

Artículo original

Riesgo de conducta suicida en adolescentes

Risk of suicidal behavior in adolescents

Anamary González Casas^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9490-2339>

Alina Leyva Castells² <https://orcid.org/0000-0001-5023-0718>

Gladys Castillo Yzquierdo² <https://orcid.org/0000-0002-5222-3092>

Oramis Sosa Palacios¹ <https://orcid.org/0000-0002-7074-8853>

Lisandra Pompa Rodríguez³ <https://orcid.org/0000-0002-1830-8391>

¹Hospital Pediátrico “William Soler”. Servicio de Psiquiatría. La Habana, Cuba.

²Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”. Servicio de Psiquiatría. La Habana, Cuba.

³Instituto de Medicina Legal, Departamento de Tanatología y Clínica. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: anahcasas@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los adolescentes son un grupo vulnerable a conductas suicidas.

Objetivo: Identificar riesgo de conducta suicida en adolescentes.

Métodos: Estudio descriptivo en 171 adolescentes de la escuela secundaria básica urbana “Jesús Suárez Gayol” de La Habana, curso académico 2018-2019, elegidos aleatoriamente de 414 escolares. Se analizaron variables demográficas, psicosociales individuales, factores de riesgo (según escala inventario de orientación suicida), funcionamiento familiar (según APGAR familiar) e información recibida, y se estima tasa y razón de prevalencias, coeficiente de contingencia y Ji-cuadrada de independencia.

Resultados: Riesgo de conducta suicida en adolescentes (n=71; 17,1 %), crítico (n=34; 8,2 %) y no crítico (n=37; 8,9 %), expuestos a desesperanza (84,51 %), incapacidad para afrontar emociones

(73,24 %), soledad y abatimiento (64,79 %), baja autoestima (61,97 %) e ideación suicida (43,66 %). Con riesgo crítico, la ideación suicida alcanzó 74,19 % (RP=2,88) y con riesgo no crítico, la desesperanza obtuvo 53,3 %. Todas las familias resultaron funcionales (n=59): con riesgo crítico (n=28; 47,46 %) y no crítico (n=31; 52,54 %). Las variables demográficas fueron independientes del riesgo ($p>0,05$; $CC<0,5$). Recibieron información previa (n=36; 61,02 %) con riesgo crítico 61,11 %, en internet (69,57 %) y con riesgo no crítico, 38,89 %, en la escuela (64,71 %).

Conclusiones: El riesgo de conducta suicida, crítico o no crítico, puede estar solapado en los adolescentes donde prevalece la ideación suicida en el riesgo crítico y la desesperanza en el riesgo no crítico, sin distinción de sexo, con quien convive, el estado civil de los padres y el uso de los diferentes medios de información.

Palabras clave: suicidio; intento suicida; adolescencia; riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Adolescents are a group vulnerable to suicidal behaviors.

Objective: To identify a risk of suicidal behavior in adolescents.

Methods: A descriptive study was conducted in 171 adolescents from the "Jesús Suárez Gayol" Urban Basic Secondary School in Havana, academic year 2018-2019, and were randomly chosen from 414 schoolchildren. Demographic variables, individual psychosocial variables, risk factors, family functioning (family APGAR) and information received were analyzed. Prevalence rate and ratio, contingency coefficient and Ji-square independence were estimated.

Results: Risk of suicidal behavior in adolescents (n=71; 17.1%), critical (n = 34; 8.2%) and non-critical (n = 37; 8.9%), exposed to hopelessness (84.51%), inability to cope with emotions (73.24%), loneliness and dejection (64.79%), low self-esteem (61.97%) and suicidal ideation (43.66%). With critical risk, suicidal ideation reached 74.19% (PR=2.88) and with non-critical risk, hopelessness obtained 53.3%. All families were functional (n=59): at critical risk (n=28; 47.46%) and non-critical (n=31; 52.54%). Demographic variables were independent of risk ($p>0.05$; $CC<0.5$). They received prior information (n=36; 61.02%) with critical risk 61.11%, on the internet (69.57%) and with non-critical risk, 38.89%, at school (64.71%).

