



<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2731>

Intento de suicidio en población pediátrica: abordaje integral en el área de urgencias

Suicide Attempts in the pediatric population: Comprehensive Approach in the Emergency Department.

Mariana Donají Hernández Castillo,¹ María del Rosario Galicia Torres,¹ Sandra Edith Ávila Gonzaga,¹ Abigail Casas Muñoz,² Ángel Eduardo Velasco Rojano,² Aarón Rodríguez-Caballero,² Elvira Solórzano García³

Resumen

El suicidio es un problema de salud pública, tanto a nivel mundial como en México. Se encuentra entre las principales cinco causas de mortalidad entre la población pediátrica y adulta joven. Este artículo tiene por objetivo dar a conocer al profesional de la salud, información actualizada sobre el abordaje integral del paciente pediátrico que ingresa a los servicios de urgencias por un intento de suicidio. Primero describimos datos relevantes sobre la epidemiología de la conducta suicida en niñas, niños y adolescentes y las principales presentaciones clínicas en las que se debe sospechar un intento de suicidio. Enseguida abordamos los factores de riesgo y posibles desencadenantes de conductas suicidas en NNA y algunos recursos que nos pueden ayudar a identificar y valorar a NNA con conductas suicidas. Finalmente discutimos sobre el abordaje integral y multidisciplinario en el servicio de urgencias.

Con esta revisión podemos concluir que el intento de suicidio es un problema que afecta a NNA y ha incrementado en los últimos años. El personal de salud requiere estar preparado para sospechar y detectar oportunamente a niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio, identificando y reconociendo las posibles presentaciones clínicas, los factores de riesgo y/o posibles factores desencadenante, así como, contar con herramientas que le permitan hacer una valoración del riesgo. Al ser multifactorial, esta problemática requiere atención multidisciplinaria, libre de estigma, centrada en el paciente e informada en el trauma. Cualquier intervención que se realice debe acompañarse de un plan de seguridad y seguimiento al momento del alta.

PALABRAS CLAVE: Intento de Suicidio, Pediatría, Factores de Riesgo, Intervención Médica Temprana, Seguridad del Paciente.

Abstract

Suicide is a public health concern worldwide and in Mexico. It is among the top five causes of mortality among the pediatric and young adult population. This article aims to inform the health professional of updated information on the comprehensive approach to the pediatric patient admitted to the emergency department due to a suicide attempt. First, we describe relevant data on the epidemiology of suicidal behavior in children and adolescents and the main clinical presentations in which a suicide attempt should be suspected. Next, we address the risk factors and possible triggers for suicidal behavior in children and some resources to help us identify and assess children with suicidal behavior. Finally, we discuss the comprehensive and multidisciplinary approach in the emergency department.

With this review, we can conclude that suicide attempt is a problem that affects children and adolescents and has increased in recent years. Health personnel must be prepared to suspect and timely detect children and adolescents with suicide attempts. Also, identify and recognize possible clinical presentations, risk factors, and possible

¹Posgrado de Enfermería Infantil, Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México, México.

²Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.

³Subdirección de Enfermería, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.

Recibido: 30 de junio 2023

Aceptado: 13 de enero 2024

Correspondencia

Abigail Casas-Muñoz
abycas.md@gmail.com
ceavi@pediatria.gob.mx

Este artículo debe citarse como: Hernández Castillo MD, Galicia Torres MR, Ávila Gonzaga SE, Casas Muñoz A, Velasco Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Solórzano García E. Intento de suicidio en población pediátrica: abordaje integral en el área de urgencias. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S73-S88.

triggering factors, and have tools that allow for a risk assessment. Being multifactorial, this issue requires multidisciplinary, stigma-free, patient-centered, and trauma-informed care. And any intervention must be accompanied by a safety and follow-up plan at the time of discharge.

KEYWORDS: Suicide Attempted, Pediatrics, Risk factors, Early Medical Intervention, Patient Safety.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de Salud Pública mundial. Las estadísticas reflejan que ocupa el quinto lugar entre las primeras causas de mortalidad a nivel mundial y en México, además ha incrementado significativamente entre la población de niños, niñas y adolescentes.¹⁻³ La transición de la niñez a la adolescencia representa un período crítico de fragilidad por la aparición de cambios físicos, emocionales, sociales la necesidad de autonomía y de forjar su propia identidad, lo que los vuelve altamente vulnerables a un intento de suicidio.^{4,5}

El suicidio es un fenómeno multifactorial, en el que intervienen factores biológicos, genéticos, sociológicos, psiquiátricos y psicológicos.^{6,7,8} Se ha estimado que hasta el 43% de la variabilidad en la conducta suicida podría ser explicada por la genética, mientras que el restante 57% se puede explicar por factores ambientales.⁹ Se ha identificado una asociación entre el gen del transportador de serotonina SLC6A4 (polimorfismo 5-HTTLPR) y la conducta suicida.⁷

El comportamiento suicida es una de las patologías “tiempo-dependientes”, en las que el retraso en el diagnóstico o tratamiento influye negativamente en la evolución y el pronóstico del proceso. Estas patologías entre las que se

incluyen, por ejemplo, la sepsis, el traumatismo craneo encefálico y las conductas suicidas se consideran críticas en las áreas de urgencias, porque su morbilidad está directamente relacionada con la demora en iniciar una intervención.⁶

La mayor parte del personal de salud no se siente suficientemente preparado para atender a niñas, niños y adolescentes con conductas suicidas. Las dos principales situaciones que nos preguntamos cuando enfrentamos estas situaciones son: ¿cómo intervenimos? y ¿cómo identificamos a quienes están en mayor riesgo para eficientar los recursos de salud mental con los que contamos?⁸

Llevamos a cabo una revisión cualitativa de la literatura con el objetivo de identificar los puntos clave para realizar una adecuada intervención de primer contacto en los casos de intento de suicidio en el área de urgencias. Describimos la epidemiología, la presentación clínica, los factores de riesgo, la identificación y valoración del paciente con conductas suicidas, las intervenciones de primer contacto durante la atención a niños, niñas y adolescentes (NNA) con conductas suicidas en el servicio de urgencias y el plan de seguridad al egreso.

