

Acta *Pediátrica* *de México*

<https://doi.org/10.1016/j.actape.2024.01.001>

Volumen 45 Suplemento 1, 2024

ISSN: 0186-2391
e-ISSN: 2395-8235



ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES. UNA MIRADA INTEGRAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Órgano Oficial del Instituto Nacional de Pediatría
CONACyT, DOAJ, EBSCO (MedicLatina), Latindex, Redalyc,
SciELO, Scopus y Emerging Sources Citation Index
www.actapediatrica.org.mx, www.revistasmedicasmexicanas.com.mx



Editor emérito*

Dr. Jorge Espino Vela

Editor en jefe

Dr. Felipe Aguilar Ituarte

Editor ejecutivo

Mtro. Edgar Rivas Zúñiga

Editores asociados

Dr. Raúl Calzada León

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Dra. Sara Frías Vázquez

Instituto de Investigaciones Biomédicas UNAM, Ciudad de México.

Dra. María del Carmen Sánchez Pérez

Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México.

Dr. Mario Acosta Bastidas

Instituto Nacional de Pediatría

Consejo Editorial

Dra. Adoración Cano Bonilla

Dra. Victoria Del Castillo Ruiz

Dr. Eduardo López Corella

Dr. Arturo Loreda Abdala

Dra. María Antonieta Mora Tiscareño

Dr. Jaime Ramírez Mayans

Dr. Rogelio Paredes Aguilera

Dra. Cecilia Ridaura Sanz

Dr. Roberto Rivera Luna

Instituto Nacional de Pediatría

Editores de sección

Artículos originales

Dr. Marcelino Esparza Aguilar

Dra. Ana Luisa Rodríguez Lozano

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

Artículo de revisión a propósito de un caso clínico

Dra. Rocío Aidée Castillo Cruz

Dr. Miguel Ángel Rodríguez Weber

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Caso de sesión anatomoclínica

Dra. Cecilia Ridaura Sanz

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Artículos de revisión

Dr. Saul Lugo Reyes

Dra. Emiy Yokoyama

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Criterios pediátricos

Dra. Rosalía Garza Elizondo

Dra. Nuria Francisco-Revilla Estivill

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México

Comité Editorial y de Arbitraje

Dr. Ricardo Acosta Rodríguez, Hospital Ángeles Torreón, Ciudad de Torreón

Dr. Carlos Baeza Herrera, *Hospital General Guadalupe Victoria, Texcoco, Estado de México*

Dra. Eulalia Baselga Torres, *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

Dra. Vanessa Bosch Canto, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Eduardo Bracho Blanchet, *Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México*

MD Antonio Gabriel Cabrera, *Texas Children's Hospital, Baylor College of Medicine Houston, TX, USA*

MD. PhD José Antonio Castro Rodríguez, *Pontificia Universidad Católica de Chile,*

Santiago de Chile

Dr. Hugo Ceja Moreno, *Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México*

Dr. Enrique Chacón Cruz, *CEO and Founder of Think Vaccines*

MD, PhD Antonio Condino Neto, *Institute of Biomedical Sciences, University of Sao Paulo*

Dr. Alberto Contreras Verdusco, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Eduardo de la Teja Ángeles, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Luis de la Torre Mondragón, *University of Pittsburgh Medical Center at Children's Hospital of Pittsburgh, Pensilvania, USA*

Dr. Jesús de Rubens Figueroa, *Instituto Nacional de Pediatría, Cd. de México*

Dra. Carola Durán McKinster, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Nuria Francisco Revilla Estivill, *Hospital Médica Sur, Ciudad de México*

Dr. Silvestre Frenk, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Silvestre García de la Puente, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Arturo Gómez Pedroso Balandrano, *Hospital López Mateos ISSSTE, Ciudad de México*

Dr. Ariadna González del Ángel, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. José Francisco González Zamora, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Hugo Juárez Olguín, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Ismael Lares Asseff, *Instituto Politécnico Nacional, Durango, Durango*

Dr. Pablo Lezama del Valle, *Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México*

Dr. José Luis Mayorga Butrón, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Diana Molina Valdespino, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Verónica Fabiola Morán Barroso, *Hospital Infantil de México Federico Gómez,*

Ciudad de México

Dr. José Martín Palacios Acosta, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Marcia Rosario Pérez Dosal, *Hosp. Gral. Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México*

Dr. Manuel Pombo Arias, *Universidad de Santiago de Compostela, España*

Dr. Rodolfo Rivas Ruiz, *Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México*

Dr. Iván Rolando Rivera González, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Patricia Saltigeral Simental, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Karla Alejandra Santos Jasso, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Ana Luisa Sesman Bernal, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Mario Soto Ramos, *Hosp. Infantil de Especialidades Chihuahua, Chihuahua, México*

MD, Ph. D. Ftos Margarita Terán García, *University of Illinois at Urbana-Champaign,*

Chicago, Illinois, USA

Dra. Gabriela Tercero Quintanilla, *Hosp. Infantil de México Federico Gómez,*

Ciudad de México

Dra. Atlántida Margarita Raya, *Hosp. Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México*

Dr. Manuel Gil Vargas, *Hospital General de Puebla Eduardo Vázquez Navarro,*

Puebla, México

Dra. Marcela Vela Amieva, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dr. Salvador Villalpando Carrión, *Hospital Infantil de México, Ciudad de México*

Dra. Dina Villanueva García, *Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México*

Dra. Emiy Yokoyama Rebollar, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Martha Margarita Zapata Tarres, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Dra. Flora Zárate Mondragón, *Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México*

Acta Pediátrica de México es el Órgano Oficial del Instituto Nacional de Pediatría. Revista bimestral. Editor responsable: Dr. Felipe Aguilar Ituarte. Los artículos y fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total de este número sólo podrá hacerse previa autorización del editor en jefe. Toda correspondencia relacionada con el contenido y suscripciones deberá dirigirse al editor en jefe. Correo electrónico: editor@actapediatrica.org.mx

Acta Pediátrica de México: Certificado de Licitud de Título número 2860. Certificado de Licitud de Contenido número 1833. Registro de Reserva del Derecho de Autor número 04-1986-000000000264-102. Autorizada como Publicación Periódica por Sepomex; Registro núm. PP09-1503. Publicación indizada en Periódica (<http://dgb.unam.mx/periodica.html>), en el Directorio de Revistas Latindex (<http://www.latindex.org>), en la Base de Datos Internacional de EBSCO (MedicLatina) y en Scopus. Publicación realizada, comercializada y distribuida por **Edición y Farmacia SA de CV** (Nieto Editores®). Av. Chamizal 97, Colonia La Trinidad, 56130, Texcoco, Estado de México. Teléfono: 5556782811. Para todo asunto relacionado con las suscripciones dirigirse a: Instituto Nacional de Pediatría, Oficina de Publicaciones Médicas. Insurgentes Sur 3700-C, colonia Insurgentes Cuicuilco. Teléfono directo: 9150-6229; conmutador: 1084 0900, extensión 1112.