Conclusions: The risk of suicidal behavior, critical or non-critical, may be overlapping in adolescents where suicidal ideation prevails in critical risk and hopelessness in non-critical risk,

without distinction of sex, or with whom they coexist, the marital status of parents and the use of different media.

Keywords: suicide; suicide attempt; adolescence; risk.

Recibido: 20/10/2021

Aceptado: 04/05/2022

Introducción

El suicidio es una de las principales y más importantes causas de muerte en el mundo, los adolescentes no están exentos de esta realidad.⁽¹⁾ Junto con la adquisición de nuevas capacidades, y necesidades objetivas y subjetividades específicas, la adolescencia se torna más vulnerable a la aparición de conductas de riesgo.⁽²⁾ Esta etapa se caracteriza por cambios biopsicosociales propios y socioculturales, mediados por el contexto comunitario, el entorno familiar, donde el adolescente se desarrolla y se encuentra a sí mismo.⁽³⁾

En los adolescentes de familias disfuncionales, se observan más intentos suicidas que en los procedentes de familias funcionales. Ello demuestra el papel central de la familia en el cuidado y formación de los hijos.⁽³⁾

Entre los factores que influyen en la conducta suicida, se encuentran los sociodemográficos, genéticos o biológicos, clínicos o psiquiátricos y psicosociales; que se combinan para generar esta conducta, que va desde la ideación, el intento y puede terminar en suicidio.^(4,5,6)

Los factores psicosociales individuales son esenciales en la ocurrencia de un intento suicida,⁽⁷⁾ al igual que los modelos de vida inadecuada transmitidos en los medios de comunicación. La forma y el contenido de las noticias sobre suicidio pueden ejercer un efecto preventivo (efecto Papageno), a la vez que un tratamiento inadecuado puede conducir a un efecto imitativo (efecto Werther).⁽⁸⁾

En Cuba, el programa nacional de prevención de la conducta suicida constituye una vía de acción para la atención con enfoque de riesgo. La incidencia del suicidio en adolescentes, aunque se ha reducido, se mantiene presente entre las causas de muerte en adolescentes de 10 a 19 años de edad.⁽⁹⁾

En diferentes provincias de Cuba se realizaron estudios en adolescentes^(10,11) y el volumen de atenciones según el registro de morbilidad del Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez” en 2017, es representativo de la ocurrencia de conductas suicidas en adolescentes con riesgos de grados diferentes.

Las estimaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) informan la gravedad del problema que impacta a la población adolescente, lo que hace necesario la realización de investigaciones que permita identificar el riesgo de conducta suicida en mayor o menor grados y la prevalencia de los factores de riesgo en adolescentes.⁽¹²⁾

El objetivo de este trabajo fue identificar riesgo de conducta suicida en adolescentes.

Métodos

Estudio descriptivo y transversal en 171 adolescentes de la escuela secundaria básica urbana “Jesús Suárez Gayol”, del curso académico 2018-2019, elegidos de forma aleatoria por el método de conglomerado monoetápico de una población de 414 alumnos (matrícula física) de séptimo, octavo y noveno grados (conglomerados) con cuatro grupos cada uno. Resultaron seleccionados dos grupos de octavo y tres de noveno grados.

Criterios de salida: negativa de participación del adolescente o sus padres, ausencia en el día de implementación del instrumento.

En la escuela existe heterogeneidad en el contexto socioeconómico y cultural de los estudiantes según la caracterización de la directora de la institución. Se midió el riesgo crítico y no crítico, factores psicosociales individuales, sexo, convivencia del adolescente, estado civil de los padres, funcionamiento familiar, información recibida y medios de obtención.

La determinación de los factores psicosociales individuales y las categorías de riesgo (crítico y no crítico) se realizó por medio de la escala inventario de orientación suicida (ISO-30).⁽¹³⁾ Es un instrumento autoadministrado de 30 reactivos, 19 con respuestas directas (5,6,8,9,10,12,15,16,17,18,19,20,21,23,24,25,26,29,30) y 11 con respuestas inversas (2,3,4,7,11,13,14,17,22,27,28), que otorga puntuación según escala de Likert⁽¹⁴⁾ (totalmente en desacuerdo, en parte en desacuerdo, en parte de acuerdo y totalmente de acuerdo). De la sumatoria de puntos y obtención de la puntuación global, el riesgo se enmarcó en: bajo de 0 a 29, moderado

de 30 a 44 y alto de 45 a 90. Al considerar la presencia de algún reactivo crítico (5,10,15,20,25,30), la escala se ajustó en riesgo no crítico (riesgo moderado con <3 reactivos críticos), riesgo crítico (riesgo alto o riesgo bajo/moderado con 3 reactivos críticos) y riesgo bajo sin reactivo crítico (grupo que no se incluyó en la segunda ronda de entrevista).