Las búsquedas de la literatura se realizaron del 1 al 20 de junio del 2023, en las bases de datos

PubMed, LILACS y BVS. Se utilizaron los términos DECS: suicidio, Intento suicida, enfermería, intervención en crisis, seguridad del paciente, encuestas y cuestionarios, factores de riesgo e intervención médica temprana. Y los términos MeSH: Suicide, Suicide Attempted, Nursing, Crisis Intervention, Patient Safety, Surveys and Questionnaires, Risk Factor, Early Medical Intervention. Se emplearon los filtros de búsqueda: tiempo (menor de 10 años) y edad (menores de 18 años).

DEFINICIONES

Para la correcta comprensión de este artículo, definiremos las conductas suicidas, de acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).¹⁰

Suicidio: es la muerte causada por un comportamiento perjudicial dirigido hacia uno mismo, adoptado con la intención de morir a causa de dicho comportamiento.

Intento de suicidio: se define como un comportamiento no mortal, potencialmente perjudicial, dirigido hacia uno mismo con la intención de morir a causa de dicho comportamiento. Los intentos de suicidio pueden o no tener como resultado una lesión.

Ideación suicida: pensar, considerar o planear quitarse la vida de forma deliberada.⁶

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con la OMS, 703 000 personas se quitan la vida cada año a nivel mundial y muchas otras lo han intentado. Internacionalmente y en nuestro país, el suicidio se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte en la población pediátrica y adulta joven (10-29 años).¹⁻³

En México, el suicidio ha ido en aumento entre las y los adolescentes. En 2019 se quitaron la

vida 1028 adolescentes de 10 a 19 años, lo que representa el 14,23% del total nacional.⁷ Con respecto a las conductas suicidas, en la ENSANUT 2022 la prevalencia más alta de ideación suicida se encontró en el grupo de 12 a 18 años en ambos sexos.⁸

Los métodos utilizados en los intentos de suicidio no consumado pueden variar según la edad y el sexo. Entre los métodos usados con mayor frecuencia por el grupo de niños, niñas y adolescentes se encuentran, para el sexo femenino: el ahorcamiento, la estrangulación o sofocación, el envenenamiento^{9,10} por medicamentos⁸ (p. ej. antidepresivos, analgésicos, antipiréticos, benzodiazepinas, antiinflamatorios no esteroideos, antihipertensivos, antiepilépticos, antipsicóticos, antihistamínicos entre otros)⁹, disolventes, gases o plaguicidas.^{4,8-10} En cambio, el sexo masculino utiliza con mayor frecuencia: dispararse con armas de fuego, aventarse al vacío, usar algún abrasivo para quemarse y toxicomanías (alcoholismo).^{4,8-10} El uso de objetos punzocortantes se destaca en ambos sexos, con mayor prevalencia para el rango de edad de 10-14 años.^{4,9} El consumo de alcohol y drogas ilícitas (marihuana, crack, cocaína, heroína, LSD), para generar sobredosis como método de suicidio, es mucho más frecuente en adolescentes mayores.⁹ Estos métodos se pueden clasificar de acuerdo con su letalidad (**Cuadro 1**). La letalidad es la identificación de la peligrosidad para la integridad física. Su identificación es importante durante la valoración y la atención, para el manejo inicial y la toma de decisiones.¹¹

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los pacientes que consumaron un suicidio acudieron a un servicio médico y de urgencias entre 1-12 meses previos.¹²⁻¹⁵ De estos pacientes, el 61% acude por problemas no identificados, sin evidencias de autolesiones o por síntomas somáticos que enmascaran su condición de salud mental subyacente,^{12,13} mientras que el

Cuadro 1. Clasificación de la letalidad de los métodos utilizados en los intentos de suicidio

Letalidad alta	Letalidad media y baja
<ul style="list-style-type: none"> • Ahorcamiento • Armas de fuego • Arrollamiento (automóviles, trenes, etc.) • Lanzamiento de altura • Intoxicaciones con gas • Electrocuci3n • Intoxicaci3n por elementos altamente t3xicos a3n en peque3a cantidad (organofosforados, sosa c3ustica, medicaci3n, etc.) • Intoxicaci3n por elementos de baja toxicidad, pero cuya letalidad est3 dada por la cantidad y/o modalidad de ingest3n (medicamentos en gran cantidad) • Heridas cortantes profundas o en gran cantidad (cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesti3n de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y peque3a cantidad (t3xico en peque3as cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona) • Cortes leves, escasos y superficiales. • Cualquier otra conducta de autoagresi3n de caracter3sticas tales que no hubieren podido ocasionar da3o severo

Sulleiro A, V3zquez M, Nowotny A, Gosiker M, G3nlez J. Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias: lineamientos para equipos de salud. Vol. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina; 2021. 114 p.

39% acude por una autolesi3n.¹² En el **cuadro 2** se presentan las principales presentaciones cl3nicas en ni3as, ni3os y adolescentes que se presentan a los servicios de urgencias por conductas suicidas.

Los adolescentes y adultos j3venes que visitan el servicio de urgencias por problemas f3sicos, especialmente si son reincidentes, tienen un riesgo significativamente mayor de regresar para recibir tratamiento por un intento suicida y lesiones autoinfligidas en la superficie del cuerpo (NSSI, Non-Suicidal Self Injury) dentro de los pr3ximos 6 meses.¹⁵

FACTORES DE RIESGO

La transici3n de la niñez a la adolescencia representa un per3odo cr3tico de vulnerabilidad por la aparici3n de cambios f3sicos, emocionales, sociales la necesidad de autonom3a y de forjar su propia identidad, lo que predispone a la conducta suicida;^{4,5} 3sta es compleja y multifactorial, ya que existen diversos factores de riesgo, causas m3ltiples e interrelacionadas, variables en el tiempo, en los 3mbitos biol3gicos, psicol3gicos,

culturales y socioecon3micos.⁵ Estos factores pueden agruparse de diferentes maneras, para los fines de este art3culo los presentamos como factores individuales, familiares y comunitarios (**Cuadro 3**).

