

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS Y FAMILIARES QUE INFLUYEN EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Isabel Cristina González Tabarquino¹, Lorena Perico Restrepo²

Asesorado por Nora Aponte Gutiérrez

Resumen

Este es un artículo de revisión documental, cuyo análisis es de tipo heurístico y tiene como objetivo examinar los factores psicológicos y familiares asociados al intento suicida en adolescentes; para ello, se revisaron 25 artículos en español publicados durante los años 2010-2014. El estudio encontró que existe una relación entre factores de riesgo psicológico y familiar que influyen en el intento de suicidio en adolescentes, tales como disfunción familiar, negligencia, problemas con la autoridad, además de fluctuaciones y conflictos emocionales propios de la edad, factores externos asociados al grupo de pares, crecer en un entorno hostil, consumo de sustancias y eventos estresores.

Palabras Clave. Adolescencia, intento suicida, ideación suicida, riesgo suicida, factores de riesgo, suicido (Psycoinfo Tesauro)

¹Psicóloga, aspirante a Especialista en Psicología Clínica. Énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes.
Email: Isabelcristina1976@hotmail.com

²Psicóloga, aspirante a Especialista en Psicología Clínica. Énfasis en Psicoterapia con niños y adolescentes.
Email: lorep515@yahoo.com

PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS AND FAMILY THAT INFLUENCE THE ATTEMPTED SUICIDE IN TEENAGERS

Abstract

This article is a literature review, the analysis is heuristic type, which aims to analyze the psychological and familial factors associated with suicide attempts in adolescents, for which 25 Spanish articles published in the period 2010-2014 were reviewed. The study found a relationship between psychological factors and family risk, influencing suicide attempts among adolescents such as family dysfunction, neglect, problems with authority, besides own emotional fluctuations and conflicts of the age and external factors associated with peer groups, grow in a hostile environment, substance abuse and stressful events.

Keywords. Adolescence, suicide attempt, suicidal ideation, suicide risk, risk factors, suicide (PsycINFO thesaurus)

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que afecta de manera importante a jóvenes y adolescentes, cuyo origen multicausal lo torna complejo de comprender e invita a una reflexión conjunta y transdisciplinar (Noa & Miranda, 2010; Marthe, Tello, & Moreno, 2014; Cortés, 2013; Blandón & Andrade, 2015). Todo suicidio pasa por un proceso de morbilidad emocional que incrementa la ideación suicida, suscita el intento de suicidio y puede desembocar en la autoeliminación (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011). El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica” (Citado por Ortiz & Triana, 2011). En este tipo de actos suicidas la persona no busca morir, lo cual contrasta con la definición de Emile Durkheim respecto al suicidio, cuando menciona que “todo acto de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir este resultado” (2011, pág. 5) En el mundo se ha tendido a adoptar la denominación “Síndrome Suicidal” para referirse al suicidio logrado, los intentos suicidas y la ideación suicida (Quijada, 2006)

De acuerdo con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis, 2014) alrededor de un millón de personas en el mundo fallecen anualmente por causa del suicidio “lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. El suicidio representa 1,4% de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad” (p. 86). La entidad afirma que según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) en la región de las Américas acontecen aproximadamente cada año 65.000 fallecimientos por suicidio, y aunque

América Latina tenga tasas de suicidio menores al promedio mundial (Norteamérica tiene una tasa media), su incremento e incidencia social no se debe pasar por alto, lo que involucra aspectos preventivos acerca de comportamientos autolíticos que apuntalan la conducta suicida, tales como la ideación e intentos de suicidio, aspectos de los que se tienen pocos datos veraces en gran medida porque se presentan altos niveles de subregistro (Marthe, Tello, & Moreno, 2015) Para la Organización Mundial de la salud (OMS, 2004)

Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.

En el mundo, un aproximado de 5.8 millones de personas muere cada año como consecuencia de lesiones (10% de las *muertes mundiales*); es decir, 32% más que las muertes sucedidas de la combinación de fallecimientos por enfermedades como malaria, tuberculosis y VIH, y “aproximadamente una cuarta parte son el resultado de suicidio y homicidio” (Heredia & Moreno, 2015). En los últimos 45 años las tasas han aumentado en un 60% a nivel mundial, y por ello en muchos países el suicidio se constituye en una de las tres primeras causas de muerte en personas cuyas edades oscilan entre 15 y 44 años, al tiempo que se establece en la segunda causa de mortalidad en el grupo de 10-24 años (Forensis, 2014). Cabe mencionar que estas cifras no incluyen las *tentativas de suicidio*, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado (OPS, 2007, citado por Moya, 2007).

No existen cifras globales de ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes en Colombia; sin embargo, en ciudades como Bogotá, en el año 2014, el número de casos reportados entre ideación, amenaza e intento fue de 7.745; de ellos, la ideación suicida superó la mitad de los eventos (4.017), mientras el intento tuvo un registro de 3.246 incidentes. El intento suicida fue descrito por Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, (1985) como análogo al grado de intensidad de la ideación suicida, y aunque a menudo ambos sean tratados de formas indistintas, representan dos momentos del acto suicida que pueden correlacionarse, de acuerdo a la intencionalidad, evolución de la idea suicida y relaciones riesgosas-desprotectoras en los sujetos (Mondragón, Saltijeral, Bimbela, & Gorges, 1988) (Beck & Steer, 1988)

Tabla 1. Distribución de casos de conducta suicida según clasificación y sexo. Bogotá D. C., 2014. Fuente Servicios, secretaría distrital de Salud, Alcaldía mayor de Bogotá. D. C. (Vargas, 2015)

Clasificación	Hombre	Mujer	Total
Ideación	1.406	2.608	4.017
Amenaza	205	280	485
Intento	1.043	2.203	3.246
Total	2.654	5.091	7.745