Instituto Nacional de Pediatría
Acta Pediátrica de México

CUERPO DE GOBIERNO

Dirección General

Dra. Mercedes Macías Parra

Dirección de Investigación

Dra. Sara Elva Espinosa Padilla

Dirección Médica

Dra. Amalia Guadalupe Bravo Lindoro

Dirección de Administración

Lic. Gregorio Castañeda Hernández

Dirección de Enseñanza

Dr. Luis Xochihua Díaz

Dirección de Planeación

L. E. Agustín Arvizu Álvarez



Acta Pediátrica de México

Volumen 45, Suplemento 1, 2024

CONTENIDO

CONTENTS

EDITORIAL

- S1** **Importancia de la prevención del suicidio en niñas, niños y adolescentes**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero

EDITORIAL

- S1** **The importance of suicide prevention in children and adolescents**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero

ARTÍCULOS ORIGINALES

- S3** **Intentos de suicidio atendidos en un servicio de urgencias pediátrico, antes y durante la pandemia de COVID-19**
Abigail Casas Muñoz, María del Carmen Obregón Mondragón, Aarón Rodríguez Caballero, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Rosa Valentina Vega Rangel, Eduardo Cázares Ramírez, León Felipe Mendoza Vega, Nahomi Patricia Gallardo Pérez
- S16** **Diagnóstico institucional para la atención integral del intento de suicidio en un hospital pediátrico**
Abigail Casas Muñoz, Aarón Rodríguez Caballero, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Oscar Sánchez Guerrero, Diana Molina Valdespino, Juan Antonio Esquivel Acevedo, Guadalupe Adriana Lara Ramos, Corina García Piña, Maribel Palestina Hernández, Angelica María Hernández Hernández, Rocío Aidée Castillo Cruz
- S29** **Diseño de una estrategia de comunicación en salud para la prevención del suicidio entre adolescentes**
Abigail Casas Muñoz, Aarón Rodríguez Caballero, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Mahari Ousha Funes González, Diana Iris Tejadilla Orozco, Pamela Espinosa Méndez, Rocío Jurado Galicia, Abril Deyanira Téllez Buendía, José Vicente Castro Ávalos, Alejandro Vázquez García, Diana Layla Ibáñez López, Jazmín Lucrecia Cuautle Rosas, Alba Aurora de la Rosa Franco, Valeria Stephanie Ríos Avilés
- S40** **Relación entre violencia y conducta suicida mediada por depresión y consumo de alcohol**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Arturo Loredó Abdalá, Eva Prado Solé, Martín G. Álvarez, Diana Tejadilla Orozco
- S47** **Conducta suicida en adolescentes mexicanos: análisis comparativo entre regiones geográficas del país**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Arturo Loredó Abdalá, Eva Prado Solé, Martín G. Álvarez, Diana Tejadilla Orozco

ORIGINAL ARTICLES

- S3** **Suicide attempts treated in a pediatric emergency department, before and during the COVID-19 pandemic**
Abigail Casas Muñoz, María del Carmen Obregón Mondragón, Aarón Rodríguez Caballero, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Rosa Valentina Vega Rangel, Eduardo Cázares Ramírez, León Felipe Mendoza Vega, Nahomi Patricia Gallardo Pérez
- S16** **Institutional diagnosis for comprehensive care of suicide attempts in a pediatric hospital**
Abigail Casas Muñoz, Aarón Rodríguez Caballero, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Oscar Sánchez Guerrero, Diana Molina Valdespino, Juan Antonio Esquivel Acevedo, Guadalupe Adriana Lara Ramos, Corina García Piña, Maribel Palestina Hernández, Angelica María Hernández Hernández, Rocío Aidée Castillo Cruz
- S29** **Design of a suicide prevention advertising strategy among adolescents**
Abigail Casas Muñoz, Aarón Rodríguez Caballero, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Mahari Ousha Funes González, Diana Iris Tejadilla Orozco, Pamela Espinosa Méndez, Rocío Jurado Galicia, Abril Deyanira Téllez Buendía, José Vicente Castro Ávalos, Alejandro Vázquez García, Diana Layla Ibáñez López, Jazmín Lucrecia Cuautle Rosas, Alba Aurora de la Rosa Franco, Valeria Stephanie Ríos Avilés
- S40** **Relationship between violence and suicidality mediated by depression and alcohol consumption**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Arturo Loredó Abdalá, Eva Prado Solé, Martín G. Álvarez, Diana Tejadilla Orozco
- S47** **Suicidal behavior in Mexican adolescents: Comparative analysis among geographic regions of the country**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Arturo Loredó Abdalá, Eva Prado Solé, Martín G. Álvarez, Diana Tejadilla Orozco

CASO CLÍNICO

- S54 Barreras para identificar intentos de suicidio y factores de riesgo en adolescentes: análisis de un caso clínico**
Abigail Casas Muñoz, Victoria Abril Agatón Peralta, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- S60 Factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Nahomi Patricia Gallardo Perez, Karla Sánchez Olivera, Corina García Piña, Diana Molina Valdespino
- S73 Intento de suicidio en población pediátrica: abordaje integral en el área de urgencias**
Mariana Donaji Hernández Castillo, María del Rosario Galicia Torres, Sandra Edith Ávila Gonzaga, Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero
- S89 Estructura del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México**
Alejandro Vázquez García, Paulina Arenas Landgrave, Tejadilla Orozco Diana Iris, Pamela Espinosa Méndez