Para evaluar el riesgo de suicidio, todo el personal de salud necesita un conocimiento preciso de los factores y de los posibles factores desencadenantes.¹⁶ Se ha identificado que 30 % de los preadolescentes que llegan a los servicios de urgencias por cualquier motivo, dieron positivo en el tamizaje de riesgo de suicidio y un 17% admitieron haber tenido conductas suicidas anteriormente.⁶ El predictor m3s importante de un suicidio consumado es la existencia de intentos suicidas previos,⁸ entre el 30 y el 50% de los suicidios consumados tienen el antecedente de alg3n intento de suicidio,²¹ y de acuerdo con la Organizaci3n Panamericana de la Salud (2016), un 10% de las personas que llevaron a cabo suicidio, visitaron un departamento de urgencias dentro de los dos meses previos a consumarlo.⁶ Por lo que cobra relevancia que el personal de salud cuente con herramientas para identificar dentro de la valoraci3n dichos factores.

Cuadro 2. Presentación clínica para sospechar conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes^{9,11,12,42}

Motivo de consulta	
<p>Autolesiones</p> <p>Signos de envenenamiento o intoxicación</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumo de medicamentos (benzodicepinas, analgésicos, antidepresivos). Sobredosis de medicamentos o sustancias (limpiadores, insecticidas, plaguicidas, combustibles, etc.). <p>Lesiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Ahorcamiento Quemaduras Laceraciones Caídas de altura Lesiones autoinfligidas en la superficie del cuerpo (NSSI) Lesiones por objetos punzocortantes Cortes en la piel Golpes Arrancamiento de cabello Punciones Arañazos Pellizcos Lesiones múltiples de extremidades inferiores Mutilaciones Sangrado Combinación de lesiones 	<p>Otros motivos sin evidencia de autolesiones*</p> <p>Quejas médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Malestares estomacales (dolor abdominal), Náuseas y/o vómito Dolor de espalda Cefalea. Dolores inexplicables o no justificados Dolor crónico de difícil control <p>Traumas físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Politraumatismo Participación en accidentes vehiculares Lesiones crónicas (osteomielitis, alveolitis de la mandíbula) Lesiones repetitivas. <p>Alteraciones neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Somnolencia Confusión Disminución del estado de alerta Pérdida del conocimiento Letargo extremo <p>Excitación motriz</p> <p>Motivos psiquiátricos</p> <ul style="list-style-type: none"> Síntomas psicóticos Signos de depresión Cambio en la medicación o dosis de fármacos para padecimientos psiquiátricos Expresión manifiesta de planes auto agresivos. Ideación implícita de autolesión, de muerte y/o suicidio Desesperanza
Durante la valoración	
<ul style="list-style-type: none"> Mala higiene personal y afecto plano Desinterés generalizado Tristeza Aislamiento y dificultad severa para vincularse afectivamente Poca cooperación con el personal de salud Agresividad Baja autoestima Sospecha del personal de salud 	<p>Antecedentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Historia previa de intento suicida Desapego a tratamiento farmacológico crónico Consumo de alcohol o sustancias Dolor crónico <p>De la persona que acompaña</p> <ul style="list-style-type: none"> Preocupación del familiar o tutor

*Presentación clínica más recurrente, pero al ser síntomas no específicos, suelen pasarse por alto por el personal de salud.

IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTAS SUICIDAS

El juicio clínico del personal multidisciplinario para la identificación oportuna de los factores de riesgo que predisponen a las conductas suicidas de los niños, niñas y adolescentes que acuden a los servicios de salud son indispensa-

bles; sin embargo, existen barreras que impiden la identificación, valoración y evaluación de la ideación y el comportamiento suicida en las salas de urgencias. Entre ellas se encuentran el desarrollo de estigmas, estereotipos, prejuicios y discriminación en el propio personal de salud, lo que se considera la principal barrera para la identificación de factores de riesgo y señales de

Cuadro 3. Factores de riesgo y/o desencadenantes de conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes^{6,9,63-65,13,16,57-62}

Factores individuales	
Problemas emocionales: estilos de afrontamiento, sentimientos de desesperanza, crisis emocional, miedos extremos, baja autoestima, culpa, dolor emocional, sensación de rechazo, sufrimiento, estar en un proceso de duelo por pérdidas, impulsividad, fuentes de tristeza, ira, odio e inseguridad.	Uso o abuso de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis) o exposición a las mismas (exposición a humo de tabaco).
Antecedente de ideación o intento suicida previo.	Conductas sexuales de riesgo (inicio de vida sexual precoz, promiscuidad)
Antecedentes de autolesión (p. ej. cortes con navaja, automutilación).	Conflicto con la ley
Problemas de salud mental: depresión, trastorno del estado de ánimo, trastorno bipolar, trastorno de la conducta alimentaria, conducta disruptiva, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, estrés, hospitalización psiquiátrica reciente.	Pertenencia a grupos minoritarios o vulnerables: LGBTQA+, subculturas alternativas (p. ej. gótico, emo, punk), migrantes.
Comorbilidad sistémica: acné, asma, sobrepeso y obesidad, Infección por <i>Toxoplasma gondii</i> , trastornos del sueño, dolor crónico, síntomas que no se alivian, enfermedades potencialmente mortales (cáncer, SIDA y trastornos cardiopulmonares).	Medios digitales: uso prolongado de pantallas o uso problemático de (adictivo o compulsivo de redes sociales), participación en desafíos en redes sociales, violencia digital (ciberbullying y ciberacoso), búsquedas en internet o en grupos de redes sociales sobre temáticas relacionadas con el suicidio.
Tratamiento farmacológico para la comorbilidad psiquiátrica (antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina), polifarmacia.	Problemas académicos: presión académica, descenso del rendimiento académico, ausentismo escolar.
Problemas de relación social: disminución en la cantidad de amistades; conflictos, crisis y rupturas amorosas o con amigos; aislamiento social; sentimientos de falta de apoyo familiar o social, problemas interpersonales.	Factores genéticos
Factores familiares	
Situaciones que generan disfunción familiar Vivir con padres separados/divorciados. Vivir con alguien cercano que intentó suicidarse / historia familiar de conductas suicidas. Historia familiar de trastornos de salud mental. Muerte de alguno de los padres/cuidadores/tutores o de algún familiar o de alguien cercano. Vivir con familiares con abuso de alcohol u otras sustancias. Conflictos familiares	Vivir violencia por parte de padres, cuidadores, tutores o figuras de autoridad Maltrato físico Maltrato psicológico Negligencia y/o abandono Negligencia emocional
Nivel educativo bajo de los padres Problemas económicos en la familia Falta o pérdida del empleo de la jefa o jefe de familia. Acceso a armas de fuego o medicamentos	Vivir violencia Exposición a violencia doméstica Violencia comunitaria Violencia infantil Abuso sexual
Factores comunitarios	
Vivir violencia Acoso escolar (bullying) Ciberacoso Violencia comunitaria Violencia sexual Discriminación Exclusión	Exposición a conductas suicidas



alarma ante los suicidios no consumados. Las y los profesionales sanitarios deben promover actitudes positivas, compasivas y de apoyo hacia las personas con enfermedades mentales,¹⁷ para brindar una atención centrada en el paciente e informada en el trauma.¹⁸ Existen instrumentos que pueden ayudar al personal de salud a identificar y evaluar actitudes estigmatizantes hacia las personas con conductas suicidas, entre ellas las Escala de Estigma del Suicidio (SOSS y SOSS-SF) y el Perfil de Actitud ante la Muerte-Revisado (DAP-R).^{19,20}

