria No usar cinturón de seguridad	Conducta escolar Deserción escolar Uso de drogas en la escuela
RESULTADOS RIESGOSOS	Resultados que ponen en peligro la salud/vida			
	Salud Enfermedad / afecciones. Mala condición física	Roles sociales Fracaso escolar Aislamiento social Problemas legales Procreación Temprana	Desarrollo personal Autoconcepto inadecuado Depresión/suicidio	Preparación para la adultez Escasas habilidades laborales Propensión al desempleo Falta de motivación

*Risk Behavior in adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action (p. 27) de Richard Jessor

Familia y comportamiento adolescente

Si bien no todo es conflicto en las familias con adolescentes, es necesario reflexionar sobre las relaciones familiares con él o la adolescente y acerca de los conflictos que suelen presentarse. Sabemos que la necesidad de establecer la propia identidad, adoptando posturas

y compromisos personales, y de obtener más independencia respecto a su familia, junto con el surgimiento del pensamiento formal, favorece el criticismo del y de la adolescente y que, en muchos casos, esto fomenta la aparición de conflictos en la familia. Díaz Aguado y R. Martínez Arias (2004), citan a Laursen y Collins, (1994) Steinberg y Silk, (2002), así como numerosos autores, opinan que, en las relaciones padres e hijos o hijas adolescentes, como en cualquier otro tipo de interacción, la presencia de conflicto en sí misma no tiene que ser motivo de alarma. Es de gran importancia destacar que el conflicto es inevitable en las relaciones significativas y en la vida en general. Pero por supuesto que padres e hijos o hijas discrepen no es tan grave ni preocupante como que no se logre resolver tales discrepancias mediante el diálogo, la negociación y el compromiso. Junto con la inmensa mayoría de autores opinamos y sugerimos que el afrontamiento del conflicto, no su evitación o su aparente eliminación mediante la sumisión de alguna de las partes, favorece el desarrollo psicosocial y fomenta los vínculos positivos. Por consiguiente, constituye un elemento fundamental del proceso de socialización de los y las adolescentes.¹⁵

Educación formal y comportamientos adolescentes

Como opinan varios autores, la primera dificultad a la que nos enfrentamos al analizar los fenómenos de violencia en la escuela es la imprecisión en el lenguaje. No se puede considerar dentro de la misma categoría un insulto u otra falta más o menos grave de disciplina que, por ejemplo, un episodio de vandalismo o de agresión física con un arma. No obstante, existe una clara tendencia en la opinión pública y de muchos profesores a “meter todo en el mismo saco” y entender que se trata de manifestaciones distintas de un mismo sustrato violento que caracterizaría a niños, niñas y jóvenes de hoy.¹⁵

Sartori (2001) plantea que dentro de las categorías podemos encontrar la violencia estructural y la violencia simbólica. La estructural se ejerce de modo multilateral y constante desde las estructuras, y “nos violenta incluso sin actos de violencia e incluso sin violentadores”. Sartori opina que lo que otros autores denominan violencia estructural y, por ejemplo, la violencia que sufrió un sujeto en un campo de concentración nazi, en modo alguno son la misma cosa y hasta cabe la duda de que tengan algo en común. Plantea que se usa con fuerza expresiva, muchas veces la palabra violencia. Así hablar de violencia o de comportamiento antisocial, o de indisciplina, no es simplemente una cuestión de gustos literarios. La versión más completa es la de comportamiento antisocial; ya que la propia expresión hace hincapié en la conducta

desviada antisocial de cada individuo. También Sartori plantea que no es solamente que resulte imposible concebir la convivencia y disciplina en las escuelas como el agregado de episodios, procesos e irregularidades individuales de los alumnos y alumnas. Y mientras tanto, fenómenos cotidianos como la disrupción permanente en las aulas, la intimidación y el maltrato entre compañeros y compañeras, el aislamiento racista y xenófobo, e incluso el acoso sexual, permanecen a veces ocultos a la atención pública.¹⁵

Estos fenómenos afectan directa o indirectamente a la totalidad del alumnado y profesores que conviven en nuestras escuelas; tienen un efecto incalculable sobre el aprendizaje y el desarrollo personal de los primeros, y sobre el bienestar y la motivación profesional de los segundos.

Algunas características generales de las posibles víctimas:

Físicamente débiles

- Preocupados/as por ser heridos/as; inefectivos e inefectivas al realizar actividades físicas; poca coordinación física.
- Son sensibles, callados, pasivos, sumisos y muestran timidez; lloran con facilidad. – Se relacionan mejor con quienes son menores que ellos y ellas.
- Tienen un nivel académico bajo o normal.

Víctimas provocativas

- Normalmente son chicos con patrones agresivos de respuesta.
- Presentan un temperamento fuerte y pueden responder violentamente cuando son atacados o insultados.
- Suelen ser hiperactivos y tienen dificultades de atención y concentración.
- Con frecuencia provocan situaciones tensas.
- Suelen ser despreciados/as por los adultos, incluido el profesorado.
- A veces intentan agredir a los/las estudiantes débiles.

Algunas características del alumno bullying

- Físicamente fuerte; más mayor o de igual edad.

- Necesita dominar, tener poder y sentirse superior. La adolescencia y su interrelación con el entorno.
- Con fuerte temperamento, se enfada fácilmente, impulsivo/a y con una baja tolerancia a la frustración.
- Se muestran con maldad, dureza, con poca simpatía hacia sus víctimas.
- No son ansiosos ni inseguros, suelen tener la autoestima alta.
- Participan tempranamente en otros hechos antisociales (robo, vandalismo, alcohol)
- Pueden presentar mucha o poca popularidad entre sus compañeros/as, pero solo les soportan unos pocos; son más populares en primaria que en secundaria.
- Cuando llegan a cursos elevados, suelen mostrar una actitud negativa hacia la escuela.