CRITERIOS PEDIÁTRICOS

- S100 Propuesta de protocolo de atención para niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Arturo Loredó Abdalá, León Felipe Mendoza Vega, Eduardo Cázares Ramírez, María Fernanda Rivera Valaguez

CLINICAL CASE

- S54 Barriers to identify suicide attempts and risk factors in adolescents: Analysis of a clinical case**
Abigail Casas Muñoz, Victoria Abril Agatón Peralta, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero

REVIEW ARTICLES

- S60 Risk factors for suicidal behaviors in adolescents, literature review**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Nahomi Patricia Gallardo Perez, Karla Sánchez Olivera, Corina García Piña, Diana Molina Valdespino
- S73 Suicide Attempts in the pediatric population: Comprehensive Approach in the Emergency Department**
Mariana Donaji Hernández Castillo, María del Rosario Galicia Torres, Sandra Edith Ávila Gonzaga, Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero
- S89 Structure of the National Program for the Prevention of Suicide in Mexico**
Alejandro Vázquez García, Paulina Arenas Landgrave, Tejadilla Orozco Diana Iris, Pamela Espinosa Méndez

PEDIATRIC CRITERIA

- S100 Proposal for a care protocol for children and adolescents with suicide attempts**
Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero, Arturo Loredó Abdalá, León Felipe Mendoza Vega, Eduardo Cázares Ramírez, María Fernanda Rivera Valaguez



Importancia de la prevención del suicidio en niñas, niños y adolescentes

The importance of suicide prevention in children and adolescents.

Abigail Casas Muñoz, Ángel Eduardo Velasco Rojano, Aarón Rodríguez Caballero

Actualmente el suicidio es un problema de salud pública mundial que anualmente afectan a más de 700,000 personas.¹ Cada suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias, las comunidades y las sociedades en distintos ámbitos como el económico, el emocional y el social.²

El problema del suicidio es especialmente importante en la región de las Américas, la única región del mundo donde la mortalidad por suicidio ha ido en aumento desde el año 2000,³ y en particular en México, donde se observó un aumento constante de la tasa de suicidio durante los últimos 30 años,⁴ principalmente a la población joven de 15 a 29 años.⁵

Por esta razón, la reducción de los suicidios en el mundo es un imperativo global para todos los estados, tanto que la Organización de las Naciones Unidas lo incluye como parte de su tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible para 2030 sobre salud y bienestar en la meta 3.4 “reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles en un tercio”⁶ y la Organización Mundial de la Salud incluye en su Programa de Trabajo General 2019-2031 y en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 que se ha extendido hasta 2030.

Debido a que el suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial, que se relaciona con factores: biológicos, psicológicos, socioeconómicos o culturales sensibles a la temporalidad y localización geográfica. Su prevención requiere de respuestas multisectoriales, que involucren a

Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia y su Prevención CEAVI-P, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: 18 de noviembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
eduardorojanova@gmail.com
abycas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A. Importancia de la prevención del suicidio en niñas, niños y adolescentes. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (Supl 1): S1-S2.

los estados, las comunidades, las familias y las personas, considerando seis elementos al respecto: 1) contar con un análisis de la situación actualizada en el país, con información sobre los sectores de la población más afectada, los principales factores de riesgo, y los medios suicidas más utilizados; 2) colaboración multisectorial para realizar estrategias congruentes y holísticas que permitan una atención integral de la persona con riesgo de tener conductas suicidas; 3) sensibilización y defensa para reducir el estigma; 4) desarrollo de capacidades; 5) financiamiento para desarrollo e implementación de las estrategias y 6) vigilancia, monitoreo y evaluación para actualizar y asegurar la efectividad de las estrategias.⁷

Por todo lo anterior, presentamos un suplemento especial que incluye un diagnóstico situacional en el que se identifican las fortalezas, áreas de oportunidad y los actores involucrados en el proceso de atención de conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes en un hospital de tercer nivel. También se reportan los casos atendidos en el servicio de urgencias por intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes y la frecuencia de las conductas suicidas en nuestro país durante la pandemia. Además, incluye una revisión sobre los factores de riesgo de las conductas suicidas en población adolescente, una más sobre los programas nacionales para la atención del suicidio y una revisión para la atención integral de NNA con conductas suicidas que deriva en la propuesta de protocolo de atención. De manera práctica, mediante el análisis de un caso clínico, se muestra un ejemplo de la utilidad de las

herramientas para el tamizaje de las conductas suicidas. Y en cuanto a la prevención, contiene el desarrollo de una estrategia de comunicación en salud, para la prevención de las conductas suicidas entre adolescentes.

La prevención del suicidio es una labor de todos y tomarte un minuto para informarte al respecto puede salvar una vida.⁸

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates. Geneva; 2021.
2. WHO. Suicide. 2021.
3. Pan American Health Organization. Suicide mortality in the americas. in: suicide mortality in the americas [Internet]. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2021; 1-80. <https://doi.org/10.37774/9789275124765>
4. Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Rev Chil Pediatr.* 2019;90(6):606–16.
5. INEGI. Comunicado De Prensa Núm. 503/22 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. 2022.
6. United Nations Organization. Objetivos de desarrollo sostenible. 2015 [cited 2023 Dec 12]. p. 1–2 Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
7. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global un imperativo global [Internet]. Washington, D. C.; 2014 [cited 2022 Jan 12]. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 1st ed. Vol. 1, Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. 1–147 p.

<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2837>

Intentos de suicidio atendidos en un servicio de urgencias pediátrico, antes y durante la pandemia de COVID-19

Suicide attempts treated in a pediatric emergency department, before and during the COVID-19 pandemic.