El intento de suicidio tiene diferentes factores que lo predisponen y refuerzan; sin embargo, cuando los intentos de suicidio y los suicidios suceden a etapas tempranas, a menudo se sojuzga y oculta (Polaino, 1988); escenario en el que resulta determinante la influencia de factores de riesgo psicológico y sociofamiliar (Shaffer, y otros, 1996). En Colombia, los intentos de suicidio presentan diversas motivaciones que van desde problemas de pareja, desamor, rupturas, desempleo y deudas en adultos, hasta conflictos con figuras de poder, padres, docentes y cuidadores, influencias negativas del núcleo de pares (Caycedo, et al, 2010), pautas de crianza conflictivas, y negligencia parental (Forensis, 2013, Andrade & Gonzales, 2015), así como también el crecer en un ambiente socio-familiar conflictivo y peligroso que aumente los factores

de riesgo para su sano desarrollo y funcionamiento social (Forensis, 2012; 2013; 2014). Uno de los primeros indicadores de riesgo previo al acto suicida, es la calidad de las interacciones con los grupos de referencia, y luego la forma como se interpreta y viven estas dinámicas, ya que entre más conflictivas y negativas sean para el sujeto, mayores resultan los riesgos de suicidio (Andrade, 2012) , en cuyo caso, la ideación y el intento suicida emergen de forma gradual aumentando su intensidad de acuerdo con la gravedad, tensión o interinfluencia entre dichas interacciones (Shneidman, 1971, 1980)

Para Shneidman (1971) el suicidio es el resultado del dolor psíquico derivado de frustraciones psicológicas de elevada intensidad, que provienen de la comunidad y deterioran la calidad de vida del individuo. En este sentido, los intentos funcionan como aproximaciones a un objetivo y emergen de acuerdo con la magnitud e interpretación de los conflictos. La gran mayoría de adolescentes transitan de la ideación suicida a conductas parasuicidas (autolesiones, “intento de suicidio” o pseudosuicidio) (Friedman, Jones, Cherner, & Barlow, 1992) descritas por Kreitman & Philip, (1969) como todo acto sin desenlace fatal en que intencionalmente una persona se autolesiona para producir cambios en otros, de acuerdo sus deseos y aspiraciones a través de las consecuencias actuales. Existen múltiples factores que pueden elevar los riesgos de suicidio e incrementar la aparición de ideas suicidas en adolescentes y entre los principales son: conflictos intrafamiliares, conflictos académicos, la presión de pares con conductas de riesgo, los entornos socialmente vulnerables, dificultades para planificar adecuadamente su proyecto de vida (Beck A. T., Steer, Kovacs, & Garrison, 1985), además de problemas psicológicos como depresión, inseguridad, angustia vital, problemas de autoestima (Beck A. , Steer, Beck, & C.F., 1993). De acuerdo con la OMS, la adolescencia es una etapa de elevada vulnerabilidad en relación a la conducta suicida, factor al que se suman accidentes, peleas grupales (pandillas) y otros tipos de violencia, embarazos no deseados, consumo de sustancias psicoactivas, déficit

alimenticio, infecciones de transmisión sexual y enfermedades graves como el VIH-SIDA (OMS, 2011).

Es importante mencionar que la “adolescencia es una etapa cuya naturaleza conflictiva cuestiona el mundo adulto, al confrontarlo con su pasado y los modelos de crianza, de los cuales ellos son el prototipo “deseado o negado” socialmente” (Andrade J. A., 2012, pág. 712); motivo por el que muchos adolescentes suelen ser reactivos a la norma y los modelos tradicionales de crianza, lo que puede derivarse en conflictos con figuras de autoridad y, en algunos adolescentes, propiciar comportamientos disruptivos, transgresores y en casos extremos conductas autolíticas como el intento suicida (Aberastury & Knobel, 1971).

La ideación suicida y el intento de suicidio son proporcionales cuando los escenarios de interacción del adolescente elevan sus factores de riesgo y dificultan la experimentación de un espacio seguro de desarrollo (Pacheco, Lizana, & Celhay, 2010) (Noa & Miranda, 2010), ya que a menudo el riesgo suicida depende en gran medida de la funcionalidad de las estructuras familiares, y de factores psicológicos, medioambientales y comunitarios (Moya, 2007). Los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en los adolescentes pueden elevarse en entornos socio-familiares peligrosos, desprotectores o conflictivos (Bella, Fernández, & Willington, 2010) (Cortés, 2014) Trujillo, Gonzales y López, 2014; (Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón, & Migliorisi, 2012) con indicadores de conflictos e inestabilidad económica en los que prima un control y manejo inapropiado de la norma (Florenzano, y otros, 2011), y un apoyo precario entre los integrantes de la familia (Andrade, Bonilla, & Valencia, 2010)

MÉTODO

Este es un artículo de revisión documental, cuyo análisis es de tipo heurístico, que tiene como objetivo estudiar los factores psicológicos y familiares asociados al intento suicida en adolescentes. Para ello se revisaron 25 artículos en español publicados en el periodo 2010-2014. Igualmente, existe en este documento referencias de estudios anteriores a dicho periodo dado la importancia de la información que refieren. La selección de la información relevante se realizó a través de fichas bibliográficas en las que se consignaron los hallazgos de acuerdo a los objetivos planteados. En el artículo de revisión se realiza un estudio detallado, selectivo y crítico de la información esencial y de conjunto (Icart y Canela, 1994), examinando la bibliografía publicada en diferentes fuentes de documentación con el fin de ubicarla en una perspectiva determinada (Ramos, et al, 2003, citado por Guirao, Olmedo, Salas y Ferrer, 2008).

RESULTADOS

En un estudio realizado en el año 2015, titulado “Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción”, (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, & Melipillán, 2015), en Chile, aplicando una batería para medir el intento de suicidio, la cual comprendió el cuestionario de suicidalidad de Okasha, Apgar familiar de Smilksteinse, Escala de desesperanza de Beck, Inventario de depresión de Beck y el Inventario de autoestima de Coopersmith, se encontró que aproximadamente el 25% de los encuestados ha presentado al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida, lo que tuvo una correlación significativa con el abuso de sustancias, familias disfuncionales, padres ausentes y el género femenino. Por su parte, en la investigación: “Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes” de (Argota, Álvarez, Camilo, Sánchez, & Barceló, 2015), a través de una muestra de pacientes adolescentes en una clínica cubana, describieron los

principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida, concluyendo que el género femenino presenta la mayor afectación, y que los motivos asociados son la disfuncionalidad familiar, y factores hereditarios. El principal método empleado por las personas suicidas fue la ingesta de fármacos.