Los adolescentes con riesgo de conducta suicida, crítico y no crítico, se citaron a la segunda ronda de entrevista en que se obtuvieron las variables: sexo, convivencia, información y medios de comunicación, estado civil de los padres y funcionamiento familiar.

Para medir el funcionamiento familiar, se aplicó el instrumento APGAR familiar,⁽¹⁵⁾ conformado por cinco preguntas con asignación de 0 a 4 puntos (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, respectivamente). La sumatoria de puntos enmarcó al adolescente según escala en: familia funcional de 17 a 20 puntos y familia disfuncional < 17 puntos. Este instrumento se implementó a los adolescentes en compañía de uno o ambos padres. No asistieron 12 adolescentes, (salida del estudio) por lo que el tamaño muestral inicial se redujo a 59 (que representó 83,02 % del tamaño inicial): 28 con riesgo crítico y 31 con riesgo no crítico.

Para estimar la prevalencia de riesgo de conducta suicida, se calculó la tasa de prevalencia para el riesgo crítico y no crítico. En el análisis de los factores de riesgo psicosociales individuales, se calculó la razón de exposición por factor. Se utilizó el coeficiente de contingencia para identificar relación de dependencia entre los medios de obtención de información y las categorías de riesgo (crítico y no crítico). El diseño muestral y el análisis estadístico se realizó en el programa Epidat 3.0.

Desde el punto de vista ético se tuvo en cuenta la autorización de la dirección de la escuela para aplicar el instrumento, de forma anónima, y la información obtenida fue confidencial. Se tomó el consentimiento de todos los participantes y sus tutores. La base de datos se codificó para el procesamiento estadístico. Los cuestionarios se mantuvieron custodiados por los autores.

Resultados

La prevalencia de riesgo de conducta suicida estimada fue 17,1 % que se distribuyó en: 8,9 % con riesgo no crítico (n=37) y 8,2 % con riesgo crítico (n=34), en edades entre 13 y 15 años.

Más de 70 % presentó desesperanza e incapacidad para afrontar emociones. En el grupo con riesgo crítico, la prevalencia de la ideación suicida fue mayor que en el grupo con riesgo no crítico (RP=2,88); en cambio, la prevalencia de desesperanza fue menor en los adolescentes con riesgo crítico en relación con el riesgo no crítico (RP=0,88) (Tabla 1).

Tabla 1 - Factores de riesgo psicosociales de conducta suicida

Factores de riesgo psicosociales	Riesgo			Razón de prevalencia (RP)
	No crítico (n=37)	Crítico (n=34)	Total (n=71)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Ideación suicida	8 (25,8)	23 (74,19)	31 (43,66)	2,88
Incapacidad para afrontar emociones	24 (46,2)	29 (55,77)	52 (73,24)	1,21
Baja autoestima	21 (47,7)	24 (54,55)	44 (61,97)	1,14
Soledad y abatimiento	22 (47,8)	24 (52,17)	46 (64,79)	1,09
Desesperanza	32 (53,3)	28 (46,67)	60(84,51)	0,88

% calculado del total por fila.

Fuente: escala inventario de orientación suicida (ISO-30).

Las categorías de riesgo resultaron independientes del sexo ($p= 0,64$), de con quien convive el adolescente (coeficiente de contingencia $CC= 0,07$) y del estado civil de los padres ($p= 0,89$). 50 % y más de los adolescentes con riesgo no crítico son del sexo masculino, convivían con uno o ambos padres, casados o divorciados; en tanto con riesgo crítico, son del sexo femenino que convivían con familiares y los padres estaban casados (Tabla 2).