Otras barreras para una evaluación eficaz del riesgo de suicidio incluyen, la falta de tiempo y la falta de procedimientos estándar de detección, incluidas herramientas de tamizaje validadas en la población que se atiende (en el **cuadro 4** se muestran herramientas de tamizaje que pueden ayudar en la valoración),²¹ así como, la escasez de consultores de salud conductual pediátrica, como psiquiatras y psicólogos.²² La falta de conocimiento y capacitación en el personal de salud es otra barrera.²³ La capacitación sobre la salud mental puede ayudar a reducir el estigma, aumentar los conocimientos sobre la salud mental y alentar la búsqueda de ayuda.²⁴ La simulación de alta fidelidad ofrece la oportunidad de aplicar y desarrollar habilidades clínicas en un entorno de aprendizaje realista, pero seguro y controlado. Esto puede ayudar a los profesionales de la salud a prepararse para actuar ante eventos de crisis.²⁵

Herramienta ASQ para la detección del riesgo de Suicidio⁶

Este instrumento consta de cinco preguntas (**cuadro 5**), toma dos minutos aplicarlo, se puede utilizar en el las áreas de urgencias. Permite hacer una valoración rápida del riesgo de suicidio y tomar decisiones con base en las respuestas.

- Si responde “Sí” a las preguntas 1 y 2 y al resto “No”, es de riesgo bajo.

- Si responde “Si” a las preguntas 1 a la 2 y “No” a la 4 y 5, corresponde a riesgo moderado.
- Si responde “Sí de la 1 a la 4, es riesgo alto.
- Si responde “Si” a las preguntas 1, 2, 3 y 5, es de riesgo inminente. En estos casos siempre se requiere una evaluación por salud mental especializada y mantener la seguridad de manera urgente.

Actualmente se está trabajando en la adaptación y validación de este instrumento para su uso en población adolescente de manera auto aplicable, en el Instituto Nacional de Pediatría.

En cada unidad de urgencias se deben utilizar instrumentos validados para evaluar el riesgo de suicidio en todos los pacientes cuyas razones principales para buscar atención médica sean el tratamiento o la evaluación del comportamiento suicida. En estudios en adolescentes utilizando el instrumento ASQ y *Suicidal Ideation Questionnaire*, se identificó que se detectaron conductas suicidas en el 54% de los pacientes que acudieron por un problema psiquiátrico y en el 7% de quienes acudieron por otra queja médica. En estos adolescentes la tasa de ideación suicida fue de 29% y el 17% reportó haber tenido comportamientos suicidas previos. Esto nos muestra la importancia de que el persona de salud conozca y utilice este tipo de instrumentos desde la evaluación del triage en los servicios de urgencias.⁶

También debemos tener presente que algunas personas pueden expresar pensamientos suicidas de manera diferente o negar la ideación suicida, esto refuerza la importancia de realizar tamizaje y tener presente las formas de presentación en población adolescente (**cuadro 3**).

Cuadro 4. Herramientas auxiliares para la valoración de pacientes con conductas suicidas^{15,27,43-56,63}

Valoración de las conductas suicidas	Valoración de factores de riesgo y desencadenante de conductas suicidas
<p>Valoración de la ideación suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI), evalúa la ideación suicida. • Escala de ideación suicida de Paykel (PSS). • International Suicide Prevention Trial Sacale For Suicidal Thinking (The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity). 	<p>Posibles factores desencadenante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES). Para evaluar el constructo estrés en el adolescente. El APES contiene 90 ítems para medir eventos estresantes para adolescentes (de 10 a 18 años). • Instrumento Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ), validado en adolescentes mexicanos.⁶³
<p>Valoración del riesgo suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ask Suicide-Screening Questions (ASQ). • Escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia (C-SSRS). • El modelo SOARS se desarrolló específicamente para la evaluación de la severidad de la ideación suicida. (Wester et al 2016). • Escala Breve de Calificación de Síntomas (BSRS-5) valora ansiedad, hostilidad, depresión, hipersensibilidad interpersonal y síntomas de adicciones. Se emplea para medir angustia psicológica después de un intento suicida. • BSRS-5R, escala ampliada del BSRS-5, a la que se agregó al final una pregunta sobre ideación suicida. 	<p>Sintomatología de problemas de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • MINI Entrevista Neuropsiquiátrica internacional. Explora los principales trastornos psiquiátricos. • Inventario de Depresión de Beck: Evalúa depresión. • Escala de Hamilton para la depresión. • Escala de depresión de Montgomery-Asberg. • PTSD Checklist, Military Version (PCL-M). Instrumento de autoreporte, de 17 ítems, evalúa la sintomatología del estrés postraumático. • Escala de impulsividad de Barrat. (BIS-11). • Escala analógica del estado de ánimo visual (VMAS) (Craig J 2018) • (VMAS). Evalúa estados cognitivo-afectivos: deprimido, tranquilo, agitado o al límite, esperanzado, con ganas de suicidarse, ansioso, avergonzado, feliz, cansado y como una carga • Escala de Desesperanza de Beck: Evalúa la desesperanza (expectativa negativa del futuro que se correlaciona con ideación suicida).
<p>Valoración del comportamiento Suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de autolesión por intento de suicidio: Evalúa historial de intentos de suicidio. • Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS). Para evaluar las características de la tentativa suicida, circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, preocupación), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol y otras sustancias. 	

Nota: la mayoría de estas herramientas no se han validado en población adolescente, por lo que denotan un área de oportunidad para su utilidad en este grupo etario.