15

Principales obstáculos y dificultades en los casos de suicidio

1. Desconocimiento y poca sensibilidad de los dirigentes políticos: Desconocimiento de la carga real de las enfermedades mentales y posibilidades exitosas de enfrentamiento en modelos alternativos de atención.
2. Diversos criterios entre los profesionales de la salud mental: Esto implicaría el cambio en la praxis habitual y la incorporación de nuevos conocimientos y procesos terapéuticos, además de un enfoque de riesgo en lograr del centrado en el daño. Subsiste en enfrentamientos ideológicos que debieron ser superados,
3. Escasez de recursos humanos y materiales: Las dificultades económicas, la reforma del estado y el sector salud, determina en gran parte la escasez de recursos materiales en la salud mental comunitaria y la poca asignación de modelos tradicionales en un hospital psiquiátrico.
4. Poca capacidad técnica en la planeación, monitoreo y evaluación de los planes nacionales de salud mental: Esto implica de los integrantes no cuentan con la capacidad de elaborar planes, programas, monitoreo y evaluación de estos.
5. Insuficiente participación de la comunidad, enfermos y familiares en las decisiones y acciones en salud mental: Brindando poca o nula participación o se encuentran las formas de facilitar esas participaciones en cada situación concreta.

Principales logros

1. Se logran avances importantes en la formación de políticas, planes y legislaciones de salud mental.
2. Hay un incremento de las experiencias en la atención salud mental en la atención primaria.
3. Los logros en la lucha contra el estigma, la marginación y el respeto a los derechos con enfermedades mentales.
4. Aumentan la coordinación en los sectores del estado y otras instituciones relacionadas con el cuidado y promoción de la salud mental¹⁶

Proceso de Atención de la Conducta Suicida

"Toda persona con conducta suicida o intento suicida debe ser tratada como urgencia potencial"

Tener en cuenta dos situaciones:

1. Detección de ideación suicida
2. Atención de intento suicida

Detección y diagnóstico de una ideación suicida: El riesgo suicida puede ser detectado en una consulta general o especializada.

1. Preguntas orientadas a la detección y valoración de una ideación suicida

¿Cómo se siente?

¿Ha estado particularmente triste en el último tiempo?

¿Ha tenido pensamientos negativos? ¿Cuáles?

¿Ha pensado en hacerse daño o quitarse la vida? ¿Cómo? ¿Tiene un plan previsto para realizar su cometido? ¿Cuál? ¿Se lo ha comunicado a alguien? ¿Buscó ayuda?

2. Valoración del riesgo suicida (leve - alto)

Es una ideación suicida leve cuando:

- No existe plan suicida concreto
- No hay trastorno mental severo
- Bajo nivel de ansiedad
- Posibilidad de seguimiento regular y accesibilidad por urgencias

- Aceptación del paciente de un tratamiento ambulatorio en salud mental
- Existe apoyo familiar y social adecuado. (Familia realizara vigilancia y verificara adecuada administración de medicamentos, alejamientos de objetos potenciales).¹⁷

Un riesgo de ideación suicida alto puede ser cuando:

- Es una ideación suicida con grado de planificación (lugar, hora, fecha, método) cuando mayor sea la planificación mayor el riesgo.
- Presencia de síntomas psicopatológicos: ideas delirantes y/o alucinaciones, trastorno depresivo severo, crisis maniaca, entre otros.
- Grado de impulsividad (alcohol, drogas, trastornos de personalidad)
- No existe un sólido apoyo socios familiar

En estos casos se debe proceder a un internamiento en un hospital de salud mental.¹⁷

Estrategias de Prevención

1. Priorización de factores protectores y resiliencia:

Los factores protectores en su priorización podrían ayudar en la prevención del suicidio y estos pueden clasificarse en las siguientes categorías factores personales, factores sociales/medioambientales.

Factores personales:

- Habilidad en resolución de problemas
- Confianza en uno mismo
- Habilidad en relaciones sociales
- Flexibilidad del razonamiento.
- Nivel educativo.
- Embarazos o hijos (mujeres)

Factores sociales/medioambientales:

- Apoyo familiar y social
- Integración social
- Contar con creencias religiosas o valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales

- Recibir tratamiento integral y a largo plazo (en especial en trastornos mentales, físicos o de sustancias).
- Disponer de algún sistema de ayuda y recuperación.
- Resiliencia: la capacidad de afrontamiento del sistema o individuos para sobrellevar situaciones estresantes.

2. Tratamiento de trastornos mentales:

Existen varios trastornos mentales que se asocian con el intento de suicidio, una identificación temprana y un tratamiento apropiado es una estrategia fundamental para la prevención del suicidio. Observando las alteraciones de ánimo, abuso de alcohol o sustancias psicotrópicas, esquizofrenia y ciertos tipos de trastornos de personalidad.

3. Fortalecimiento de actividades comunitarias:

Una estrategia de prevención para el suicidio es la elaboración y evaluación de programas comunitarios que incluyan actividades como:

- Capacitación del personal escolar, miembros de la comunidad y atención sanitaria para la identificación de factores de riesgo antes el suicidio, así como la identificación de factores protectores y ser referidos a una atención especializada.
- Participar junto con los profesionales en salud mental en la promoción de actividades lúdicas, culturales, recreativas y religiosas en los que se priorice a los familiares y personas cercanas a la conducta suicida.