Tabla 2 - Adolescentes con riesgo de conducta suicida según variables demográficas

Adolescentes	Riesgo		Total	Relación de dependencia	
	No crítico (n=31)	Crítico (n=28)			
	n (%)	n (%)	n (%)		
Sexo femenino	17 (48,57)	18 (51,43)	35 (59,32)	$\chi^2= 0,22$ $p= 0,64$	
Sexo masculino	14 (58,33)	10 (41,67)	24 (40,68)		
	Convivencia		-	CC= 0,07	
Ambos padres	12 (54,55)	10 (45,45)	22 (37,29)		
Uno de los padres	15 (53,57)	13 (46,43)	28 (47,46)		
Familiares	4 (44,44)	5 (55,56)	9 (15,25)		
Padres divorciados	16 (55,17)	13 (44,83)	29 (49,15)		$\chi^2= 0,02$ $p= 0,89$
Padres casados	15 (50,00)	15 (50,00)	30 (50,85)		
Total	31 (52,54)	28 (47,46)	59 (100,0)		-

χ^2 : Ji-cuadrada de independencia corregida; CC: coeficiente de contingencia.

Los adolescentes entrevistados en la segunda ronda fueron 59. Presentaban riesgo crítico, 28 y no crítico, 31.

La medición del cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar (APGAR familiar) con n=59, obtuvo 13,6 % no respuestas en el reactivo para medir satisfacción del adolescente en compartir espacios y dinero (Tabla 3).

Tabla 3 - Adolescentes con riesgo de conducta suicida según respuestas y no respuestas de APGAR familiar

Reactivos de APGAR familiar	Respuestas	No respuestas
		n (%)*
Satisfacción del adolescente con la ayuda ante problemas o necesidades	57	2 (3,4)
Satisfacción del adolescente en la comunicación y en compartir los problemas	57	2 (3,4)
Satisfacción del adolescente con aceptación y apoyo para hacer nuevas actividades.	57	2 (3,4)
Satisfacción del adolescente con expresión de afecto y respuesta ante sus emociones	57	2 (3,4)
Satisfacción del adolescente en compartir:	-	-
Tiempo juntos	56	3 (5,1)
Espacios	51	8 (13,6)
Dinero	51	8 (13,6)
Contar con un amigo (a) cercano ante necesidad de ayuda	57	2 (3,4)
Satisfacción del adolescente con el soporte que reciben de amigos (as)	56	3 (5,1)

*n=59; no respuesta significa abstención.

Fuente: cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar (APGAR familiar).

Todos los adolescentes, tanto con riesgo crítico como no crítico, clasificaron en familia funcional, aunque resaltaron algunas particularidades por grupos de riesgo:

- Los adolescentes con riesgo crítico, respondieron básicamente los reactivos en las categorías “nunca” y “casi nunca” satisfecho.
- Más de la mitad de los adolescentes con riesgo no crítico respondieron los reactivos en la categoría “siempre” satisfecho, excepto en contar con un amigo cercano ante la necesidad de ayuda.
- En general, la satisfacción de los adolescentes con el soporte que reciben de amigos(as), en la comunicación, en compartir los problemas, con la expresión de afecto y respuesta ante sus emociones por la familia, se emitió en menos de la mitad de los adolescentes.

Aunque las categorías de riesgo fueron independientes de los medios de obtención de información (CC= 0,30), con exclusión del análisis de otros medios, su utilización por los adolescentes riesgo crítico fue 61,11 % y 68,42% recibió información previa por diferentes medios: internet (69,57 %) y audiovisuales (62,50 %); en tanto en el grupo con riesgo no crítico la escuela fue la fuente de información que alcanzó 64,71 % (Tabla 4).

Tabla 4 - Adolescentes con riesgo de conducta suicida según variables de información

Información	Riesgo no crítico (n=31)	Riesgo crítico (n=28)	Total (n= 59)
	n (%)	n (%)	n (%)
Previa (medios)	14 (38,89)	22 (61,11)	36 (61,02)
Internet*	7 (30,43)	16 (69,57)	23 (38,98)
Escuela*	11 (64,71)	6 (35,29)	17 (28,81)
Audiovisuales*	3 (37,50)	5 (62,50)	8 (13,56)
Otros	1 (33,33)	2 (66,67)	3 (5,08)
Múltiples medios	6 (31,58)	13 (68,42)	19 (32,20)

Los medios de información son no excluyentes; otros: amigos, padres o familiares.