Abigail Casas Muñoz,¹ María del Carmen Obregón Mondragón,² Aarón Rodríguez Caballero,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Rosa Valentina Vega Rangel,³ Eduardo Cázares Ramírez,² León Felipe Mendoza Vega,² Nahomi Patricia Gallardo Pérez⁴

Resumen

OBJETIVO: Identificar la frecuencia de los casos de IS atendidos en el servicio de urgencias por temporalidad (en los últimos cinco años) y describir los posibles factores de riesgo y/o posibles desencadenantes y algunas características del IS así como de la solicitud de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de revisión de expedientes, de 2018 a 2023.

RESULTADOS: Se revisaron 296 expedientes con el diagnóstico de IS. El 74% fueron mujeres, 56% eran adolescentes tardíos, 43% tempranos y 1% niños. Todos los meses, con excepción de enero, registran incrementos de los casos atendidos por IS durante la pandemia. Los principales factores de riesgo y/o desencadenantes fueron: los conflictos interpersonales (64.19%), el estrés social (57.43%), la agudización de un trastorno de salud mental previo (56.08%), el antecedente de IS previo (48.31%), divorcio de los padres (31.42%) y vivir diferentes formas de violencia [psicológica (28.33%), sexual (18.92%) y por pares (16.55%)]. El horario de solicitud de atención se concentró principalmente en los turnos vespertino y nocturno (79.39%).

CONCLUSIONES: Durante la pandemia hubo un incremento en la cantidad de casos atendidos por Intento de Suicidio en adolescentes en el servicio de urgencias y cambios en la temporalidad de presentación.

PALABRAS CLAVE: Intento de Suicidio; Servicios Médicos de Urgencia; Medicina de Urgencia Pediátrica; COVID-19; Adolescente.

Abstract

OBJECTIVE: Identify the frequency of SA cases treated in the emergency department by temporality (in the last five years) and describe the possible risk factors and possible triggers, some characteristics of the SA, and the request for care.

MATERIALS AND METHODS: An observational, retrospective, and descriptive medical records review study from 2018 to 2023.

RESULTS: 296 records with the diagnosis of SA were reviewed. 74% were women, 56% were late adolescents, 43% were early adolescents, and 1% were children. Every month, with the exception of January, there is an increase in cases treated by SA during the pandemic. The main risk factors and triggers were: interpersonal conflicts (64.19%), social stress (57.43%), exacerbation of a previous mental health disorder (56.08%), a history of previous IS (48.31%), parental divorce (31.42%) and experiencing different forms of violence [psychological (28.33%), sexual (18.92%) and peer violence (16.55%)]. The hours for requesting care were mainly concentrated in the evening and night shifts (79.39%).

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Departamento de Urgencias, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

³ Departamento de Pre y posgrado, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁴ Licenciatura de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México; Residente de primer año de Cirugía General, Hospital General Regional 251 Metepec IMSS, Estado de México.

Recibido: 22 de diciembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
eduardorojanova@gmail.com
abycas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Obregón-Mondragón MC, Rodríguez-Caballero A, Velasco-Rojano AE, Vega-Rangel RV, Cázares-Ramírez E, Mendoza-Vega LF, Gallardo-Pérez N. Intentos de suicidio atendidos en un servicio de urgencias pediátrico, antes y durante la pandemia de COVID-19. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S3-S15.

CONCLUSIONS: During the pandemic, there was an increase in the number of cases treated for SA in adolescents in the emergency department and changes in the timing of presentation.

KEYWORDS: Suicide Attempted; Emergency Medical Services; Pediatric Emergency Medicine; COVID-19; Adolescent.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud declaró el 11 de marzo de 2020 el COVID-19 como pandemia global,¹ 19 días después México anunció estado de emergencia nacional y se declaró su término el 05 de mayo de 2023.²

El suicidio es un problema de salud pública, ocupa el segundo lugar como causa de muerte a nivel mundial registrada en niños, niñas y adolescentes (NNA), las tasas de suicidio han aumentado en este grupo de edad, en los últimos 20 años.³ En México hubo un aumento en la tasa de suicidios de 1.4 por cada 100 habitantes, en la población de 15 a 29 años, del 2019 al 2021.⁴ Las razones por las que los NNA acudieron al servicio de urgencias relacionadas con conductas suicidas son diversas: estresores sociales experimentados durante este tiempo⁵ o factores biológicos⁶ e Interpersonales,⁷ lo que podrían explicar parcialmente este incremento.

De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), las conductas suicidas comprenden:

1. **Ideación suicida:** pensar, considerar o planear suicidarse.
2. **Intento de suicidio (IS):** conducta autoinfligida, no mortal, potencialmente perniciosa, con la intención de quitarse la vida. Puede no producir daño.

3. **Suicidio consumado:** muerte causada por conducta perniciosa autoinfligida, con la intención de quitarse la vida.⁸

Los objetivos de este estudio fueron: 1) Identificar la frecuencia de los casos de IS atendidos en el servicio de urgencias por temporalidad (en los últimos cinco años) y 2) Describir los posibles factores de riesgo y/o posibles desencadenantes y algunas características del IS, así como de la solicitud de atención, con la finalidad de identificar las áreas de oportunidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de revisión de expedientes. Se revisaron los registros de los ingresos al servicio de urgencias, de los años 2018 a 2023. Se identificaron todos aquellos que tuvieran diagnóstico relacionado con IS, intoxicación por fármacos o sustancias y autolesiones. Una pediatra y un psicólogo revisaron la información de los expedientes, para confirmar o descartar los casos de IS, con base en la información descrita. De los casos confirmados, se identificaron las siguientes variables de interés: a) datos demográficos, b) posibles factores de riesgo y/o desencadenantes del IS y c) características de los IS y d) principales características de la solicitud de atención.

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión, mediante frecuencias y porcentajes, medianas y rangos.

Se analizó la base del Sistema de monitoreo del exceso de muertes por todas las causas en México, para tener los datos de muertes por COVID-19 de 2020 a 2022,⁹ con la finalidad de relacionar los aumentos de casos de IS y las muertes por COVID-19.

El proyecto fue aprobado por los Comités institucionales de Investigación y Ética en Investigación (60/2022).

RESULTADOS

Se identificaron 339 casos, se descartaron 38 porque se trató de ingestas accidentales, en 5 casos no fue posible confirmar el diagnóstico, ya que no se consideró IS por el área tratante, no se encontró suficiente información en el expediente y/o tampoco se solicitó valoración por salud mental.