En el 2014, Sánchez-Loyo, y otros, acompañados de un colectivo investigador de la Universidad de Guadalajara, identificaron la influencia del entorno cultural y las relaciones familiares desde sus componentes discursivos tanto en la sintomatología como en la prevención de la conducta suicida, llegando a conclusiones en torno a problemas de comunicación familiar, y señalan la importancia de la influencia cultural que la percepción (positiva y negativa) que el suicidio genera en los adolescentes del grupo investigado. Asimismo, el mismo año, se exploró el intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos desde la Perspectiva del Consenso Cultural, encontrando una reafirmación de los resultados de la investigación de Quintanilla-Montoya, et al., (2014a), por lo que aspectos como la falta de comunicación y la demanda de atención familiar, adscritas a las dinámicas socioculturales de crianza, se constituyeron en factores de riesgo que culturalmente determinan la motivación para la tentativa de suicidio.

Correlativamente, en un artículo publicado en el año 2014 en la revista cubana de investigaciones biomédicas, por Collado y Martínez, se determinó que la edad predominante de intento suicida fue la de 15 años, con predominancia del género femenino, mediante la ingestión de fármacos. Se concluye que puntúa más alto el área urbana que la rural en cuanto a las características de residencia.

En esta línea de trabajos Cortés (2014) publica la investigación “Conducta suicida, adolescencia y riesgo” realizada en Cuba, la cual mediante un estudio de revisión bibliográfica del tema del suicidio, indica que la ideación y el riesgo suicida son factores determinantes en todo suicidio y que estos a su vez se sostienen sobre condiciones socio familiares y psicosociales

complejas que aumentan los factores de riesgo para la salud mental de las personas; señala también la permanencia de rasgos patológicos en la personalidad y problemas familiares, concluyendo que el flagelo constituye un tema de salud pública que requiere atención y mayor estudio entre disciplinas, dada la diversidad de características individuales, culturales y familiares que intervienen. Igualmente en un estudio titulado “Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia”, (Hernández, González- Elías, & López, 2013), investigadores cubanos, describieron los factores de riesgo asociados al suicidio en un rango entre los 11 y 17 años de edad. La investigación reveló que en adolescentes con ideación suicida son significativos los siguientes riesgos: maltratos de diversa índole de parte de la familia (padres, cuidadores y otros), el contar con una escasa red de apoyo, sentirse abandonado-desprotegido, así como también antecedentes de patologías y trastornos mentales (en el adolescente y/o en un familiar), eventos de suicidio de una persona significativa con un lazo consanguíneo, y consumo de alcohol en la familia.

En el año 2013 la revista chilena de Neuropsiquiatría publica el estudio de Silva & Valdivia, denominado “Estudio comparativo de dos escalas de depresión en relación al intento de suicidio en adolescentes no consultantes”, en el que se comparan las escalas de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Depresión, y el 90% de quienes consuman el acto, presentaron o venían presentando desordenes psiquiátricos, principalmente trastornos del estado de ánimo. En esta misma línea de investigaciones Andrade (2012) explora los aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes por medio de un análisis documental, y concluye que a dicho flagelo se asocian problemas psicopatológicos vinculados a trastornos del estado de ánimo y del comportamiento, así como también escasos canales de comunicación prosociales, y en habilidades para la vida, una escasa empatía social; además de riesgos vinculados al grupo de pares, el consumo de sustancias psicoactivas, duelos inconclusos y problemas con figuras de

autoridad (padres, cuidadores y maestros, motivo por el cual tanto la ideación suicida, como el parasuicidio y el intento suicida, deben comprenderse a partir de la interrelación entre múltiples elementos que incrementan conjuntamente el riesgo autolítico.

Zelaya de Migliorisi, Piris de Almirón, & Migliorisi, igualmente en el año 2012, mediante un estudio descriptivo y retrospectivo, apuntan a la identificación del maltrato infantil como móvil de los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Los investigadores utilizaron las plantillas de asistencia diaria de pacientes, junto con las fichas médicas y basándose en los criterios diagnósticos del CIE-10; elaboraron una base de datos con los casos de intentos de suicidio correspondientes al periodo de enero 2011 a junio 2012. Se encontró que la prevalencia de intento suicida es frecuente entre adolescentes entre los 15 y 19 años, cuyos padres y/o cuidadores tienen un perfil de negligencia, abandono y maltrato intrafamiliar, y en menor proporción víctimas de abuso sexual. Aproximadamente un 45% fueron maltratados por ambos padres. Seguidamente, en el año 2011, Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, de la Universidad de Barcelona, analizan un elemento particular de lo que significa la conducta suicida: la autolesión. Los autores investigaron la ideación y las estrategias de afrontamiento respectivamente, encontrando que si bien el porcentaje con respecto a la muestra de quienes presentan estas características no es muy alto, es necesario considerar que éste se incrementa con la edad, y aunque no haya una diferencia significativa por género, el intento suicida es diez veces más alta cuando se presenta ideación suicida. En la universidad de Guadalajara, en el año 2011, se investigó la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento, y el grado de consenso cultural de los adolescentes respecto al intento de suicidio, encontrando que en lo estructural prevalece el problema familiar, además de identificar la depresión y tristeza a modo de signos y síntomas previos a la tentativa, pero nunca como causa (García, Quintanilla y Sánchez, 2011).