4. Restricción de elementos letales:

Existen pruebas que la restricción de elementos letales sirve como prevención del suicidio éstos pueden ser desde plaguicidas, medicamentos como son sedantes principalmente barbitúricos en dosis altas, armas de fuego en el hogar en donde en caso de tenerlas se tienen resguardadas bajo llave y sin municiones y de ser posible con el gatillo bloqueado.¹⁷

Otros autores ofrecen un abordaje de integral contra el intento de suicidio son:

Medidas iniciales de cuidados

La intervención debe favorecer la atención receptiva y humanizada en un ambiente de privacidad, intimidad y con disponibilidad de tiempo, presentado especial cuidado ante conductas autolesivas. El paciente en ningún momento debe permanecer solo, por lo cual deberá ser acompañado por sus tutores y/o responsable del menor o en otros casos por

personal de la salud. No emitir juicios y se deberá escuchar con atención los relatos del paciente.¹⁸

Evaluación y estabilización de síntomas físicos y psiquiátricos

Evaluación: Se debe realizar en todos los casos independientemente del motivo específico de consulta.

- Signos vitales
- Examen físico completo
- Evaluación específica para probables signos de maltrato o abuso del menor, realizándose siempre con la supervisión de un adulto o familiar.
- Estado de conciencia
- Embarazo
- Verificar que acuda sin signos físicos de ingestión de alcohol o drogas.
- Evaluación del estado cognitivo: atención, concentración y memoria
- Aspecto físico: descuidado, vestimenta extravagante o bizarra, higiene personal.
- Estado motriz: trastornos del comportamiento inquietud, desasosiego, hiperactividad motriz, impulsividad, excitación inhibición y catatonía.
- Actitud: Colaboradora, agresiva.
- Pensamiento: ideación coherente, delirante: de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte.
- Sueño: insomnio, hipersomnio.
- Juicio: conservado, desviado.
- Se deberá prestar mayor atención en: nivel de ansiedad, llanto, actitud o conductas autolesivas, actitudes de amenazas, actitudes desconfiadas, confusión mental.¹⁸

Estabilización

- Tratamiento médico de síntomas físicos o autolesiones en casos de haberlos.
- Tratamiento de síntomas psiquiátricos
- Examen de intoxicación en caso de algún tipo de consumo.

Evaluación del riesgo: indicada para las personas que hayan realizado algún intento o tengan ideaciones suicidas con una planificación del acto dónde cómo y con que así como amenazas,

impulsividad, ingestión de sustancias psicotrópicas, depresión, manía, esquizofrenia, antecedentes de trastornos mentales.¹⁸

Nivel de letalidad: determinará la peligrosidad de la integridad misma del individuo.

Letalidad alta

- Ahorcamiento
- Armas de fuego
- Arrollamiento (automovilístico, metro o trenes)
- Lanzamiento de las alturas
- Intoxicación por gas
- Electrocuación.
- Intoxicación por medicamentos en gran cantidad
- Autolesiones profundas¹⁸

Refuerzo de factores protectores: Es imprescindible evaluar y fortalecer los recursos, capacidades y potencialidades de la persona y su entorno.

- Patrones familiares: buena relación con los miembros de la familia, apoyo familiar
- Estilo cognitivo y personalidad: buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo y en sus logros, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades.
- factores culturales y sociodemográficos: integración social (participación en deportes, asociaciones religiosas u otras actividades), buenas relaciones con pares y adultos, apoyo de personas relevantes (maestros).¹⁸

Manejo de una crisis suicida

En caso de encontrarse en una situación donde una persona intenta suicidarse, se debe tener en cuenta que el deseo de morir es ambivalente y transitorio. La persona que prestará la ayuda debe esforzarse en apoyar el deseo de vivir al igual de ofrecer alguna esperanza de solución.¹⁹

Esta ayuda se debe basar a través de una comunicación franca, para lo cual es recomendable comenzar con el nombre de la persona en riesgo, por lo cual se le preguntará su nombre de una forma sutil. Se detectará el problema que generó la crisis y ofrecer ayuda para solucionarlo

tratando de dar una actitud positiva y recordándole que su familia y sus amigos se preocupan por él o ella.¹⁹

Cuando se tenga la sospecha de un riesgo de intento suicida se debe determinar si existe un riesgo inmediato, indagando ampliamente por la intencionalidad del acto suicida (planificación y momento) o si solo se trata de una ideación suicida.¹⁹

Si se tiene un riesgo inminente de suicidio, se debe solicitar ayuda inmediata llevando a la persona al servicio de urgencias, mientras tanto:

- No dejarla solo, es importante que la persona se encuentre acompañada
- No hacerle sentir culpable
- No desestimar sus sentimientos
- Expresarle apoyo y comprensión
- Permitirle la expresión de sus sentimientos¹⁹

Las crisis suicidas se caracterizan por ser breves, durante la crisis es fundamental crear un espacio para el pensamiento y la verbalización de los sentimientos, permitiéndole a la persona en riesgo mediar entre su desesperación y la acción, permitiendo que encuentre otra salida. Lo fundamental es mantener a la persona con vida hasta que la crisis pase, por lo cual se debe:

- Siempre hay que creerle a la persona que tiene la intención o la ideación de suicida. No se deben despreciar las amenazas suicidas ni tampoco pensar que solo quiere llamar la atención. El 80% de los pacientes que se suicidan han expresado sus ideas de suicidio previamente. Toda amenaza de suicidio debe ser tomada con seriedad.
- No dejar sola a persona en riesgo se debe intentar llevar a un centro de salud o psiquiatra enfatizando que debe recibir ayuda.
- Tomar medidas para disminuir los riesgos como se mencionaron anteriormente.
- Generar un espacio de confianza, seguridad y escucha.
- No ser críticos ante la situación
- Ayudar a la persona que exprese sus sentimientos.
- No emitir juicios de valor
- Hablarle con tranquilidad y pausadamente.¹⁹