Cuadro 5. Instrumento ASQ para la detección del Riesgo de Suicidio

Pregunta*	Sí	No
1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto?		
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto?		
3. En las últimas semanas, ¿ha pensado en suicidarse?		
4. Alguna vez ha intentado suicidarse? Si contestó que sí, ¿Cómo lo hizo? _____ ¿Cuándo lo hizo? _____		
5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? Describa estos pensamientos (planes, intención, preparativos) _____		

*Versión para adultos⁽⁶⁾ Actualmente se está trabajando en el Instituto Nacional de Pediatría en la adaptación y validación de este instrumento para su uso en población adolescente.

Atención integral de niños, niñas y adolescentes con conductas suicidas en el área de urgencias

Las personas somos unidades biopsicosociales, por lo que las crisis pueden girar en torno a alguna de estas dimensiones. Se debe determinar cuál aspecto es el prioritario en cada situación concreta y atender en la medida de lo posible.

1. Salvaguardar la vida

Salvaguardar la vida debe considerarse la principal intervención que permita la identificación de las repercusiones biológicas o somáticas del intento de suicidio. La necesidad o no de un abordaje médico de urgencia en el área hospitalaria, para limitar o mitigar el daño, estabilizar al paciente, salvaguardar su integridad física y preservar la vida.^{26,27}

2. Primera ayuda psicológica

Una vez estabilizado el paciente, la relación entre el equipo multidisciplinario y los pacientes influye en la información que se puede obtener de los sucesos, incluso en situaciones de emergencia psiquiátricas. Retomando que somos seres biopsicosociales, la siguiente área de intervención, debe estar enfocada en aplicar la llamada “primera ayuda psicológica”. Esta se puede realizar por cualquier profesional del área de la salud (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros). Se caracteriza porque debe de ser breve (minutos-horas), permitiendo así la contención de la crisis. El objetivo de esta intervención es desarrollar una relación dirigida a ayudar a los pacientes de forma estructurada. Se puede llevar a cabo a través de interacciones planificadas, utilizando conocimientos sobre comunicación terapéutica, en las que los profesionales brinden apoyo, consuelo, información y despiertan el sentimiento de confianza y autoestima del paciente.^{13,27}

3. Atención centrada en el paciente, informada en el trauma y libre de estigma

La atención y el cuidado de los pacientes con intento suicida debe ser humanizado, ocupando los principios de ética, mostrando en todo momento empatía, la escucha reflexiva y activa, la escucha atenta, la interpretación de mensajes verbales y no verbales, el manejo del dolor, mejorar la comodidad. Utilizar un lenguaje claro, un lenguaje respetuoso y no estigmatizante, favorecen el vínculo y la confianza entre el profesional de la salud de primer contacto y el paciente.^{16,28-31}

Aunque las y los adolescentes permanecen solo algunas horas en los servicios de urgencias, sus demandas psicológicas muchas veces no son atendidas por exigir dedicación, escucha activa y vinculación. Cabe mencionar que las y los adolescentes se distancian intrínsecamente del servicio de salud, ya sea por fenómenos personales o por la presencia de estigmas o discriminación por parte del personal de salud. Esto imposibilita la formación de un vínculo terapéutico y propicia el acumulamiento de sufrimiento psíquico, lo que los expone a reincidir en una conducta suicida, debido a que pueden sentirse una carga y/o ven o perciben hostigamiento durante su asistencia.⁹

Por lo anterior, se realizan las siguientes recomendaciones para el abordaje de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran estabilizados y en la sala de urgencias con antecedentes de intento suicida, ideación suicida y/o la identificación de conductas suicidas sin evidencia de autolesiones.^{11,16,27}

- Afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal.
- Escucha calificada del dolor ajeno.
- Transmitir que la intención principal es ayudarlo.

- Mantenerse presente y con escucha incondicional
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes (no aleccionar).
- Evitar tratar de convencerle de que su conducta es una equivocación.
- Evitar frases que expresen que se comprende la experiencia que tuvo la persona que intentó suicidarse o que la minimicen.
- Mostrar calma y seguridad.
- Dejarle hablar a su propio ritmo.
- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitando preguntas innecesarias y morbosas.
- Cuidar la confidencialidad y no generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes.
- Evitar siempre el sarcasmo y la ironía.
- Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz y a posibles incongruencias entre lo verbalizado y la expresión corporal.
- Formular las preguntas y una vez que se ha establecido empatía y la persona se siente comprendida.
- No realizar preguntas cerradas.

Es importante que el personal de salud comprenda que hablar del suicidio no provoca actos de autolesión, el riesgo mayor es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.¹¹

La valoración inicial en el servicio de urgencias permite a los profesionales de salud, identificar los factores desencadenantes en el niño, niña o adolescente con ideación suicida. A través

de una entrevista inicial, es importante que las preguntas a realizar abarquen la presencia del problema, antecedentes de intento suicidio previos y haciendo mayor énfasis en la ideación suicida. También es importante identificar la letalidad del método (cuadro 1). Las preguntas se deben realizar con una actitud libre de prejuicios, de forma clara, concisa, teniendo en cuenta la información que la familia proporcione, para un abordaje favorable. Las preguntas deben tener especificaciones que abarquen la severidad de la ideación suicida, haciendo mayor énfasis a las preguntas que tengan mayor relevancia.³⁰ Recordemos que el uso de herramientas de tamizaje puede facilitar al personal de salud y al paciente la identificación del riesgo y los posibles factores desencadenantes (cuadro 4).