En Chile Florenzano, et al., (2011), investigaron la correlación entre ideación suicida y familia, centrándose en la influencia de los estilos parentales. Los investigadores señalan la relevancia de incidencia positiva de la confianza otorgada por los padres, la expresión de afecto físico, el apoyo social y el monitoreo ajustado de los hijos, en la prevención de la ideación suicida, en cuyo caso el reverso negativo de estas conductas de crianza se constituye en un factor de riesgo que robustece la idea suicida y la orienta hacia el suicidio. Del mismo modo (Cañón, 2011) en la Universidad de Manizales a través de una revisión de carácter reflexivo, explica que los factores de riesgo asociados a la conducta suicida –especialmente al intento de suicidio- son la depresión, el abuso sexual y la disfunción familiar. Estos riesgos son muy influyentes pero no son únicos, puesto que deben ser pensados en torno al contexto en que surgen, y de acuerdo al momento vital que atraviesa cada persona. De igual forma Rodríguez, Moreira, Orraca, Pérez, y Hernández, (2011), estudiaron los factores de riesgo suicida con una muestra de 36 adolescentes que cuenten al menos con un antecedente de intento suicida. Así por medio de un modelo observacional-analítico, concluyen que la depresión, el retraso mental y el antecedente de algún intento en un miembro de la familia, son factores importantes a la hora de cometer parasuicidio.

En otro estudio publicado por la Revista cubana de Medicina integral, (Cortés, Aguilar, Medina, Toledo, & Echemendía, 2010), se propusieron también identificar el riesgo suicida asociado a factores específicos en adolescentes entre los 10 y 19 años. Los investigadores encontraron que quienes lo intentaron alguna vez presentan una escasa habilidad crítica u arrepentimiento ante él o los intentos de suicidio, y que dichos intentos están a menudo asociados a problemas de pareja, escasas relaciones familiares –regularmente conflictivas- y a enfermedad mental psiquiátrica. En este sentido en el estudio titulado: “Intentos de autoeliminación en

menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias”, (Pandolfo, Vázquez, Más, Vomero, & Bello, 2011), se analizaron variables como: conducta suicida, riesgo vital, nivel socioeconómico y grado de instrucción en una muestra de 146 adolescentes, atendidos en el servicio de urgencias de un centro hospitalario. Los autores hallaron que las principales causas fueron el influjo significativo de relaciones interpersonales conflictivas, pérdidas afectivas (duelo) y violencia física o abuso sexual, especialmente en intentos asociados a la ingesta y abuso de fármacos (como forma de suicidarse).

En los contextos hospitalarios, se realizó también la investigación titulada: “Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería” (Piedrahita, García, Mesa, & Rosero, 2011), quienes señalaron que existen patrones de riesgo en quienes intentan suicidarse tales como: fallas en la escala de valores, conflictos con los roles asignados en el hogar, y desprotección/ausencia de la figura parental. Del mismo modo, factores como falta de sueño (insomnio por dificultades familiares y sociales), problemas de nutrición y escasa actividad física, también tienen una relación directa con dicha conducta. En esta línea de estudios Cortés, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendía (2010) en un estudio en Cuba “Provincia Sancti Spíritus”, buscaron identificar las causas asociadas al parasuicidio por medio de un cuestionario diseñado para la investigación. Las causas mayormente referidas fueron: la familia y sus conflictos (incomprensión), problemas en la escuela (para las edades de 10-14 años), dificultades en la relación de pareja, seguida por problemas familiares (para las edades de 15 a 19 años).

Por su parte, López y Vázquez (2010), en su investigación “Factores de riesgo suicida en adolescentes”, a través de la evaluación de 162 adolescentes, llegaron a los siguientes resultados: los antecedentes psicopatológicos familiares tienen una elevada incidencia a comparación de elementos sociales y/o comunitarios, otro factor que eleva los riesgos son los conflictos

intrafamiliares. Los investigadores reiteran que la intervención directa con las familias por parte de profesionales del servicio sanitario, representa un punto estratégico en las acciones de prevención de la conducta suicida. Otra investigación realizada en Bogotá, en centros de salud por Caycedo y otros (2010) en un estudio transversal-descriptivo en adolescentes entre 10 y 17 años consultantes por intento de suicidio en el servicio de urgencias de dos hospitales en Bogotá, encontró que la edad de mayor afectación es la de 16 años, y el género femenino persiste como el grupo de mayor riesgo, a lo que se suma la no-búsqueda de ayuda ante crisis personales. Ningún adolescente tuvo diagnóstico previo de enfermedad mental, y el consumo de sustancias asociado al intento de suicidio fue muy bajo. Otros factores vinculados fueron la imitación, identificación social e inestabilidad emocional

Asimismo, (Sánchez-Sosa & Villarreal-González, 2010), y Martínez-Ferrer (2010), en el estudio realizado entre la Universidad de Nuevo León y la Universidad Pablo de Olavide en España, analizaron desde una perspectiva psicosocial la ideación suicida en adolescentes, adoptando una muestra estratificada de 1285 jóvenes. Los investigadores revelan la relación entre victimización escolar (Bullying), sintomatología depresiva y problemas de la conducta alimentaria, en asociación proporcional al intento entre la población evaluada. En este año los investigadores Bella, Fernández y Willington (2010) en la ciudad de Córdoba-Argentina, tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida. En este sentido los investigadores ponen acento en deficiencias y disfuncionalidades de la estructura y funcionamiento familiar, como factores asociados al incremento de ideas suicidas. De esta forma indican que la familia monoparental presenta mayores riesgos a diferencia de la familia nuclear, ya que existen diferencias en las formas como cada una sostiene y apoya a sus miembros, siendo la monoparental precaria en dichos elementos. En las familias monoparentales son mayores los

eventos previos de intentos de suicidio y suicidio de familiares, así como también antecedentes de trastornos de conducta principalmente en niños.