La clave en estas situaciones es escuchar atentamente a la persona y facilitar que se desahogue, ya que por lo general las personas con crisis suicidas se sienten muy solas sin que nadie pueda entenderlas, sumergiéndose en un aislamiento profundo creando sentimientos de soledad.¹⁹

Manejo de un paciente que ha hecho un intento suicida

La evaluación de una persona que ha realizado un intento suicida se necesita valorar la gravedad del intento:

- La eficacia y letalidad del método elegido (métodos violentos como son lanzarse de las alturas o al metro, el ahorcamiento, las armas blancas o de fuego guardan una relación con la letalidad del intento; por otra parte, los medicamentos suelen considerarse tentativas menos graves, aunque todo dependerá del conocimiento que tenga de las sustancias utilizadas.
- La impulsividad y el grado de planificación (a mayor planificación mayor será el riesgo)
- La finalidad del acto suicida.
- La experimentación que siente al ser salvado: el paciente en riesgo siente alivio al ser salvado o si siente frustración.
- Ver si surge cambios o no que determino esa decisión.
- Que concepto tiene el paciente de la muerte¹⁹

La evaluación psiquiátrica debe realizarse lo antes posible, sin descuidar la situación somática realizando un examen físico y de ser necesario intervenciones especializadas en caso de riesgo vital.

La hospitalización se realizará solo si se observa un alto riesgo, la red de apoyo sociofamiliar escasa, si el paciente presenta alta impulsividad, si presenta previos intentos de suicidios, el evento actual presenta un plan estructurado y presenta alta letalidad o si presenta síntomas psicóticos.¹⁹

Existen algunos criterios que son útiles para definir una hospitalización:

- Presentar intención suicida a pesar de estar bajo terapia
- Estado depresivo severo, desesperanzada de que nadie puede ayudarlo, voces imperativas de incitan a que se hagan daño, angustia de persecución, amenazas y muerte por terceros, ideas delirantes de que ya está muerto.
- Intencionalidad suicida con fuerte componente de agitación, miedo y estupor.
- Riesgo de fuga
- Riesgo suicida ocasionado por alcohol o drogas.
- Presencia de una enfermedad psiquiátrica
- Aislamiento social y pérdida de lazos afectivos¹⁹

El tratamiento para las personas con riesgo o intento suicida puede ser variable generalmente se basa de forma combinada con psicofármacos y psicoterapia conductivo – conductual. Para la terapia farmacológica se pueden usar antidepresivos, ansiolíticos, sales de litio por su efecto antidepresivo y propiedades serotoninérgicas y anti impulsivas reduciendo el riesgo suicida.¹⁹

Acciones para seguir por nivel de riesgo

Nivel de riesgo	Conducta para seguir
Leve	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación psiquiátrica ● Derivación asistida al equipo de salud primaria para seguimiento ● Poner en contacto con redes sociales y familiares
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ● Eventualidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico. ● Evaluación del sostén familiar a fin de evaluar la necesidad de internación ● Referir a un centro de salud mental para adolescentes.
Grave	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospitalización voluntaria o involuntaria ● En caso de excitación, angustia, agitación psicomotora o ansiedad extrema, iniciar tratamiento con psicofármacos en forma inmediata.
Extremo	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospitalización voluntaria o involuntaria

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Medidas de contención física en caso de ser necesario• Accesibilidad de planes terapéuticos y farmacológicos• Seguimiento por lo menos 18 meses para ver si no persisten síntomas de reincidencias. |
|--|---|

19

El suicidio: Es un acto intencionado de quitarse la vida, se puede presentar en diferentes etapas, fantasías suicidas (una persona puede imaginar la posibilidad de su propia muerte sin la estructurar, ni motivo, ni métodos para lograrlo; este tipo de fantasías y pensamientos son comunes en los adolescentes), mientras las ideas suicidas sean cuando el adolescente piensa quitarse la vida y los motivos para hacerlo pero aún no tiene un plan de cómo hacerlo, en esta etapa es muy importante buscar ayuda profesional), planeación suicida (el adolescente no solo pensaría en cometer suicidio, sino que ya cuenta con un plan estructurado donde es necesario buscar ayuda psiquiátrica), el intento suicida (el adolescente ha intentado quitarse la vida, pero no logra consumarlo; en esta etapa necesita internamiento hospitalario) y el suicidio consumado es cuando el adolescente ha logrado terminar con su vida.²¹

El suicidio es definido por la organización mundial de la salud (OMS) como un acto deliberado de quitarse la vida, los adolescentes poseen gran vulnerabilidad por su etapa de desarrollo, la OMS refiere que tener pensamientos suicidas no es anormal ya que forma parte del proceso de desarrollo en la infancia y la adolescencia.²² El suicidio es una patología que se puede definir como la acción de causar la muerte de manera voluntaria.²³

Las conductas suicidas tienen un amplio espectro que va desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo para finalizar con la consumación del acto. La ideación suicida es una respuesta habitual de la persistencia y/o estabilidad temporal y emocional del individuo.²⁴

La ideación suicida abarca desde el pensamiento que va desde el deseo de morir, la representación suicida, la ideación suicida sin planeación o teniendo un plan determinado y en algunos casos las autolesivas que puede representar una inconformidad o insatisfacción en el individuo de su vida. Por lo tanto, la ideación suicida es uno de los factores evidentes para

desencadenar al suicidio.¹⁵ El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un importante problema de salud que abarca generalmente desde los 15 a los 24 años.²⁴

Marco Referencial

El suicidio es un problema grave de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 800.000 personas mueren al año por suicidio; hay más tentativas de suicidio cada año sin embargo un intento de suicidio fallido es el factor de riesgo más importante para volverlo a realizar.³¹