Se analizaron los expedientes de 296 casos confirmados, el 74% (220) fueron mujeres y el 26% (76) hombres. Por grupo de edad el 56% (167) eran adolescentes tardíos (15 a 19 años), el 43% (126) adolescentes tempranos (10 a 14 años) y el 1% niños (8 a 9 años). La procedencia de los participantes fue: Ciudad de México (44.59%), Estado de México (9.46%), Hidalgo (0.68%), Puebla (0.68%), Nuevo León (0.34%), San Luis Potosí (0.34%), Morelos (0.34%), Aguascalientes (0.34%), no reportado (43.24%).

Frecuencia de casos por temporalidad

El total de casos atendidos por año fue de 36 en 2018, 33 en 2019, 64 en 2020, 96 en 2021, 53 en 2022 y hasta junio de 2023 se habían atendido 14. Todos los meses, con excepción de enero, registran incrementos al comparar las medianas mensuales de las frecuencias pre y post pandemia. (**Figura 1**).

Posibles factores de riesgo y/o desencadenantes del IS

En el **Cuadro 1** se describen los posibles factores de riesgo y/o desencadenantes identificados, de acuerdo con el modelo ecológico de Bronfenbrenner.¹⁰ Los tres principales a nivel individual fueron: el estrés social (57.43%) (estrés generado por la necesidad de interacción con otras personas), la agudización de un trastorno de salud mental previo (56.08%) y el antecedente de IS previo (48.31%); a nivel del microsistema fueron los conflictos interpersonales (64.19%) y diferentes formas de violencia; y a nivel del exosistema la violencia sexual (18.92%) y la violencia por pares (16.55%).

El último antecedente de IS previo fue referido por el 48.31% (143) de las personas atendidas, lo que implica que no son acumulados o que este antecedente se trató o no en la institución. El 15.54% (46) refirió haberlo tenido dentro del mes previo, el 7.09% (21) en los tres meses previos, el 4.73% (14) en los seis meses previos, 10.14% (30) en los 12 meses previos, el 4.05% (12) en los 18 meses previos y el 6.76% (20) en los 24 meses previos. Se atendieron 16 pacientes por IS en más de una ocasión en el servicio, de los cuáles 14 tuvieron un intento previo, uno tuvo dos intentos y uno cinco. El rango de tiempo entre una visita y otra iba entre 2 y 485 días (un año con cuatro meses), con una mediana de 138 días, es decir, hasta la mitad de los casos regresaron antes de que pasaran 5 meses del intento previo.

En el **Cuadro 2** se describen los problemas de salud mental que estuvieron presentes en al menos tres cuartas partes de los casos 76.69% (227). Los dos problemas identificados con mayor frecuencia fueron el trastorno depresivo 73.31% (217) y el trastorno de ansiedad 41.89%

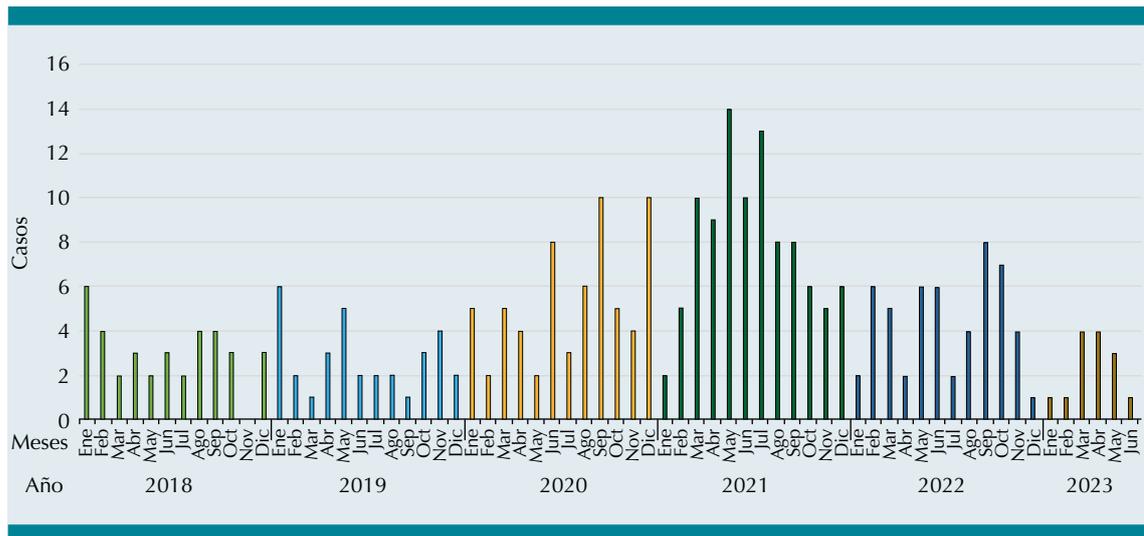


Figura 1. Casos atendidos por Intento de Suicidio en el servicio de urgencias, por temporalidad, de enero de 2018 a junio de 2023.

Cuadro 1. Posibles factores de riesgo y/o desencadenantes del Intento de Suicidio (IS), en 296 casos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel, de 2018 a junio de 2023 (continúa en la siguiente página)

Mecanismo	Frecuencia	Porcentaje
Nivel del ontosistema (individual)		
Estrés social	170	57.43%
Agudización de trastorno de salud mental propio	166	56.08%
Antecedente de IS previo	143	48.31%
Problemas escolares	85	28.72%
Pérdida interpersonal	78	26.35%
Problemas médicos (comorbilidades) o físicos (discapacidad)	68	22.97%
Antecedente personal de consumo de alcohol	50	16.89%
Antecedente personal de uso de sustancias	36	12.16%
Problemas legales o disciplinarios	3	1.01%
Pérdida de empleo propio en los últimos 6 meses	2	.68%
Diagnóstico de embarazo propio o de la pareja previo al IS	1	.34%
Nivel del microsistema		
Conflicto interpersonal	190	64.19%
Relacionadas con la violencia		
Vivir violencia psicológica	84	28.38%
Vivir negligencia	46	15.54%
Vivir violencia física	43	14.53%
Ser testigo de violencia doméstica	43	14.53%