*Coeficiente de contingencia: CC=0,30

Discusión

El riesgo de conducta suicida en las edades de 10 a 14 años (adolescencia temprana) está menos documentado en la literatura nacional e internacional en relación con el grupo de 15 a 19 años (adolescencia tardía).^(16,17) La mayoría de los adolescentes pesquisados se enmarcaron en la etapa temprana y se encontró riesgo solapado de conducta suicida en proporciones muy parecidas entre el riesgo crítico y no crítico.

En el servicio de urgencia de psiquiatría del Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, entre junio y septiembre de 2013, se pesquisaron 6,5 % adolescentes con riesgo solapado de conducta suicida, en Villa Clara, en un estudio sobre intento suicida predominaron las edades de 12 a 15 (n=32; 78 %)⁽¹⁶⁾ y en una investigación llevada a cabo en una universidad colombiana, donde se utilizó la escala ISO-30, se encuentra 3,6 % de riesgo alto.⁽¹⁷⁾

En los adolescentes pesquisados, la desesperanza alcanzó mayor prevalencia general y fue uno de los factores de riesgo más importantes,^(3,18,19) dado que los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente incluyen la desesperanza.^(20,21) La investigación en el Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, identifica que la desesperanza y la conducta suicida son eventos dependientes ($p=0,001$).⁽³⁾

En particular, la idea suicida fue típica en el grupo de riesgo crítico y la desesperanza en el grupo de riesgo no crítico, ambos presentados como la antesala de la idea o pensamiento suicida. Esta relación directa entre desesperanza e ideación suicida se sostiene en varios trabajos^(22,23) y se argumenta en la teoría de los tres pasos.⁽¹⁷⁾

La desesperanza, unida a la depresión son las dos variables más importantes (junto con el historial de intentos de suicidio) a la hora de identificar ideaciones suicidas.⁽²⁴⁾ Algunos estudios documentan la ideación en adolescentes y en una investigación en Camagüey,⁽²⁵⁾ la mayor frecuencia se encontró entre 13 y 15 años de edad (69,2 %).

Las categorías de riesgo de conducta suicida fueron afines, lo que refleja que el solo hecho de existir riesgo, independientemente del sexo, de con quién convive el adolescente y el estado civil de los padres, supone el origen multifactorial de la conducta suicida^(17,26,27) y advierte una situación preocupante que demanda intervención temprana. Esto revela la necesidad de desarrollar

investigaciones epidemiológicas ya que estas variables sociodemográficas parecen no determinar el alcance del riesgo (crítico o no crítico).

Varios autores reflejan que el sexo femenino tiene mayor riesgo de conducta suicida que el masculino sin especificar la categoría de riesgo, porque en ellas es mayor la problemática de los cambios sociológicos que en ellos. Argumentan que el intento e idea suicida es más frecuente en el sexo femenino y el suicidio en el masculino.^(27,28,29)

La convivencia en el entorno familiar influye mucho en los adolescentes,⁽³⁰⁾ en el que la presencia de las figuras materna y paterna condicionan un hogar estructurado, que se asocia con la composición y dinámica familiar.

La familia es un sistema integrador multigeneracional, caracterizado por varios subsistemas de funcionamiento interno e influido por una variedad de sistemas externos relacionados.⁽³¹⁾

Contrario con lo esperado, la funcionalidad familiar fue absoluta tanto en el riesgo crítico como no crítico, lo que probablemente guarda relación con el carácter independiente de las categorías de riesgo respecto a la convivencia del adolescente (algunos no conviven con ninguno de los padres) y el estado civil de los padres (la proporción de casados y divorciados fueron equivalentes) que se vinculan con la problemática familiar. Sin embargo, se encontraron algunas insatisfacciones en los adolescentes con el entorno familiar (más relacionadas con el afecto y la esfera emocional), principalmente en el grupo de riesgo crítico, mientras que el apoyo de amigos o amigas estuvo afectado (ligeramente) en ambos grupos de riesgo lo que deviene en la trascendencia de los pares en la etapa de la adolescencia.^(32,33)