En Chile, Ventura-Juncá, y otros, (2010) estudiaron la ideación en el área metropolitana de Santiago, y encontraron que el 62% de los encuestados presentan ideación suicida, mientras el 19% respondió afirmativo para intento de suicidio. Verificaron que la prevalencia crece en mujeres, y que dicho riesgo en ambos géneros es elevado en escuelas públicas. Análogamente Pacheco, Lizana y Celhay (2010), realizaron un estudio de tipo comparativo para identificar las diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y aquellos que lo están por otros motivos psiquiátricos. Los resultados mostraron que entre ambos grupos no se presentan diferencias significativas, sobre todo teniendo en cuenta que los trastornos depresivos están en el núcleo de muchos de los intentos de suicidio. Finalmente en la investigación realizada por los investigadores de la Universidad de Antioquia, Cortina, Peña, & Gómez, (2009) cuyo objetivo fue identificar factores psicológicos asociados a la conducta suicida en el Valle de Aburrá, se encontró que el perfil de personalidad de los sujetos con ideación suicida y antecedentes de intento de suicidio, está caracterizado por individualidad, aislamiento, discrepancia y descontento con la mayor parte de situaciones y relaciones con otros.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS, 2009) un factor de riesgo es toda situación, condición, evento o elemento que eleva los riesgos de morbilidad y mortalidad en una persona, y que pueden ser prevenibles si se trabaja de forma conjunta entre disciplinas e instituciones. El factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, Factores de riesgo,

2015)³. En relación a los factores de riesgo psicológicos y familiares, que influyen en el intento de suicidio en adolescentes, se debe precisar que aquellos con mayor peso son: la existencia de uno o más intentos y la presencia de una patología psiquiátrica previa que aumente la vulnerabilidad respecto al suicidio (Gómez, 2009) Acorde a esto en la literatura revisada se encontró que los adolescentes mayormente proclives al intento de suicidio son aquellos que presentan patología psiquiátrica, trastornos mentales asociados (Cortés, 2014; Silva y Valdivia, 2013), personalidad patológica (Cortés, 2014; Andrade, 2012), patologías psiquiátricas en familiares (Caballero, Colás, Maso, y Román, 2014; Cortés, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendía, 2010), además de uno o más intentos previos (Bella, Fernández y Willington, 2010; Silva y Valdivia, 2013; Ventura-Juncá, y otros, 2010; el intento suicida es diez veces más alto cuando se presenta ideación suicida previa (Kirchner, Ferrer, Forns, & Zanini, 2011)

Es importante mencionar que en este rastreo bibliográfico son escasas las investigaciones que resaltan la relación entre factores socioculturales e intento de suicidio (Quintanilla-Montoya, et al, 2014a; 2015; Cortés, 2014; García, Quintanilla y Sánchez, 2011), o que valoran el peso de la cultura como factor predisponente en dichos intentos, lo cual limita a la comprensión del fenómeno en términos de imaginarios y representaciones sociales. Si bien el concepto de parasuicidio tiene una relación directa con problemas psicológicos, su comprensión no se reduce a ello, situación análoga al intento de suicidio, el cual debe ser comprendido desde una matriz conjunta de aportes y visiones diversas del fenómeno (Andrade, 2012). Es importante mencionar que desde el modelo cognitivo la conducta suicida responde a cogniciones negativas autorreferentes que desencadenan estilos disfuncionales de afrontamiento (Freeman & Reinecke, 1995) Freeman y Reinecke, 1995; (Henriques, Beck, & Brown, 2003), de este modo el intento

³ Para la OMS (2015) “Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene” (p. 1)

suicida es el resultado de patrones cognitivos negativos en el procesamiento de información, además de creencias disfuncionales e irracionales, a los que se suman mecanismos de preservación esquemática que resultan inoperantes en momentos de crisis (Rush & Beck, 1978) (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

Esta posición contrasta con las explicaciones psicoanalíticas que reducen el fenómeno al castigo, la culpa y el impulso que a estos elementos brinda la pulsión de muerte (Freud, 1998), aspecto que es completado por Lacan (1963) quien afirma que el suicidio es visto como toda acción de trasgresión a la ley en cuyo caso se presenta a través de dos acciones: a) suicidio como efecto de aquello que la ley trasgrede, y b) suicidio como ofensa/atentado en contra de la ley, en cuyo caso esta posición actuaría como complemento de la postura freudiana (Ortega & Pedroza, 2014), ya que ubica la norma en el plano del acuerdo con el otro y la responsabilidad personal, mientras el suicidio se instala en el marco de las rupturas y trasgresiones, es decir como respuesta auto-lesiva ante la falta. De ambas posturas la más cercana a una explicación conductual –sin descartar a su homóloga– es la cognitiva, la cual resalta la labor de los aprendizajes, los refuerzos sociales, la educación, las herramientas y estrategias cognitivas para confrontar la adversidad (Beck & Freeman, 1990) y el modo en que se procesa e interpreta la información derivada de conflictos y presiones sociales (Boldt, 1989). Cabe anotar que en la mayoría de documentos revisados se destacan factores de riesgo familiar en cuanto maltrato en la infancia y adolescencia (Trujillo, Gonzales y López, 2014; Zelaya, Piris y Migliorisi, 2012; Bella, Fernández y Willington, 2010), y abuso sexual y negligencia (Zelaya, Piris y Migliorisi, 2012; Cañón, 2011; Andrade, 2012).

Estudios revelan que en el intento de suicidio la disfuncionalidad intrafamiliar tiene un peso importante (Bella, Fernández y Willington, 2010; (Quintanilla-Montoya, y otros, 2015) Caballero, Colás, Maso, y Román, 2014), y en torno a ello es posible afirmar que la disfunción

familiar puede ser tan nociva que incrementa la letalidad en los intentos suicidas en adolescentes (Pérez, 2007), especialmente cuando los conflictos están relacionados con problemas reiterativos de comunicación entre padres-cuidadores e hijos (Quintanilla-Montoya, 2015; Andrade, 2012). En este sentido de acuerdo con Maccoby (1992) el rol de los padres en la crianza de los hijos, así como también el rol asignado en las relaciones y tareas del hogar se constituye en el fundamento de conductas prosociales o en su defecto de comportamientos disfuncionales (Maccoby y Martin, 1983), que emergen como respuesta ante la disfuncionalidad permanente de las interacciones en el hogar, especialmente cuando algunas de ellas llegan al extremo de la laxitud o de la rigidez en la forma como manejan los límites y las reglas (Maccoby, 1992). Maccoby, y Martin (1983) consideran que entre los muchos estilos de socialización el estilo *negligente* es el que más pueden deteriorar la salud mental de los adolescentes y aumentar los intentos de suicidio.