Cuadro 1. Posibles factores de riesgo y/o desencadenantes del Intento de Suicidio (IS), en 296 casos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel, de 2018 a junio de 2023 (continuación)

Mecanismo	Frecuencia	Porcentaje
Violencia física hacia la madre	26	8.78%
Castigo físico	13	4.39%
Situaciones que pueden generar disfunción familiar		
Divorcio de los padres	93	31.42%
Vivir en familia monoparental	89	30.07%
Familiar con problema de salud mental	53	17.91%
Estrés del cuidador	53	17.91%
Antecedente consumo de alcohol en padres	34	11.49%
Familiar que consume sustancias	33	11.15%
Muerte de familiar	31	10.47%
Frecuencia Antecedentes heredofamiliares de IS o suicidio	30	10.14%
Problemas económicos (inestabilidad financiera familiar)	24	8.11%
Antecedente Consumo de sustancias en padres	20	6.76%
Padres gravemente enfermos	16	5.41%
Pérdida del empleo de los padres	8	2.70%
Pérdida del empleo de los padres por pandemia	4	1.35%
Familiar en prisión	3	1.01%
Nivel del exosistema (comunitario)		
Violencia sexual	56	18.92%
Violencia por pares	49	16.55%
Aislamiento por pares	27	9.12%
Ser testigo de violencia comunitaria	17	5.74%
Ciber violencia	12	4.05%
Ser testigo de violencia colectiva	8	2.70%

(124). La sintomatología de salud mental previa al IS, estuvo relacionada con los problemas de salud mental identificados.

El 22.97% (68) de los pacientes tenía alguna comorbilidad médica. De éstas, las más frecuentes fueron: alérgicas (21.28%) [alergias (14.19%) y asma (7.09%)], seguido de las neurológicas (17.57%) [epilepsia (14.86%) y migraña (1.35%)], ortopédicas o mecánicoposturales (9.80%), metabólicas (8.45%) [obesidad (5.74%), hiperlipidemia (1.35%) y diabetes (0.34%)], gastrointestinales (5.41%), discapacidad o trastornos del desarrollo

(4.39%), dermatológicas (4.39%), infecciosas (3.38%), hemato-oncológicas (3.38%), auditivas (1.69%), cardiovasculares (1.69%), broncopulmonares (1.35%), ginecológicas (1.35%), visuales (1.01%) y mitocondriales y genéticas (0.68%).

Características de los IS atendidos

Mecanismos de lesión de los casos de IS atendidos

Con respecto a los mecanismos de lesión (**Cuadro 3**), la mayoría de los adolescentes,

Cuadro 2. Problemas de salud mental y sintomatología relacionada, identificados en 296 casos de Intento de Suicidio atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel, de 2018 a junio de 2023

Problema de salud mental Sintomatología relacionada	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno depresivo	217	73.31%
Tristeza o desánimo	213	71.96%
Sentimientos de minusvalía	163	55.07%
Anhedonia	154	52.03%
Enojo	117	39.53%
Sueño	113	38.18%
Aislamiento social reciente	109	36.82%
Culpa	109	36.82%
Problemas para la Concentración	105	35.47%
Llanto fácil	103	34.80%
Cansancio	97	32.77%
Llanto inconsolable	26	8.78%
Trastorno de ansiedad	124	41.89%
Preocupación o miedo	121	40.88%
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad	31	10.47%
Trastorno de Estrés Postraumático	27	9.12%
Trastorno de la personalidad	24	8.11%
Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	23	7.77%
Trastorno oposicionista desafiante	22	7.43%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	8	2.70%
Trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta	6	2.03%
Trastorno bipolar	4	1.35%
Trastorno obsesivo compulsivo	3	1.01%
Trastorno de la personalidad límite (Borderline)	5	1.69%
Sintomatología relacionada con varios problemas de salud mental		
Ideación suicida	184	62.16%
Cambio en hábitos alimenticios.	47	15.88%
Disminución del rendimiento escolar	97	32.77%
Cambios de humor	82	27.70%

77.36% (229) ingirieron algún tipo de fármaco o sustancia, en menor proporción 17.23% (51) se produjeron autolesiones y por ambos mecanismos lo realizó el 3.72% (11), en dos casos (0.68%) no estaba reportado.

Sitios en el que se llevó a cabo el IS y accesibilidad a medios para llevarlo a cabo

Sobre el lugar en el que llevaron a cabo el IS, la mayoría lo realizó en su casa 89.86% (266),

Cuadro 3. Mecanismo de lesión en 296 casos de IS, atendidos en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel, de 2018 a junio de 2023

Mecanismo	Frecuencia	Porcentaje
Ingestión de medicamentos	200	67.57%
Medicamentos no sedantes	110	37.16%
Medicamentos sedantes	90	30.41%
Ingestión o inhalación de sustancias	34	11.49%
Más de 1	18	6.08%
Productos de limpieza	10	3.38%
Alcohol	4	1.35%
Pesticidas	1	0.34%
Intoxicación por monóxido de carbono	1	0.34%
Autolesiones	51	17%
Cortadas	44	14.86%
Ahorcamiento	41	13.85
Disparo con arma de fuego	7	2.36
Aventarse desde gran altura	5	1.69
Golpes	1	0.34%
Ambas (autolesiones e ingestión de medicamentos)	11	3.72%

el 2.36% (7) en espacios públicos, el 1.35% (4) en la escuela, el 0.68% (2) en una casa ajena, el 0.68% (2) en un hospital psiquiátrico (motivo por el cual fueron referidos para la atención de las lesiones físicas), el 0.34% (1) en el trabajo, el 0.34% (1) en una casa hogar y en el 4.39% (13) de los casos no se reportó.

La accesibilidad a los medios para llevar a cabo el IS estuvo presente en el 92.57% (274) de los casos, en el 1.35% (4) no tenían accesibilidad y en el 6.08% (18) no se reportó.