Si bien en esta investigación la distribución porcentual de padres casados y divorciados fueron muy parecidas, un hecho sobresaliente en la familia cubana actual, asociado con las transformaciones demográficas y económicas, es el incremento de la tasa de divorcio.⁽³⁴⁾

Durante la adolescencia, el funcionamiento familiar tiene que ver con las modificaciones en la percepción de los adolescentes y el desarrollo de la capacidad de abstracción según el periodo en que se enmarca. Las edades de los adolescentes pesquisados estuvieron contenidas entre 13 y 15 años y al respecto se reconoce que de 10 a 12 años el buen funcionamiento familiar se presenta en 68 %, disminuye a 61 % entre 13 y 16 años y de 17 a 19 años, la disfunción severa se incrementa a 4 %.⁽³⁾

Otro aspecto que se suma al análisis del funcionamiento familiar es el indicador de no respuestas, más frecuente en los reactivos referidos a la satisfacción del adolescente en compartir espacio y dinero, lo que representa una abstención y, por tanto, sujeto a especulación. El APGAR familiar es un cuestionario autoadministrado y al respecto se plantea que son más factibles de realizar en ambientes grupales y en relación con otros modos, tienen menor frecuencia de no respuestas, cubren menor tamaño muestral y se aplican tanto de forma presencial como virtual; aunque generan mayor margen de error y demandan motivación.⁽³⁵⁾

Estas consideraciones se tuvieron en cuenta en la elección de este instrumento de medición, aun el margen de error y se destaca que los posibles sesgos pudieron ser por el grado de certidumbre en las respuestas del adolescente, su percepción, capacidad de abstracción y diversidad individual.

Las categorías de riesgo de conducta suicida (crítico o no crítico) fueron independientes de la utilización de los diferentes medios de comunicación para la obtención de información sobre el tema, pero en el grupo de riesgo no crítico resalta la escuela porque tiene un papel protagónico en la enseñanza y aprendizaje confiables, en tanto la internet es un medio actualizado, moderno y muy usado, pero inseguro, que fue más empleado por los adolescentes con riesgo crítico. Varios autores se pronuncian a favor del uso de internet controlado por adultos dado el efecto pernicioso que puede ocasionar. Diversas investigaciones muestran el amplio uso de redes sociales por los jóvenes y alegan sobre la comunicación de suicidio en los medios tradicionales y modernos.⁽³⁶⁾

Las estrategias de afrontamiento y bienestar como modo de vida aumentan la protección en situaciones de alta vulnerabilidad. Es vital promover estas estrategias para el desarrollo óptimo de la salud mental de los jóvenes, que sean más adaptativos en su vida adulta y disminuya el riesgo de suicidio.

Las limitaciones del estudio se dieron por las pérdidas de unidades de análisis en la segunda ronda de encuesta.

Se concluye que el riesgo de conducta suicida, crítico o no crítico, puede estar solapado en los adolescentes donde prevalece la idea suicida en el riesgo crítico y la desesperanza en el riesgo no crítico, sin distinción de sexo, con quien convive, el estado civil de los padres y el uso de los diferentes medios de información.

Se recomienda reforzar las acciones establecidas por el programa nacional de prevención de la conducta suicida en la población infanto-juvenil. En el texto se distingue la funcionalidad familiar

absoluta lo que no es concluyente, por lo que se recomienda profundizar en el estudio del entorno familiar y otros factores, que refuerzan el carácter multifactorial del riesgo de conducta suicida en adolescentes.

Referencias bibliográficas

1. Castellvi Obiols P, Piqueras Rodríguez JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Rev Est Juv. 2019 [acceso 13/03/2021];(121):46-56. 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
2. Álvarez Caballero M, Camilo Colas VM, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. Medisan. 2017 [acceso 13/03/2021];21(2):154. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n2/san04212.pdf>
3. Martín González R, Martínez García L, Ferrer Lozano DM. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. Rev Cubana Med Gen Integ. 2017 [acceso 13/03/2021];33(3):281-95. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n3/mgi02317.pdf>
4. Cuesta Revé D. Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. Rev Mexicana Pediatr. 2017 [acceso 13/03/2021];84(2):72-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72271>
5. Serrano Ruiz CP, Olave Chaves JA. Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. Med UNAB. 2017 [acceso 13/03/2021];20(2):139-47. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/download/2272/2806>
6. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Pediatr Atención Pim 2018 [acceso 13/03/2021];20(80):387-97. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v20n80/1139-7632-pap-20-80-387.pdf>
7. Medina Cano AR, Herazo Chamorro MI, Barrios Meza A, Rodelo Serrano YV, Salinas Gallardo LF. Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. Avan Psicol. 2017