No en todos los casos la depresión es el elemento central del intento suicida, sin embargo su influencia es elevada ya que 8 de cada 10 parasuicidios se constituye en factor determinante (Silva y Valdivia, 2013), al igual que en muchos intentos de suicidio (Pacheco, Lizana y Celhay, 2010; Cañón, 2011). Es preciso resaltar que la depresión asociada al intento suicida, fue identificada en uno de los estudios como posterior al suceso “a modo de efecto”, y no como elemento motivador del intento *per se* (García De Alba, Quintanilla, Sánchez, Morfín, & Cruz, 2011) Asimismo otro factor de riesgo social que a la vez puede provenir del hogar, es el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), ya que el antecedente de consumo y/o adicción en la familia, a menudo sirve de aliciente y justificación para el consumo con su grupo de pares, factor que se asocia al intento de suicidio cuando se ve reforzado por depresiones, cambios inesperados en el estilo de vida y frustraciones personales que pueden motivar la ingesta de alcohol y de otras SPA (Valdivia, Silva, Sanhueza, Cova, & Melipillán, 2015) (Caycedo, y otros, 2010). En los

adolescentes la sustancia más consumida es el alcohol, sin embargo cuando uno o ambos padres son alcohólicos o consumen frecuentemente, los riesgos de disfunción familiar y maltrato se incrementan lo que a su vez aumenta la vulnerabilidad del adolescente ante los problemas (Trujillo, Gonzales y López, 2014). En cuanto prevalencia por género se encontró que el intento de suicidio es mayor en mujeres que en hombres (Trujillo, Gonzales y López, 2014; Matos, Caballero, Colás, Maso, y Román, 2014; Collado y Martínez, 2014; Caycedo, et al, 2010; Ventura-Juncá, et al., 2010)

Abramson, Metalsky, Alloy, Joiner, y Sandin (1997) consideran la depresión como efecto de la desesperanza, la cual puede ser aprendida desde la infancia y reforzada por modelamiento de los padres y otras figuras importantes en la vida de los adolescentes, motivo por el cual la depresión es emergente de la tensión e impotencia procedente de problemas familiares que aumentan los riesgos vitales para sus miembros (Pérez-Olmos, Ibáñez-Pinilla, Reyes-Figueroa, Atuesta-Fajardo, & Suárez-Díaz, 2008) Quintanilla-Montoya, et al. (2003). Es significativo mencionar que las investigaciones revisadas concuerdan en el hecho que las edades de mayor riesgo para el intento de suicidio son aquellas que oscilan entre los 15 y 19 años (Quintanilla-Montoya, et al, 2014a; 2015; Cortés, et al, 2014; Collado y Martínez, 2014; Zelaya, et al, 2012; Caycedo, et al, 2010), intervalo de tiempo en el que a menudo priman conflictos estacionarios con las figuras de autoridad (Piedrahíta, García, Mesa, y Rosero, 2011; Aberastury, y Knobel, 1971). Estas figuras suelen asumir como respuesta ante la inestabilidad emocional del adolescente, actitudes de desapego, limitaciones en las expresiones afectivas, desconfianza, escaso monitoreo (abandono), y señalamientos negativos (Florenzano, y otros, 2011) que en vez de generar carácter o propiciar aprendizajes positivos, producen resistencias a integrar la autoridad, y actitudes desafiantes que imprimen en el adolescente conductas de irritabilidad e

indecisión, al tiempo que refuerzan la crisis de identidad y confusión respecto a normas, roles y responsabilidades (Markus & Nurius, 1986)

Lo anterior también es causa de problemas de auto-distorsión de las relaciones, necesidades, cogniciones, imaginarios, imagen corporal, entre otros elementos, (Oyserman & Markus, 1990), y en algunos casos se extiende hasta comportamientos delincuenciales, lesiones a otros y/o a sí mismos (parasuicidio e intento de suicidio), que se adquieren, aprenden y refuerzan a través de la interacción con otros (Oyserman y Markus, 1990). Estos factores de riesgo constituyen a nivel reticular un núcleo de vulnerabilidad psicológico y socio-familiar, que puede tornar proclive al intento de suicidio a muchos adolescentes, dado que no encuentran la información, protección y ajuste seguro para responder adecuadamente ante las crisis emocionales. Los estudios muestran que entre los factores psicológicos relacionados con el intento de suicidio se encuentran:

Trastornos de la personalidad, y problemas de conducta (Cortina, Peña y Gómez, 2009), depresión (Silva y Valdivia, 2013), esquizofrenia (Quijada, 2006), alcoholismo a temprana edad y consumo de SPA (Caycedo, et al, 2010), mientras que los factores sociales se caracterizan por pérdidas de tipo laboral de un ser querido y los cambios sociales y personales que esto implica (Pandolfo, Vázquez, Más, Vomero, & Bello, 2011; Andrade, 2012), problemas académicos y Bullying (Cortés, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendía, 2010; Sánchez-Sosa, et al, 2010; Andrade y Gonzáles, 2015).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El suicidio es un problema complejo de salud pública que debe ser comprendido de forma multidimensional y que invita el dialogo entre saberes y disciplinas. El contar con enfermedades psiquiátricas previas al intento de suicidio, tener padres con enfermedades mentales graves, sintomatología depresiva reiterativa, el realizar uno o varios intentos, y no contar con una red

extensa de apoyo ante la crisis, eleva las posibilidades de repetición de los intentos de suicidio, además de la muerte para quien lo intenta continuamente. Los estudios revisados revelan que el intento de suicidio se encuentra asociado a dificultades en las interacciones del adolescente a nivel intrafamiliar y social, que al ser reiterativas incrementan las posibilidades de autolesión y de suicidio. El intento de suicidio puede llevar de forma gradual hacia el suicidio al adolescente, ya que suele evolucionar trágicamente cuando el entorno familiar y social, no logra sostenerlo afectivamente ante crisis y dilemas propios de su edad.