Es una de las causas más frecuentes, la OMS estima que en el más de millón y medio de personas morirán a causa de suicidio, 10 y 20 veces más llevarán a cabo una tendencia suicida.²⁷

En México se ha observado un incremento de hasta un 150% en los jóvenes de 5 a 14 años estimando que en el 2020 aumentará el suicidio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que es la segunda causa de mortalidad de la adolescencia de los 12 a los 19 años.³²

La conducta suicida se ha presentado con mayor frecuencia entre los 15 a los 24 años, siendo la segunda y tercera causa de muerte entre mujeres y hombres de la edad de 15 a 19 años, la prevalencia del intento suicida en México es de 12 a 17 años es de 4.26 a 2.14% en hombres y de un 6.37 en mujeres teniendo mayor prevalencia a nivel bachillerato.³³

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, con una muestra de 19 estudiante mexicanos, entre los 12 a 14 años confirmando la existencia de ciertos trastornos de personalidad con conductas autodestructivas.¹⁴

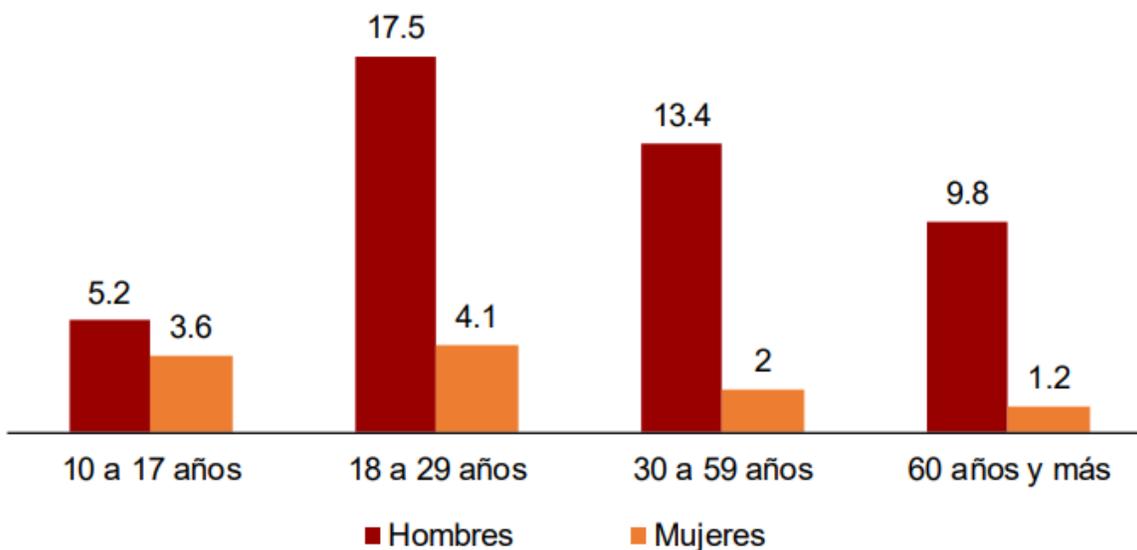
En México, según la encuesta realizada por el INEGI en el 2015 el suicidio consumado ocurre en 5.2 por cada 100,000 habitantes. Los estados con mayor número de suicidios consumados por cada 100,000 habitantes son:

- Chihuahua 11.4
- Aguascalientes 9.9
- Campeche 9.1
- Quintana Roo 9.1

El 48% de los suicidios consumados son jóvenes entre 15 a 29 años y el 3.7% entre 10 a 14 años. La mortalidad es más frecuente entre varones con una incidencia de 4:1, mientras el intento suicida es más frecuente en el sexo femenino. Se ha observado que las personas con algún familiar que haya consumado suicidio tienen de 2 a 4 veces más probabilidad de cometer suicidio.³⁴

Tasa de suicidio por sexo y grupo de edad 2020

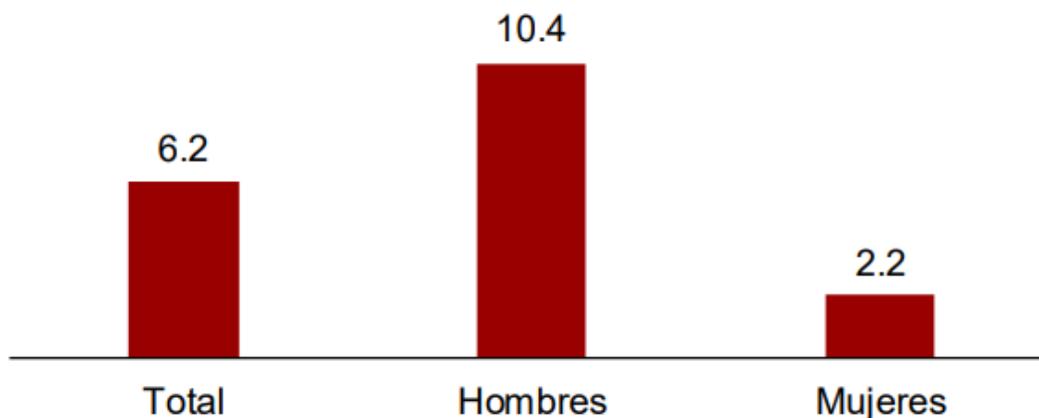
(Por cada 100 000 habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2020. Base de datos. Censo de Población y Vivienda, 2020.

Tasa de suicidio por sexo, 2020

(Por cada 100 000 habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2020. Base de datos. Censo de Población y Vivienda, 2020.