[acceso 13/03/2021];25(1):50-7. Disponible en:

<http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/download/133/100>

8. Acosta Artiles FA, Rodríguez Caro CJ, Cejas Méndez MR. Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. Rev Española Salud Pública. 2017 [acceso 13/03/2021];9:e1-e7. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v91/1135-5727-resp-91-e201710040.pdf>

9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Cuba. La Habana: Ministerio de Salud Pública, Dirección de Estadísticas; 2018 [acceso 02/03/2021]:53-7. Disponible en: <http://www.sld.cu/anuncio/2019/04/26/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2018>

10. García García AL, Felipe Díaz K, Álvarez Felipe HB, Rodríguez Marín O, Delgado Quintero M, Rodríguez García S. Morbilidad y conductas de riesgo en adolescentes ingresados en el Hospital General de Ciego de Ávila. Mediciego. 2018. [acceso 13/03/2021];24(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/814/1191>

11. Cortés Alfaro A, Suárez Medina R, Serra Larín S. Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. Rev Cubana Med Gen Int. 2019 [acceso 03/05/2021];35(4):1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi194j.pdf>

12. Organización Mundial de la Salud. Suicidio en el mundo: estimaciones de salud mundial. Ginebra: OMS; 2019 [acceso 13/03/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

13. Valdés García KP, González Tovar J. Análisis Confirmatorio de la Escala de Orientación Suicida ISO-30 en una muestra de adolescentes de Coahuila, México. Rev Psicol Cien Comport UACJS. RPCC-UACJS. 2019 [acceso 03/05/2021];10(2):11-29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7218336.pdf>

14. Galarza LA, Fernández Liporace M, Castañeiras C, Freiberg Hoffmann A. Análisis Psicométrico del Inventario de Orientaciones Suicidas ISO-30 en Adolescentes Escolarizados (14-18 años) y Jóvenes Universitarios Marplatenses. Rev Iberoam Diagn Eval. 2019 [acceso 03/05/2021];12(51):135-47. Disponible en: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2019-04/RIDEP51-Art10.pdf>

15. Rangel Garzón CX, Suárez Beltrán MF, Escobar Córdoba F. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Rev Fac Med. 2015 [acceso 22/01/2020];63(4):707-16. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n4/v63n4a17.pdf>
16. Andrade Salazar JA, González Portillo J. Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. Rev Psicog. 2017 [acceso 22/01/2020];20(37):70-88. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497555990006.pdf>
17. Martín Mateo A. Los profesionales de enfermería en la prevención del suicidio en los servicios de salud de la comunidad de Castilla y León. Una revisión bibliográfica [grado en enfermería]. Universidad de Valladolid: Facultad de Enfermería de Valladolid; 2018 [acceso 22/01/2020]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30386/TFGH1183.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Boffa JW, King SL, Turecki G, Schmidt NB. Investigating the role of hopelessness in the relationship between PTSD symptom change and suicidality. J Affectiv Disor. 2018 [acceso 03/05/2021];225:298-301. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6397650/>
19. Sabatier C, Restrepo Cervantes D, Moreno Torres M, Hoyos de los Rios O, Palacio Sañudo J. Regulación emocional en niños y adolescentes: conceptos, procesos e influencias. Rev Psicol Caribe. 2017 [acceso 02/05/2021];34(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/8904>
20. Sánchez González JF, Pérez Sutil JM. Estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). Facul Psicol Univer Buenos Aires. 2019 [acceso 03/05/2021]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-111/152.pdf>
21. Ordoñez Yaber Y, Castilla Hernández AB, Contreras Burgos MS. Conducta suicida en la adolescencia: perspectiva de docentes orientadores. Rev Atlante Cuad Educación Desarrollo. 2019 [acceso 22/01/2020]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/05/conducta-suicida-adolescencia.html>
22. Siabato Macías EF, Forero Mendoza I, Salamanca Camargo Y. Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. Pensam Psicol. 2017 [acceso 13/03/2021];15(1):51-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v15n1/v15n1a04.pdf>