El intento de suicidio es en gran medida una respuesta ante la disfuncionalidad familiar y social, que no permite al adolescente generar los recursos y aprendizajes necesarios para confrontar la adversidad de forma ajustada y segura, aspecto al que se suman, el hecho de crecer en lugares que históricamente presentan riesgos para la salud mental y física, y el contar con un grupo de pares que refuerza los factores de riesgo psicosocial. Existen también riesgos escolares como por ejemplo al acoso escolar (Bullying), y una relación inapropiada en términos de límites, con los docentes y otras figuras de autoridad. Las familias que cuentan con algún miembro del hogar con este tipo de conductas regularmente tienen problemas de comunicación, y por ello presentan dificultades para expresar afecto a otros miembros, al tiempo que suelen señalar negativamente al adolescente, además de privarlo continuamente de beneficios y libertades, señalándolo despectivamente, y maltratándolo a través del abuso sexual, la negligencia y el abandono.

El consumo de sustancias psicoactivas eleva el riesgo de intentos de suicidio, cuando responde a personalidades depresivas –especialmente ante el consumo de alcohol, o cuando una figura importante legitima el consumo y el adolescente lo imita sin medir las consecuencias. Existe una relación directa entre factores de riesgo familiar y psicológico, visible en el hecho que

los estudios muestran que ambos se complementan sin anular mutuamente alguno de los indicadores que lo determinan. Aunque no se señale de forma frecuente la importancia de revisar aspectos culturales en los intentos suicidas, los estudios que abordaron dicho aspecto, lograron acercarse a una visión del fenómeno de acuerdo a las víctimas, lo cual abre el panorama comprensivo del suicidio, y permite la posible articulación acertada de los hallazgos, en planes y proyectos de prevención de dichas conductas. En los intentos de suicidio las mujeres, cuenta con mayor representatividad, lo que indica que los hombres suelen ser más letales y muchos intentos pueden llevarlos a la muerte, mientras en las mujeres se elevan los intentos pero disminuyen los suicidios en comparación a los hombres.

Si bien existen modelos explicativos de la conducta suicida es preciso ampliar las posibilidades de comprensión del intento suicida, implementado en dichas explicaciones factores socioculturales, asignación de roles, prejuicios, interinfluencias sociales y tecnológicas, además de presiones/influencias emocionales, personales, familiares y comunitarias, que pueden operar de forma reticular (red) aumentando la intensidad fatal de los riesgos de intento de suicidio en adolescentes. Es también necesario revisar la influencia de imaginarios y representaciones sociales, a través de investigaciones cualitativas que tomen en cuenta el peso de la cultura, el lenguaje y la comunicación entre otros elementos, que pueden ampliar la comprensión del fenómeno, lo que a su vez se decanta en programas de prevención ajustados a las características socioculturales de las poblaciones bajo diversas condiciones de vulnerabilidad. Asimismo dado que el suicidio presenta una característica multidimensional, es preciso asumirlo como un fenómeno complejo, cuya comprensión invita a superar la estrechez de miras, para pensarlo e intervenirlo conjuntamente entre disciplinas.

Un adecuado programa de promoción de la vida, puede orientarse hacia el fortalecimiento de las habilidades para la vida y la generación de herramientas y estrategias de contención, intervención y resignificación de los eventos precipitantes, en el que participe la comunidad, la familia, las instituciones y los mismos adolescentes, lo que a su vez implica asumir que la prevención de la conducta suicida (ideación suicida, parasuicidio e intento suicida) se construye conjuntamente sobre la responsabilidad compartida, espacio en el que padres de familia, cuidadores, docentes, colectivos sociales, y todos aquellos que cooperan a favor de la protección de la vida, tienen una función trascendental. La academia tiene también una labor importante en los programas de PyP que no sólo se imita a la descripción, caracterización y modelamiento de estas conductas, sino también a la asistencia y cooperación en el diseño e implementación de estos programas de acuerdo a los modelamientos derivados de las investigaciones.

TRABAJOS CITADOS

- Aberastury, A., & Knobel, F. (1971). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Argentina: Paidós.
- Andrade, J. A. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.*, 15(2), 688-721.
- Andrade, J. A., Bonilla, L. L., & Valencia, Z. M. (2010). Factores Protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario "Villa Cristina"-Armenia-Quindío (Colombia). *Orbis: revista de Ciencias Humanas*(17), 6-32.
- Andrade, J., & Gonzales, J. (2015). *Riesgo suicida, autoestima y pautas de crianza en la adolescencia*. . Armenia: Universidad de San Buenaventura, sede Armenia.
- Argota, N., Álvarez, M., Camilo, V., Sánchez, Y., & Barceló, M. (2015). Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescente. *Rev. Med. Electron.*, 37(1), 30-38.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatr*, 142(5), 559-563.
- Beck, A., & Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.

- Beck, A., Steer, R., Beck, J., & C.F., N. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*, 23(2), 139-145.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington, J. M. (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev Argent Salud Pública*, 1(3), 24-29.
- Blandón, O. M., & Andrade, J. A. (2015). Aproximación al funcionamiento neurobiológico de la persona suicida. En J. A. Carmona, *El suicidio: cuatro perspectivas* (págs. 7-24). Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.
- Boldt, M. (1989). Defining Suicide. Implications for Suicidal Behavior and for Suicide Prevention. En R. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, & G. Sonneck, *Suicide and its Prevention: the Role of Attitude and Imitation*. (págs. 5-14). The Netherlands: E.J. Brill.
- Cañón, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 62-67.
- Caycedo, A., Arenas, M. L., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., & Guzmán, Y. R. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá–2009. *Persona y bioética*, 14(2), 205-213.
- Cortés, A. (2013). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.
- Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 132-139.
- Cortés, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J. L., & Echemendía, B. (2010). Rev Cubana Hig Epidemiol. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 48(1), 15-23 .