Metodología

Se realizó una investigación de tipo documental y descriptiva, basada en la revisión de artículos, libros de texto y sitios web oficiales con el propósito de describir los factores de riesgo, para la prevención del suicidio en los adolescentes, los cuales contarán con:

Criterios de inclusión

- Artículos, libros o páginas web referentes a los adolescentes y cambios que se producen en esta etapa factores de riesgo asociados al suicidio.

Criterios de exclusión

- Artículos no mayor a cinco años
- Artículos, libros o páginas web que no sean referentes al adolescente o con intento de suicidio en esta etapa.

La finalidad de esta investigación fue la elaboración de material educativo para promover y concientizar sobre la importancia de la prevención del suicidio en los adolescentes presentando un tríptico que se entregó en el Hospital Infantil Psiquiátrico Juan N. Navarro.

RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos planteados se lograron encontrar diversas estrategias educativas para la prevención del suicidio. Los cuales se resumen en los siguientes cuestionarios.

Guía práctica para la detección del riesgo suicida en la adolescencia

ITEMS	Puntos
Provenir de un hogar roto	1
Progenitores portadores de enfermedad mental	2
Antecedentes familiares de comportamientos suicidas	3
Historial de trastornos de aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación de becas o régimen militar.	2
Antecedentes personales de conducta de autodestrucción	4
Cambios evidentes de comportamiento habitual	5
Amigos con conducta suicida	2
Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida)	5
Antecedentes personales de enfermedades mentales	4
Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etc.)	2
Si la suma de la puntuación es mayor a 12 el adolescente debe ser trasladado al servicio de psiquiatría infanto-juvenil para su hospitalización, de no ser posible se requerirá una valoración inmediata por un especialista en psiquiatría del equipo de salud mental del área.	

Cuestionarios para la detección de un riesgo suicida.

Cuestionario de indicadores de riesgo (CIR).

Nombre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: _____ Sexo: _____

Introducción: Analice cada pregunta y responda con sinceridad la alternativa que más se aproxime a su situación real, esto hará precisa la evaluación y podremos ayudarlo mejor.

1. ¿Se ha sentido atormentado, angustiado, desesperado con intensidad en estos últimos 8 meses?

Sí

No

2. ¿Ha realizado intento suicida alguna vez en su vida?

Sí

No

3. ¿Ha tenido crisis de insomnio severo o trastorno frecuente en el sueño en este último año?

Sí

No

4. ¿En su familia alguien ha realizado un intento suicida?

Sí

No

5. ¿Ha tenido ideas, fantasías o deseo de matarse o hacerse daño en este último año?

Sí

No

6. ¿Alguna vez ha elaborado planes concretos para matarse en el último año?

Sí

No

7. ¿Con frecuencia piensas que los demás estarían mejor sin usted?

Sí

No

8. ¿Con frecuencia le dan impulsos emocionales?

Sí

No

9. ¿Se siente desilusionado con su vida actual y con dificultades para cambiarla?

Sí

No

10. ¿Se siente solo (a) y aislado (a) en los últimos tiempos?

Sí

No

11. ¿Se ha sentido triste, sin deseo de nada y pesimista durante varios días más de una vez en este último año?

Sí

No

12. ¿Se siente molesto por no responder con igual intensidad a agresiones psicológicas y/o físicas que otras personas le hacen a usted?

Sí

No

13. ¿Tiene alguna persona con la cual analice sus problemas íntimos, sus conflictos y preocupaciones al menos una vez al mes?

Sí

No

Escala de riesgo suicida

Elaborada por R. *Plutchik* y *HM Van*, Praga, 1994.

Preguntas: Responda solo sí o no:

1. Usted acostumbra a tomar pastillas como aspirina o tabletas para dormir.
Sí No
2. Usted tiene problemas para quedarse dormido.
Sí No
3. Usted algunas veces siente que va a perder el control de sí mismo.
Sí No
4. Tiene usted poco interés en estar con personas.
Sí No
5. Usted presiente que su futuro va a ser más malo que bueno.
Sí No
6. Usted alguna vez ha sentido que vale poco.
Sí No
7. Se siente desesperanzado en cuanto a su futuro.
Sí No
8. Usted a menudo se siente tan frustrado que solo desea estar acostado y libre de conflictos.
Sí No
9. Usted se siente deprimido ahora.
Sí No
10. Está usted separado, divorciado o viudo.
Sí No
11. Alguien en su familia ha tratado de suicidarse.
Sí No
12. Ha estado usted alguna vez tan bravo que ha sentido que podría matar a alguien.
Sí No
13. Usted ha pensado alguna vez en suicidarse.
Sí No

14. Alguna vez le ha dicho a alguien que usted podría suicidarse.

Sí

No

15. Alguna vez ha tratado de matarse.

Sí

No

Interpretación: Mientras mayor es el número de ítems con respuestas positivas, mayor es el riesgo de suicidio. Establecen que el riesgo suicida es alto cuando el sujeto tiene 7 ítems o más con respuestas positivas²⁰

Escala de desesperanza

Ministerio de Salud Pública Policlínico Docente Reina Escala de *Beck* (E.D.B)

Instrucciones: Marque verdadero o falso según la expresión que refleje más su realidad.

Preguntas:

1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo

V F

2. Quizás debería abandonar todo porque no puedo hacer las cosas mejor.

V F

3. Cuando las cosas están mal, me ayuda pensar que no va a ser así para siempre.

V F

4. No puedo imaginar cómo va a ser mi vida dentro de 10 años.

V F

5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo hacer.

V F

6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.

V F

7. El futuro aparece oscuro para mí.

V F

8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.

V F

En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.

V F

9. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.