Otro factor a considerar es que para la familia representa un tema muy delicado y puede ser difícil de comprender la situación con claridad. Por esa razón se debe de hacer hincapié en el tratamiento y seguimiento que se tiene que dar al identificar factores de riesgo.³²

4. Espacio seguro en todo momento

El ingreso de un paciente que intentó cometer suicidio al servicio de urgencias compone un reto para el personal de salud, ya que se deben buscar e implementar estrategias para reducir el riesgo de suicidio intrahospitalario. La capacitación del personal de salud y su conocimiento ante el manejo de una crisis es lo que permitirá la apertura de pensamientos críticos para la identificación temprana de los comportamientos y pensamientos suicidas, herramienta crucial para la reducción de eventos adversos, por lo que el propiciar un entorno seguro, con la infraestructura hospitalaria adecuada, es deber del personal de primer contacto durante la permanencia del paciente en esta área crítica.²⁵

En la medida de lo posible se debe mantener una vigilancia continua del paciente que llega



al servicio de urgencias por intento suicida. Se debe de optar por evitar lugares que permitan el encierro, objetos que aguanten más de 20kg de peso, restringir el acceso a cinturones, cordones punzo cortantes (p. ej. tijeras, agujas, bisturí), vidrios (p. ej. ampollitas, frascos de fármacos), vendas, equipos de venoclisis, ropa de cama (p. ej. sujetadores, sábanas), medicamentos o cualquier otro artículo que pueda usarse para generar autolesiones.^{25,33}

Otro evento adverso que debe ser prevenible con los adolescentes que tienen antecedentes de intento suicida es la fuga o abandono no programado que puede ocurrir en cualquier momento de la hospitalización. Esto es más frecuente en los casos en los que los pacientes desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados de forma involuntaria. La activación de protocolos para la minimización del riesgo, la planificación de niveles de vigilancia y el manejo de un entorno seguro mediante la identificación de factores de riesgo, son fundamentales para la prevención de estos eventos.³⁴

5. Canalización especializada al área de salud mental

La evaluación por profesionales de la Salud Mental debe garantizarse a todas las personas que ingresaron al servicio de urgencias por intento suicida ya sea de baja o alta letalidad. Esta debe suceder en un lapso no mayor a las 48 horas, de acuerdo con la accesibilidad del hospital receptor.^{11,24}

Antes de considerar un alta hospitalaria, la presencia de uno o varios de los siguientes factores de riesgo asociado al intento de suicidio o autolesión configura una situación de riesgo inminente, siendo obligación y prioridad del prestador de salud buscar una interconsulta con el equipo de Salud Mental:

- Acción autolesiva grave o la utilización de un método de alta letalidad.
- Acción llevada a cabo con alto grado de impulsividad, planificación o ideas de muerte estructuradas.
- Persistencia de la ideación suicida o autolesiva.
- Intentos de suicidio o de autoagresión previo o intento de suicidio de personas cercanas.
- Toxicomanías.
- Presencia de patologías mentales.

La Intervención Familiar para la Prevención del Suicidio se considera una intervención especializada, efectiva y preventiva, en el contexto del servicio de urgencias. Ya que es primordial fortalecer los factores protectores del adolescente y su familia, se recomienda en todo momento la canalización al área de salud mental.^{35,36}

La terapia farmacológica se deberá indicar y/o adecuar cuando se identifique una patología psiquiátrica que lo amerite (como depresión, ansiedad, etc.). Recordando que estos medicamentos tienen un tiempo de inicio del efecto para observar mejoría de los síntomas psiquiátricos, el cual no es inmediato (puede ser entre dos y cuatro semanas) y que en adolescentes, algunos de ellos tienen como efecto secundario la ideación suicida, por lo que su prescripción siempre debe ser estrechamente supervisada.⁶

6. Generación de un plan de seguridad para el egreso

La estabilización del paciente con conductas suicidas en los servicios de urgencias no garantiza una mejoría en el estado mental. Se ha documentado que uno de los momentos más

peligrosos es inmediatamente después de la crisis, siendo las primeras 48 horas el periodo más crítico. Posterior a esto se ha identificado una ventana crítica, considerada como los siete días posteriores al intento fallido, en el que la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño nuevamente, puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro y la persona sigue estando en situación de riesgo.^{11,37}

El equipo multidisciplinario, en conjunto con el equipo de Salud Mental (cuando sea posible), determinará la persistencia, el agravamiento o disminución del riesgo y deberá estructurar estrategias de seguimiento inmediato y a corto plazo para mitigar el riesgo.^{11,37}

Es necesario garantizar un seguimiento centrado en la persona y la reevaluación del riesgo de suicidio (cuadro 4). Involucrar a la familia es parte medular para el alta hospitalaria. Se debe considerar la posibilidad de egreso cuando se cuente con: a) indicación de seguimiento por el equipo de Salud Mental y b) se hayan verificado todos o la mayoría de los siguientes puntos:

- Las autolesiones se identificaron como de bajo riesgo; en caso de alta letalidad, se debe indicar el alta y dar seguimiento estrecho por el área de salud mental.
- Existen solo ideas de muerte intermitente o no estructuradas.
- El contexto familiar sea competente, presente actitud de compromiso para adoptar medidas de cuidado.
- Haber acordado estrategias con la familia para garantizar un hogar seguro.³⁷
- El/la adolescente se encuentre dispuesto ante la necesidad de continuar el tratamiento y se pueda garantizar el seguimiento.

Las sesiones terapéuticas posteriores al alta deben contemplar la educación al paciente y al sistema de apoyo sobre los riesgos de suicidio en los periodos posteriores al alta, la entrevista de dificultades que se han presentado, así como su interacción con la familia y el registro de las conductas problema en días alternos de haberse presentado. A medida que el seguimiento avanza las sesiones pueden espaciarse a ser semanales, quincenales o mensuales. Si no hay conductas problema se recomienda espaciar las sesiones progresivamente a los 15 días, 21 días, al mes, a los tres meses y a los seis meses. Si existe una conducta problema, dependiendo su magnitud, se debe recuperar la frecuencia de seguimiento anterior.^{32,37}

En pacientes mayores a 18 años se han implementado estrategias de emergencia dirigida a disminuir el número de casos de suicidio y reintento suicida. Éstas se enfocan en el seguimiento de los pacientes después de ser dados de alta de las áreas críticas, mediante la utilización de la aplicación WhatsApp por su popularidad, ser un medio simple, eficaz, económica y como una herramienta con amplia difusión, y popularidad. También se han utilizado otros recursos digitales como aplicaciones móviles, plataformas y sistemas operativos. Las cuales han sido eficientes por la alta capacidad de llegar a un público amplio, así como despertar el interés profesional y gestionar la asistencia de forma rápida y organizada.³⁸⁻⁴⁰

La educación a la familia se debe centrar en brindar un plan de alta específico teniendo en cuenta: un plan de seguridad a su egreso, un plan de tratamiento, y un sistema de apoyo que garantice que no tendrán acceso a medios letales.