- Cortina, E., Peña, M., & Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 1(1), 55-73.
- Durkheim, E. (2011). *El suicidio* (7 ed.). España: Akal Ediciones.
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Rev. méd. Chil*, 139, 1529-1533.
- Freeman, A., & Reinecke, M. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Freud, S. (1998). *Escritos Breves. Contribuciones para un debate sobre el suicidio*. . Argentina: Amorrortu editores.
- Friedman, S., Jones, J., Cherner, L., & Barlow, D. (1992). Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: A survey of two outpatient clinics. *American Journal of Psychiatry*, 149(5), 680-685.
- García De Alba, J. E., Quintanilla, R., Sánchez, L. M., Morfín, T., & Cruz, J. I. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2), 167-179.
- Gómez, A. (2009). *Conducta suicida*. Recuperado el 14 de junio de 2015, de Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur: https://www.u-cursos.cl/medicina/2009/1/MPSIQUI5/2/material_docente/bajar?id_material=207752
- Henriques, G., Beck, A. T., & Brown, G. (2003). Cognitive therapy for adolescent and young adult suicide attempters. *The American Behavioral Scientist*, 46(9), 1258-1268.

- Heredia, D., & Moreno, S. L. (2015). Comportamiento de las lesiones de causa externa. Colombia, 2014. *Forensis*, 17-91.
- Hernández, A., González- Elías, I. E., & López, Y. M. (2013). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *Medisan*, 17(12), 9027-9035.
- Kirchner, T., Ferrer, L., Forns, M., & Zanini, D. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 226-235.
- Kreitman, N., & Philip, A. E. (1969). Parasuicide. *Br Journal Psychiatry*(115), 746-747.
- Lacan, J. (1963). *Seminario 10. La Angustia. Clase 25. Biblioteca clásica de siglo veintiuno.* . Barcelona: Grupo editorial siglo XXI.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Yoes posibles . *American Psychologist*, 41(9), 954-969.
- Marthe, A. M., Tello, J. E., & Moreno, S. L. (2015). Comportamiento del homicidio. Colombia, 2014. *Forensis*(1), 93-131.
- Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Gorges, G. (1988). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Men*, 21(5), 20-27.
- Noa, J., & Miranda, M. (2010). Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *MEDISAN*, 14(3), 353-359.
- OMS. (8 de septiembre de 2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado el 15 de mayo de 2015, de Organización Mundial de la Salud: El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS

OMS. (2009). *Factores de riesgo*. Recuperado el 12 de junio de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table5.pdf

OMS. (2015). *Factores de riesgo*. Recuperado el 12 de junio de 2015, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Ortega, M. C., & Pedroza, H. (29 de diciembre de 2014). *El suicidio para el psicoanálisis*.

Recuperado el 12 de junio de 2015, de Carta psicoanalítica:

<http://www.cartapsi.org/spip.php?article519>

Ortiz, C., & Triana, É. (16 de agosto de 2011). *Instructivo para el manejo del intento de suicidio en el centro de abordaje terapéutico*. Recuperado el 6 de mayo de 2015, de

http://intranetsdis.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2.3_proc_mis_prestacion_servicios_sociales/Prestacion-AsociadosAdultez-6_INSTRUCTIVO_MANEJO_SUICIDIO.pdf

Oyserman, D., & Markus, H. R. (1990). Possible selves and delinquency. *Journal of Personality and Social Psychology*(59), 112-125.

Pacheco, B., Lizana, P., & Celhay, I. (2010). Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. *Rev Med Chile*(138), 160-167.

Pandolfo, S., Vázquez, M., Más, M., Vomero, A. A., & Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Arch. argent. pediatr.*, 109(1), 18-23.

- Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J. C., Atuesta-Fajardo, J. Y., & Suárez-Díaz, M. J. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev. salud pública.*, 10(3), 374-385.
- Piedrahita, L. E., García, M. A., Mesa, J. S., & Rosero, I. S. (2011). Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colombia Médica*, 42(3), 334-341.
- Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Editorial Morata.
- Quijada, M. (mayo de 2006). *Intento suicida y suicidio*. Recuperado el 3 de junio de 2015, de Sociedad chilena de salud mental:
http://www.schilesaludmental.cl/temuco_2006/intento%20suicida_quijada.pdf
- Quintanilla-Montoya, R., Sánchez-Loyo, L. M., Cruz-Gaitán, J. I., Benítez-Pérez, L. E., Morfín-López, T., García, J. E., . . . Vega-Miranda, J. C. (2015). Del contexto cultural al funcionamiento familiar. Conocimientos compartidos y relaciones familiares en adolescentes con intento de suicidio. *Revista de Educación y Desarrollo*(33), 15-27.
- Rush, A. J., & Beck, A. T. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.
- Sánchez-Loyo, L. M., Morfín, T., García de Alba, J. E., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E., & Cruz, J. I. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de investigación psicol*, 4(1), 1446 - 1458.
- Sánchez-Sosa, J. C., & Villarreal-González, M. E. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 279-287.

- Shaffer, D., Gould, M., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996).
Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 339-348.
- Shneidman, E. S. (1971). Perturbation and Lethality as Precursors of Suicide in a Gifted Group.
Suicide and Life-Threatening Behavior, 1(1), 23-45.
- Shneidman, E. S. (1980). A Possible Classification of Suicidal Acts Based on Murray's Need
System. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 10(3), 175–181.
- Silva, D. A., & Valdivia, M. B. (2013). Estudio comparativo de dos escalas de depresión en
relación al intento de suicidio en adolescentes no consultantes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*,
51(1), 10-15.
- Valdivia, M., Silva, D., Sanhueza, F., Cova, F., & Melipillán, R. (2015). Prevalencia de intento
de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia
de Concepción. *Rev Med Chile*(143), 320-328.
- Vargas, D. A. (2015). Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. Suicidios para la
reflexión... suicidios para la prevención. *Forensis*(1), 321-351.
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J., & Garib, M. J. (2010).
Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de
Santiago de Chile. *Rev. méd. Chile*, 138(3), 309-315.
- Zelaya de Migliorisi, L., Piris de Almirón, L., & Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en
niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil? *Pediatría (Asunción): Organó
Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 39(3), 167-172.