	V	F
10.	Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.	
	V	F
11.	No espero conseguir lo que realmente quiero.	
	V	F
12.	Espero ser más feliz de lo que soy ahora.	
	V	F
13.	Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.	
	V	F
14.	Tengo gran confianza en el futuro.	
	V	F
15.	Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.	
	V	F
16.	Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.	
	V	F
17.	El futuro aparece vago e incierto para mí.	
	V	F
18.	Se pueden esperar tiempos mejores que peores.	
	V	F
19.	No hay razón para tratar de conseguir algo deseado pues, probablemente no lo logre.	
	V	F

Nota: A estas preguntas se responde con 2 opciones (verdadero o falso). Cada ítem vale un punto. De la sumatoria de estos ítems se obtienen los puntajes totales de la escala de desesperanza. Un puntaje superior a 10, Beck lo considera de riesgo para conductas autoagresivas y predice en un 93,8 %²⁰

Al aplicar estos cuestionarios podemos detectar de manera fácil los indicios que pudiera haber de ideas suicidas y a su vez actuar dependiendo de la causa detonante.

Conclusión

En la adolescencia se presentan cambios de crecimiento y desarrollo humano que abarcan desde la niñez y antes de la vida adulta, ocurriendo cambios físicos, biológicos y sociales. Los cambios biológicos se producen en la pubertad mientras que en la adolescencia se presentan más los físicos. Dentro de la adolescencia buscan más separarse de su entorno familiar y estar más en grupos de pares, pensando en su autoimagen, experimentando emociones, tendiendo a un mayor aislamiento. Existiendo factores de riesgo que los puede volver vulnerables para un intento de suicidio o consumación del mismo; la OMS estimó que es la segunda causa de muerte entre los adolescentes sin embargo una adecuada atención e identificación de estos factores puede ayudar a una oportuna prevención de los eventos suicidas; el saber cómo actuar ante una crisis suicida de un familiar, amigo o desconocido y que pasos debe seguir después de la realización del intento suicida o crisis es muy importante

El objetivo de este estudio fue Identificar los factores de riesgo y las estrategias educativas en la prevención del suicidio en los adolescentes, el incremento de la incidencia y prevalencia de la factores de riesgo en los adolescentes ha llegado a ser un problema de salud pública, y en nuestro caso como personal de la salud reconocer los factores que contribuyen al incremento, así como plantear estrategias para controlarlo es de vital importancia, de ahí que nuestro estudio nos plantea la necesidad de una valoración psicológica o psiquiátrica temprana en caso de considerar al paciente como población en riesgo y así poder darle tratamiento y seguimiento oportunamente.

Cronograma

Cronograma de actividades para la elaboración del protocolo de investigación.										
ESTRATEGIAS EDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES										
Cronograma de actividades										
Actividades		Mes								
		Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1	Elección del tema	x								
2	Planteamiento del problema		x			x		x		
3	Revisión del PP		x	x	x		x		x	X
4	Justificación			x						
5	Objetivos			x						
6	Revisión HPIJNN				x					
7	Marco teórico			x	x	x	x	x		
8	Marco referencial			x	x	x	x	x		
9	Metodología						x	x	x	
10	Conclusión								x	
11	Elaboración del tríptico									x
12	Bibliografía		x	x	x	x	x	x	x	x
13	Anexos									x

- Artículos que hablarán de factores de riesgo en el suicidio o intento de suicidio en el adolescente.
- Estrategias de prevención del intento de suicidio en los adolescentes.
- Artículos con fechas de 5 años hasta 10 años.

Anexos

2.- Tratamiento de trastornos mentales:

Existen varios trastornos que se asocian con el suicidio, una identificación temprana y tratamiento apropiado es una estrategia fundamental para la prevención del suicidio.

Observar el estado de ánimo, el abuso de sustancias psicotrópicas, ciertos estados de personalidad por mencionar algunos.



3.- Restricción de armas letales:

- Armas de fuego en caso de tenerlas resguardarlas sin municiones y con el gatillo bloqueado
- Medicamentos
- Cuerdas o lazos
- Plaguicidas



4.- Fortalecimiento de actividades comunitarias: unas de las estrategias de prevención es la elaboración y evolución de programas comunitarios como es:

- Capacitación escolar para la identificación de factores de riesgo.
- Participación con los profesionales de la salud mental en la realización de actividades que involucren a la familia y a personas cercanas de conducta suicida



Estrategias educativas en la prevención del intento suicida en adolescentes



Pasantes de la Licenciatura de enfermería:

David Flores Estrada
Carmen Angelica Jiménez Montes
Linda Michelle Zamudio Quintanar
Asesora: Ana Bertha Jiménez Castro

¿Qué es la adolescencia?

Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos.



¿Qué es el suicidio?

El suicidio es definido por la organización mundial de la salud (OMS) como un acto deliberado de quitarse la vida donde los adolescentes poseen.



¿Qué es el intento suicida?

El adolescente ha intentado quitarse la vida, pero no logra consumarlo



Factores de riesgo del intento suicida

- Trastornos mentales trastornos bipolares, depresión, ansiedad entre otros.
- Trastornos de la alimentación
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Sexo es más común la consumación de un suicidio en varones, pero se realizan más intentos suicidas en mujeres.
- Violencia familiar
- Bullying escolar
- Abuso sexual
- Maltrato físico o psicológico
- Estrés

Estrategias educativas de prevención del intento suicida en adolescentes

1- Priorización de factores protectores:

- Aumentar confianza en uno mismo
- Habilidad en relaciones sociales
- Enseñar a la resolución de sus problemas.
- Apoyo familiar y social
- Integración social
- Adoptar valores culturales y tradicionales Recibir tratamiento integral a corto y largo plazo.