23. Rueda Jaimes GE, Castro Rueda VA, Martínez Villalba AM, Moreno Quijano C, Martínez Salazar GA. Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. Rev Psiquiat Salud Mental. 2018 [acceso 03/05/2021];11(2):86-93. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55845922/2016Validacin_de_la_Escala_de_Desesperanza_de_Beck_en_pacientes_con_riesgo_suicida.pdf
24. Albuixech M. Perfil, detección y seguimiento de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA [tesis] Alicante: Universidad de Alicante; 2017 [acceso 03/05/2021]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/72730/1/tesis_mariadelrocio_albuixech_garcia.pdf
25. Grey Chávez Y. Adolescentes con ideación suicida en Camagüey. Rev Hum Méd. 2018 [acceso 14/12/2018];18(2):273-90. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-273.pdf>
26. Bravo Andrade HR, López Peñaloza J, Ruvalcaba Romero NA, Orozco Solís MG. Factores familiares de riesgo y protección ante el suicidio en adolescentes. Una aproximación cualitativa desde el modelo de resiliencia familiar. Cul Educ Soc. 2019;10(1):25-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.10.1.2019.02>
27. Vázquez Mastache NJ, De Haro Rodríguez MA. Factores predisponentes para ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes adscritos a un Hospital General de Zona de Irapuato, Guanajuato, México. Aten Fam. 2018 [acceso 13/03/2021];25(2):59-64. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af182d.pdf>
28. Socha Rodríguez MA, Hernández Rincón EH, Guzmán Sabogal YR, Ayala Escudero A, Moreno Gómez MM. Prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes en atención primaria. Arch Med Manizales. 2021 [acceso 03/05/2021];21(1):150-64. Disponible en: <http://fiadmin.bvsalud.org/document/view/9xad8>
29. Thapaliya S, Sharma P, Upadhyaya K. Suicide and self-harm in Nepal: A scoping review. Asian J Psychiatr. 2018 [acceso 03/05/2021];32:20-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29202423/>
30. Nova R, Hamid AYS, Daulima NH. La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. Enferm Glob. 2019 [acceso 03/05/2021];18(53):445-63. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-445.pdf>

31. Burgos GV, Narváez NN, Bustamante PS, Burrone MS, Fernández R, Abeldaño RA. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Act Invest Psicol.* 2017 [acceso 03/05/2021];7(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200748322017000302802&script=sci_arttext
32. Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre Luque A, Almenara J, Blasco MJ, *et al.* Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2019 [acceso 03/05/2021];245:152-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390504/>
33. García Ormaza J. Educando en prevención. Hablemos del suicidio. *Rev Cien Soc.* 2020 [acceso 03/05/2021];33(46):67-77. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rcs/v33n46/1688-4981-rcs-33-46-67.pdf>
34. Aguilera Arzuaga CR. La conducta suicida y sus factores de riesgo en Holguín, Cuba. *Coreo Cient Méd.* 2018 [acceso 03/05/2021];22(3):374-85. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v22n3/ccm03318.pdf>
35. Ortiz López YG. Influencia del apoyo familiar en una adolescente con trastorno depresivo mayor en la Ciudad de Ventanas en el periodo 2018-2019 [tesis]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2019 [acceso 03/05/2021]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6792/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000201.pdf?sequence=1>
36. Medrano KL, Márquez RE, Díaz YA, Pacheco JR, Briceño ML. Ideación suicida en una muestra de jóvenes víctimas de cyberbullying. *Psicoespacios: Rev Virt Instit Univers Envisado.* 2018 [acceso 03/05/2021];12(20):19-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6246916.pdf>

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Anamary González Casas.

Curación de datos: Anamary González Casas.

Análisis formal: Alina Leyva Catells, Oramis Sosa Palacios.

Validación: Gladys Castillo Yzquierdo.

Redacción-borrador original: Anamary González Casas, Lisandra Pompa Rodríguez.

Redacción-revisión y edición: Anamary González Casas.