Las medidas para impedir la interrupción del IS (se incrementa la letalidad) estuvieron relacionadas con: encerrarse en un cuarto (12.84%), realizarlo en un lugar apartado dentro del domicilio (7.09%), realizarlo fuera del domicilio propio (2.36%), realizarlo en ausencia de los cuidadores (23.65%).

Principales características de la solicitud de atención

La persona que acompañaba al paciente fue principalmente la madre en el 71.28% (211) de los casos, seguida del padre en el 10.81% (32), luego los abuelos en el 3.72% (11), los tíos en el 1.69% (5), sin parentesco en el 1.35% (4), padres adoptivos en el 0.68% (2) y padrinos en el 0.34% (1).

La hora de llegada al servicio de urgencias fue sobre todo en el turno vespertino (45.27%) de 15 a 22:53 horas, seguido del nocturno (34.12%) de 23 a 06:50 horas y en menor proporción en el matutino (19.26%) de 07 a 14:59 horas. La mayoría acudió en día hábil (72.30%), entre lunes y viernes, una cuarta parte acudió en fin de semana (25.68%) en sábado o domingo y en día festivo sólo el 2.03%. El egreso de los pacientes

se realizó sobre todo entre el turno vespertino (44.59%) y el matutino (40.88%), un 14.53% fue egresado en el turno nocturno. La mayoría de estos egresos ocurrieron en día hábil (78.04%), casi una quinta parte (19.59%) durante el fin de semana y el 2.36% en día festivo.

Los pacientes acudieron al servicio de urgencias en la mitad de los casos (49.33%) referidos desde un hospital psiquiátrico, al 41.21% los trajo un familiar, el 5.41% lo refirió un médico particular u otro hospital (3.71%).

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria duró entre uno y 35 días. La mediana de la estancia fue de 1 día, es decir que hasta la mitad de los casos permanecieron 24 horas hospitalizados. El promedio de la duración de la hospitalización fue de tres días con una desviación estándar de cuatro días y medio (M.= 70 horas, D.E. = 106 horas). Se describen ambas medidas de tendencia central para reflejar mejor la variabilidad en el tiempo de estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN

A nivel mundial se identificó un incremento de 92% en las visitas pediátricas al servicio de urgencias por IS, al igual que un aumento en la ideación suicida y en las autolesiones.¹¹ En el caso del INP tuvimos un incremento de 266% de casos atendidos durante la pandemia, específicamente durante 2021, con respecto a los años previos a la misma. Lo que se ha observado sobre IS en otros estudios epidemiológicos es que al principio de la pandemia, el número de casos de IS disminuía, y conforme el tiempo pasaba los casos aumentaban e incluso rebasaban las estadísticas de los periodos anteriores;¹² sin embargo, en este estudio los casos no disminuyeron de manera inicial.

Sobre la temporalidad en la presentación de los casos, en esta revisión se identificó un cambio en la cantidad de casos en algunos meses en com-

paración a los meses pre-pandemia. Una posible explicación para los cambios en los patrones temporales para los intentos de suicidio, es decir, los meses del año que consistentemente tienen un mayor número de intentos registrados, es que los puntos de referencia para celebraciones y vacaciones cambiaron, ya sea que se perdieran por completo o se celebraran con restricciones y a distancia. En muchos casos esto tuvo un efecto negativo por la desorganización de las actividades sociales con sensaciones de pérdida y llevó al desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión.¹³ Sin embargo, en otros pudo funcionar como un elemento protector al ayudar a reducir los gastos y aliviar el estrés social de la convivencia forzada con personas fuera del núcleo familiar para individuos introvertidos.¹⁴ Otras posibles explicaciones para esto están relacionadas con que en los primeros meses de la pandemia de COVID-19 fueron psicológicamente estresantes para las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con algunos estudios, tuvieron tasas más altas de ansiedad y depresión durante la pandemia que el año anterior.^{15,16}

En algunos trabajos se ha tratado de ver una correlación entre la estacionalidad y el suicidio, como son los casos de luz y oscuridad o los meses del año, donde hay cambios fisiológicos como los niveles de oxitocina, para tratar de explicar estas frecuencias estacionales.^{17,18} No obstante debemos tener en cuenta que el IS, es multifactorial donde también intervienen factores sociales.¹⁷ Por esta razón podemos suponer que las relaciones sociales se vieron afectadas en el tiempo de la pandemia dado que los cambios en las rutinas, la incertidumbre y la ansiedad relacionada a los métodos de educación en línea, junto con el incremento del uso de internet y la limitación para reportar violencia/abusos hizo que se incrementaran los síntomas depresivos en conjunto con las ideaciones suicidas.

A nivel mundial hubo un gran número de fallecimientos después del primer tercio del año

2020, lo que afectó directamente a niños, niñas y adolescentes, ya que muchos perdieron a alguno de sus padres, o incluso a ambos debido al COVID-19.¹⁹ Esta es otra posible explicación para el incremento en los casos de IS. Con respecto a esta posible relación, en esta revisión identificamos un aumento en los casos atendidos de IS justo después de los picos de muertes por COVID-19, pero sólo durante 2021, en el 2022 disminuyeron en gran medida las muertes por COVID-19, pero la cantidad incrementada de casos atendidos por IS se mantuvo, lo que sugiere la influencia de otros factores.

Sobre la edad de presentación de los IS, las estadísticas hacen mención que el 50% de las dificultades de la vida se experimentan a los 14 años de edad,²⁰ de ahí que el IS se pueda manifestar con mayor frecuencia entre los adolescentes tardíos. Aunque en este estudio llama la atención que un 43% eran adolescentes tempranos y un 1% niños, por lo que debemos poner especial atención en estos grupos de edad.