Referencias

1. INEGI, estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre) datos nacionales 2021, [internet] [consultado en agosto 2023]1p.p. disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
1. AEPNYA, Suicidio e intento de suicidio, protocolos 2008, [internet] [consultado en febrero del 2020], 133p.p. disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/suicidio.pdf>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, La adolescencia una época de oportunidades. Febrero 2011 [Internet] [Consultado en enero 2020] PP; 8-148. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
3. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría; Elsevier 2015; [internet], [Consultado en enero 2020] 86(6); 436-443. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud, ONU, Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional, who, Ginebra 2001, [Internet] [consultado en marzo del 2020] 15 p.p. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf?ua=1
5. Organización Mundial de la salud. Sitio web mundial [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
6. Luis Miguel, Sánchez Loyo, et. al, Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural, Science Direct, acta de investigación psicológica, Universidad Nacional Autonoma de Mexico, 2014 (consultado en marzo del 2020). disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2007471914703862?token=06A69F2A294D0F489218A12EA783E2361B17603F4D7B1D874C987F4160B9F5F08F944285E6EB9766F9CC7524109E1004>
7. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista Chilena de Pediatría; Elsevier 2015; [internet], [Consultado en enero 2020] 86(6); 436-443. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
8. Güemes-Hidalgo M.; González-Fierro M.J.; Hidalgo-Vicario M.I.; Pubertad y adolescencia. Revista de formación continua de la sociedad Española de Medicina de la Adolescencia; [Internet] 2017[Consultado en enero 2020]; 5(1) 7-22. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>
9. NIH: Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/puberty.html>

10. Centros para el control y prevención de enfermedades. Desarrollo infantil. [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/adolescence.html>
11. Suarez J. Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales. Consejo Nacional Para Prevenir La Discriminación. [Internet] diciembre 2016. [Consultado en enero 2020] Disponible en: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf
12. Centros para el control y prevención de enfermedades. La salud mental de los niños [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/conditions.html>
13. Alfonso Martín-del-Campo A, Cristina Gonzálezb, Juan Bustamante, el suicidio en adolescentes <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>
14. G. Barrientos.; Salud mental en atención primaria en América Latina, Habana. Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría Ministerio de Salud Pública Cuba.
15. Cárdenas, Revista de Estudios de Juventud nº 74: Jóvenes y educación no formal, 2006. (Consultado en marzo 2020)
16. Nieman J.; Lemaitre M.; González de Ganem Ma.; González M.; Juárez M.; Thomas I.; Vitolo D. Guía clínica para la prevención y manejo de la conducta suicida. División salud mental. 2017 [Consultado en abril 2020].
17. Comité de expertos, Lic. Diana Altavilla et. al. Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018, [Consultado en julio del 2020] 60p.p. disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
18. Departamento de salud mental división de prevención y control de enfermedades subsecretaría de salud pública, Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su Implementación, 2013. [consultado en junio del 2020], disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf
19. Wilfredo Guibert Reyes, Prevención de la conducta suicida en la APS, revista cubana de medicina general integral, v.18 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. 2002, [consultado en mayo del 2020], Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200009
20. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C, ¿Por qué me siento como me siento?, Una guía para entender algunos problemas emocionales en los adolescentes. Bienio 2018-2019. [Consultado en mayo 2020]

21. Organización Mundial de la Salud (OMS), Suicidio, 2 de septiembre del 2019, [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en:
22. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
23. Martín del Campo A.; González C.; Bustamante J.; El suicidio en adolescentes. Revista Médica del Hospital General de México. [Internet] Octubre-diciembre 2013; [Consultado en noviembre 2020] 76 (4), Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>
24. Dirección nacional de la salud mental y adicciones, Lineamientos para la atención del intento suicida en los adolescentes, [Internet] 2018 [Consultado en noviembre 2019] Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000879cnt-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf>
25. Pere Castellvi Obiols, José A. Piqueras Rodríguez, El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir, Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes: panorama actual, recursos y propuestas, Revista de estudios de juventud, septiembre 2018, 15 p.p. [Consultado en enero del 2020], disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
26. Reinier Martín González, Laidy Martínez García, Dunia Mercedes Ferrer Lozano; Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi173b.pdf>
27. Orietta Echávarri*, Susana Morales* ¿Por Qué No Me Suicidaría? Comparación Entre Pacientes Hospitalizados en un Servicio de Psiquiatría con Distinta Conducta Suicida [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071822282015000100006&script=sci_arttext&tlng=p
28. Benítez ME. La estructura familiar en La familia cubana en la segunda mitad del siglo xx. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2018. (Consultado en marzo 2020).
29. Sarah Chala Robledo, las variables contextuales, prezi, 9 junio del 2015, [consultado en junio 2020] disponible en: <https://prezi.com/aqs8yqurxdpd/las-variables-contextuales/>
30. National Institute of Mental Health, Los niños y la salud mental. ¿Es solo una etapa?, Departamento de Salud y servicios humanos de los Estados Unidos. [Internet] julio 2018 [Consultado en enero 2020] Disponibles en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-ninos-y-la-salud-mental/19-mh-8085s-losninosylasaludmental_158259.pdf
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio. [Internet] [Consultado en enero 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

32. Benítez ME. La estructura familiar en La familia cubana en la segunda mitad del siglo xx. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2018. (Consultado en marzo 2020).
33. Sanchez-Loyo L.; Morfin T.; Garcia de Alba J.; Quintanilla R.; Hernandez R.; Contreras E.; Cruz J. Intento de suicidio en adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el consenso cultural. Acta de Investigación Psicológica. Scielo, [Internet] 2014 [Consultado en noviembre 2019] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322014000100010
34. INEGI, “Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)”, Comunicado de prensa núm. 455/19. [Consultado en mayo 2020] Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/suicidios2019_Nal.pdf