7. Recursos para el personal de salud

Algunos recursos disponibles para la capacitación del personal de salud para adquirir conocimientos y habilidades para la atención y

manejo integrales de pacientes con conductas suicidas se pueden encontrar en:

- Campus virtual de salud pública²⁴: <https://www.campusvirtualesp.org/es/curso/prevencion-de-la-autolesion-y-el-suicidio-empoderamiento-de-los-profesionales-de-atencion>
- Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS)⁴¹: <http://consame.salud.gob.mx/formacion.html>

CONCLUSIÓN

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de mortalidad. En México representa la quinta causa de muerte entre la población pediátrica y adulta joven. Las y los adolescentes son una población vulnerable, ya que se encuentran en una etapa de cambios físicos, emocionales, sociales, lo que predispone a la conducta suicida. Por tal razón es muy relevante que el personal de salud cuente con conocimientos y habilidades para su oportuna identificación, atención y prevención.

Conocer la epidemiología, la presentación clínica y los factores de riesgo, favorecerá la oportuna sospecha de niños, niñas y adolescentes con conductas suicidas. Algunos instrumentos de tamizaje pueden ser de ayuda para la detección y valoración del riesgo. Una vez identificados los pacientes con conductas suicidas, las intervenciones que se lleven a cabo serán cruciales, para lograr un manejo exitoso, que genere confianza y apego, tanto en el NNA como en su familia. El trabajo y comunicación interdisciplinarios son cruciales. Además, brindar una atención humanizada, aplicando los principios de ética, libre de prejuicios o estigma, mostrando en todo momento empatía, escucha atenta, reflexiva y activa, utilizando un lenguaje respetuoso y no

estigmatizante favorece el vínculo y la confianza entre el profesional de la salud y el paciente.

Durante la atención hospitalaria es muy importante generar espacios seguros para el paciente y para el personal de salud. Establecer una adecuada valoración del riesgo y un plan de seguridad para el alta, son parte importante del tratamiento y seguimiento que requieren estos pacientes. Una intervención no es efectiva si no tiene un seguimiento, por ello resulta importante identificar si el intento de suicidio fue de alta o baja letalidad ya que en relación a ello se irá encaminado el plan de seguimiento y el tratamiento con el objetivo de evitar reincidencia de dicha conducta.

REFERENCIAS

1. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:i94.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). Comunicado de Prensa Núm. 503/22 8 de Septiembre de 2022 Página 1/5 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. 2022.
4. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MC de S. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(2):e2019060.
5. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatría*. 2023;98(3):204–12.
6. Tejadilla DI, Molina C, Espinosa P, Jurado R, Vázquez A et al. Manual de Procedimientos del Sistema de Atención Coordinada para Comportamiento Suicida Código 100 en México. *Secr Salud [Internet]*. 2022;(2905). Available from: <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-de-procedimientos-codigo-100>
7. armiento Hernández EI, Flores REU, Prats MEB, Medellín BC, García AA, Muñoz SH. El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos. *Salud Ment*. 2014;37(2):97–101.
8. Grimmond J, Kornhaber R, Visentin D, Cleary M. A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. *PLoS One*. 2019;14(6):1–25.

9. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Mol Psychiatry*. 2006;11(4):336–51.
10. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(4):595–600.
11. Stone, Deb; Holland, Kristin; Bartholow, Brad; Crosby, Alex; Davis SW. Prevención del suicidio: Paquete técnico de políticas, programas y prácticas [Internet]. Atlanta, Georgia; 2017. Available from: file:///C:/Users/200102ACASASM/Downloads/cdc_56559_DS1.pdf
12. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2021 [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 29]. Available from: https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_06_0ce246dc-784f-4198-807b-4375a1612693
13. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L. Conducta suicida en México : análisis comparativo entre población adolescente y adulta. 2023;65:110–6.
14. Dias Fogaça V, Mateus de Souza D, Silva L, Bautista Guedes DM, Domingues F, Trinquinato I, et al. Suicide attempts by adolescents assisted in an emergency department: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2023;76(2):e20220137. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37042925><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC10084778>
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre) datos nacionales. Ciudad de México; 2021.
16. Sulleiro A, Vázquez M, Nowotny A, Gosiker M, González J. Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias: lineamientos para equipos de salud. Vol. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina; 2021. 114 p.
17. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Br J Psychiatry*. 2003;183:28–33.
18. Chun TH, Mace SE, Katz ER, Shook JE, Callahan JM, Connors GP, et al. Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20161570.
19. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909–16.
20. Westers NJ, Plener PL. Managing risk and self-harm: Keeping young people safe. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020;25(3):610–24.
21. Valente SM. Oncology Nurses' Teaching and Support for Suicidal Patients. *J Psychosoc Oncol*. 2007;25(1):121–37.
22. Sánchez-Loyo LM, Morfín López T, García de Alba García JE, Quintanilla Montoya R, Hernández Millán R, Contreras Preciado E, et al. Intento de suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural. *Acta Investigativa psicológica* [Internet]. 2014;4(1):144–58. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-48322014000100010&script=sci_arttext%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322014000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Efrén, Valverde-Bolívar; José J., García-Arenas; Ilda, López Pelegrin; Laura, Pérez-Gómez; Manuel, Muñoz-López; Agustín J. S-M. El estigma de los profesionales de salud mental hacia los usuarios con trastorno mentales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2022;50(4):178–86.
24. Michaud L, Dorogi Y, Gilbert S, Bourquin C. Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *PLoS One*. 2021;16(2 February):1–11.
25. Batterham, P.J., Caley, A.L., Christensen H. The Stigma of Suicide Scale: Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. *Res Trends*. 2013;34:13–21.
26. National Centre for Epidemiology and Population Health. ANU College of Health & Medicine. Stigma of Suicide Scale (SOSS).
27. Petrik ML, Gutierrez PM, Berlin JS, Saunders SM. Barriers and facilitators of suicide risk assessment in emergency departments: A qualitative study of provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):581–6.
28. Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017;56(6):506–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
29. Alcântara de Sousa K, Silva Ferreira, Maria Goreth; Ferreira Coelho Galvão E. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 1(Suppl 1):e20190459.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud [Internet]. Curso virtual. 2022 [cited 2023 Jun 29]. Available from: <https://www.campusvirtualsp.org/es/node/26373>
31. Molloy L, Hons MN, Brady M, Mhn A, Beckett P. Near Hanging and Its Management. *J Psychosoc Nurs*. 52(5):41–5.
32. Pedreira-Massa JL. Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Rev Psicopatol y Psicol Clin*. 2019;24(3):217–37.
33. Rocamora A. Intervención en Crisis en las Conductas Suicidas. *Desclée De Brouwer*; 2013. 26–174 p.
34. Hissae Kondo É, Cardoso Vilella J, de Oliveira Borba L, Roberto Paes M, Alves Maftum M. Acercamiento de un equipo de enfermería a los usuarios de un servicio de urgencias de salud mental. 2011;45(2):489–95.
35. Silva IGP, Lino IGT, Paiano M, Marcon SS, Marquete VF, Batista VC, et al. Perception and performance of the nursing team in caring for patients with suicide behavior. *Acta Sci - Heal Sci*. 2022;44:1–10.

36. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM. Cuidado de enfermagem em urgência/emergência às pessoas que tentam suicídio. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog* (Edição em Port. 2020;16(4):122–32.
37. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 5):2199–205.
38. De la Torre M. Manejo Inicial De La Ideación Suicida. *Guia Desarro por el Cent Psicol Apl* [Internet]. 2013;1–35. Available from: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf
39. Becker K, Schmidtke A GN. Suizidpräventive Architektur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z KinderJugendpsychiatr Psychother*. 2019;47(1):9–18.
40. Red de salud mental de Extremadura. Protocolo de abandonos no programados- Protocolo de fuga. Extremadura, España; 2018. 35 p.
41. Organización Panamericana de la Salud(OPS). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada [Internet]. Vol. Versión 2., Repositorio Institucional para intercambio de información. 2018. 1–173 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071%0Ahttp://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf%5Cnhttps://www.scribd.com/doc/64758557/Guia-de-Intervencion-Trastornos-Mentales-Neurologicos-y-por-uso-de-sustancias-OMS
42. Guajardo N, Ojeda F, Achui L, Larraguibel M. Intervenciones terapéuticas para la conducta suicida en adolescentes TT - Therapeutic interventions in suicidal behavior teens. *Rev chil Psiquiatr neurol infanc adolesc* [Internet]. 2015;26(2):145–55. Available from: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/6p5p2>
43. The Assessment and Management of Risk for Suicide Group. Assessment and Management of Patients at Risk of Suicide. Guideline Summary. 1st ed. Department of Veterans Affairs. Department of Defense; 2013.
44. Bão ACP, Amestoy SC, Moura GMSS de, Trindade L de L. Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(2):360–6.
45. Rocha D de M, Cavalcante AK de CB, Oliveira AC de, Benício CDAV, Santos AMR Dos, Nogueira LT. Contributions of health technologies in risk assessment for suicide behavior: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74Suppl 3(Suppl 3):e20200205.
46. Rodríguez-Angarita CE, Rodríguez V. N, Benítez M. JM, Gómez R. L, Muñoz H. R, Peñaranda L. V. Seguimiento por Whatsapp durante un año a pacientes con intento suicida atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital universitario privado. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2022;60(4):422–32.
47. Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME). Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) [Internet]. Secretaría de Salud. 2023 [cited 2023 Jun 29]. Available from: <http://consame.salud.gob.mx/formacion.html>
48. Fleta Zaragozano J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Bol la Soc Pediatr Aragon La Rioja y Soria*. 2017;47:37–45.
49. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess*. 2006;18(3):303–12.
50. Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh J. Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.
51. Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–63.
52. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety*. 2011;28(7):596–606.
53. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51(6):768–74.
54. Catalina Alamo P, Tomas Baader M, Zayra Antúnez S, Verónica Bagladi L, Texia Bejer T. Beck hopelessness scale as a suicide risk screening tool among chilean university students | Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2019;57(2):167–75.
55. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343–52.
56. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *Br J Psychiatry*. 1974;124(5):460–9.
57. Lindenmayer JP, Czobor P, Alphas L, Nathan AM, Anand R, Islam Z, et al. The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophr Res*. 2003;63(1–2):161–70.
58. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask suicide-screening questions (ASQ): A brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(12):1170–6.
59. Lu YJ, Chang HJ, Tung YY, Hsu MC, Lin MF. Alleviating psychological distress of suicide survivors: Evaluation of a volunteer care programme. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(5):449–56.
60. Wu CY, Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Chen HC, et al. Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2016;115(6):395–403. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfma.2015.05.004>
61. Compas BE, Davis GE, Forsythe CJ, Wagner BM. Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The

- Adolescent Perceived Events Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1987;55(4):534–41.
62. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova K V, Oquendo MA, et al. The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266–77.
 63. Ph D, Casas-mu A, Velasco-rojano E, Ph D, A M, Alvarez MG. Child Abuse & Neglect ACE-IQ extended version validation and ACE 's frequency in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl*. 2023;(September).
 64. Lachal J, Moro MR, Spodenkiewicz M. Risque suicidaire à l ' adolescence : un état des lieux.
 65. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014;44(16):3361–3.
 66. Von Dessauer B, Ortíz P, Hinostrza T, Bataszew A, Velásquez A, Correa M, et al. Intento de Suicidio Vía Ingesta de Fármacos en Niños. *Rev Chil Pediatr*. 2011;82(1):42–8.
 67. Peña Galbán LY, Rodríguez LC, De La Cruz MP, Arencibia TG, Álvarez MG. Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev Cuba Med Mil*. 2002;31(3):182–7.
 68. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300–10.
 69. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E. Childhood adversity and risk of suicide: cohort study of 548 721 adolescents and young adults in Sweden. *BMJ*. 2017;357:7.
 70. Ruch DA, Heck KM, Sheftall AH, Fontanella CA, Stevens J, Zhu M, et al. Characteristics and Precipitating Circumstances of Suicide among Children Aged 5 to 11 Years in the United States, 2013–2017. *JAMA Netw Open*. 2021;4(7):2013–7.
 71. Zhu J, Li B, Hao F, Luo L, Yue S, Zhai J, et al. Gender-Specific Related Factors for Suicidal Ideation During COVID-19 Pandemic Lockdown Among 5,175 Chinese Adolescents. *Front Public Heal*. 2022;10(March).
 72. Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. Suicidal Behavior in Children Younger than Twelve: A Diagnostic Challenge for Emergency Department Personnel. *Acad Emerg Med*. 2007;14(9):810–8.