Los factores más influyentes para desarrollar comportamiento suicida, reportados en la literatura, están relacionados con ser mujer, la presencia de algún trastorno psiquiátrico especialmente depresión y una historia de IS previos.⁷

En este estudio, dos terceras partes de las personas adolescentes atendidas fueron mujeres. Se sabe que la tasa de suicidio es más alta en hombres que en mujeres, mientras que en los IS pasa lo contrario.^{4,11,21,22} La prevalencia de IS es casi 3 veces más en mujeres que en hombres, esto se debe principalmente a que cuando los hombres llevan a cabo un IS tienden a realizar acciones más violentas que las mujeres, lo que los puede llevar con mayor probabilidad a un suicidio consumado. Existen diferencias entre los sexos en la manifestación de los síntomas, lo cual puede significar una diferencia en la forma en que los padres detectan estos problemas de salud mental en distintos niveles, por lo que

también se debe considerar este fenómeno con una perspectiva de género.^{7,23} Los hombres son menos propensos a buscar ayuda profesional para sus problemas de salud mental, pensamientos y comportamientos suicidas en comparación con las mujeres, de ahí la importancia de ver este problema con perspectiva de género.¹¹

Un mayor riesgo de suicidio entre las niñas, niños y adolescentes de más edad puede atribuirse a la prevalencia de algún trastorno de salud mental.²⁴ Tres cuartas partes de nuestra población tenía un diagnóstico previo de algún tipo de problema de salud mental; sin embargo, no todos los adolescentes que han sufrido depresión o ansiedad están destinados a realizar autolesiones o a tener comportamientos suicidas, esto es porque también existen factores de predisposición individuales.²⁵

La literatura señala que uno de cada siete adolescentes de entre 12-16 años reportaba haber contemplado el suicidio, y uno de cada seis adolescentes de entre 13-18 años reportó haber tenido comportamientos de autolesiones. Datos más recientes señalan que una de tres adolescentes y uno de siete adolescentes ha considerado seriamente el cometer suicidio durante un año previo al IS.²⁶ La mitad de los casos revisados atendidos en el servicio de urgencias del INP habían tenido un IS previo, este es uno de los principales factores de riesgo para consumar un suicidio por lo que debe considerarse de gran peso al atender a NNA con conductas suicidas.²⁷

Actualmente se ha identificado un aumento en los problemas de salud mental debido a la pandemia por COVID-19. Las personas que se encontraban en confinamiento experimentaron un incremento de pensamientos suicidas en comparación con las personas que no estuvieron bajo estas restricciones; de igual manera, los adolescentes que tuvieron experiencias negativas durante la pandemia han presentado un aumento de síntomas depresivos y de ansiedad.

La sintomatología de salud mental prevalece por encima de un diagnóstico previo de algún trastorno, probablemente la causa de esto fue el miedo o el aislamiento que existía en la población debido a la cancelación de clases y el distanciamiento social.³ Por lo que el incremento de estos padecimientos no parece corresponder directamente al cierre de las escuelas, sino más bien a la duración de la pandemia.²⁸ No obstante, este problema es complejo y hay factores de riesgo que no están directamente relacionados a la durabilidad, sino al ambiente en el que se desenvuelven, los factores familiares y psicosociales. Incluso durante la pandemia se encontró una notable diferencia entre los que tomaban clases en línea durante la pandemia y los que no tomaban clases, estaban en riesgo de su salud mental aunando a la pérdida de empleo de los padres.²⁹ Estos resultados son importantes, dado que a nivel mundial se tiene evidencia que los adolescentes experimentan problemas de salud mental cada vez mayores, debido a que casi no tienen accesos a los servicios de salud mental, o no buscan atención profesional (incluso en países de altos ingresos).³⁰

Sobre los posibles factores desencadenantes, las alteraciones emocionales, conductuales y la exposición a acontecimientos adversos durante la adolescencia, tienen un impacto predictivo para un IS.^{31,32} Entre los posibles factores desencadenantes que se identificaron en esta muestra de adolescentes figuraron: el estrés social, la agudización de trastorno de salud mental, el conflicto interpersonal, vivir violencia psicológica, sexual o por pares, tal como lo muestran otros estudios.^{33,34} Si bien esperaríamos que la muerte de un familiar fuera un factor de riesgo alto, el confinamiento agudizó otros problemas sociales, que pudieron tener mayor impacto en las y los adolescentes. El estrés, durante la pandemia, relacionado a las calificaciones y las dificultades para acceder a las clases virtuales, debido a las inadecuadas técnicas o la falta de apoyo es un importante factor de riesgo que

contribuyó al incremento del comportamiento suicida durante la pandemia.²⁸ Esto se vio reflejado en el 10% de los jóvenes mexicanos que abandonaron la escuela durante los primeros 6 meses de la pandemia.³⁵ Sin embargo, con la reapertura de las escuelas, se visualizaron dos escenarios a nivel mundial. Por un lado se presentó un incremento progresivo en los intentos y en la ideación suicida por el regreso a clases, debido a los conflictos entre compañeros, aunado a la falta de interacciones sociales durante el periodo previo, que generó en muchos de ellos una dificultad para regular las emociones y las formas de actuar frente a los conflictos.³⁶ El otro escenario, fue la escuela como una estrategia para la prevención de IS, a través de proporcionar herramientas y habilidades para la prevención del IS.³⁷ En este estudio la cantidad de casos atendidos por IS entre 2021 y 2022 se mantuvo, esto puede deberse al regreso de la escuela, al volver a interactuar con sus pares y no contar con estrategias o herramientas para afrontar los estresores sociales.

El método principal de intentos de suicidio reportado es el envenenamiento intencional con medicamentos, como psicotrópicos y analgésicos, esto es debido a que se encuentran fácilmente al alcance en las casas. Solo 15% de estos casos acuden a la sala de urgencias, los adolescentes mayores de 12 años representan aproximadamente el 50% de casos de IS con medicamentos.³⁸ Nuestros datos concuerdan con esta información, dado que fue la frecuencia más alta como mecanismo de lesión. El envenenamiento con drogas ilegales o alcohol también es frecuente en la literatura, aunque en nuestra población solamente cuatro intentaron llevarlo a cabo de esta forma.³⁸

El principal acompañante de los pacientes al servicio de urgencias fue la madre, seguida del padre. Esto es muy importante, ya que como profesionales de la salud debemos tener en cuenta que los cuidadores pueden presentar



factores estresores por el IS del paciente y deben incluirse como parte de la atención, por esta razón es importante tener en cuenta su salud mental, proporcionarles estrategias de cuidado a un paciente con IS y un plan de seguridad.^{39,40}

Una emergencia psiquiátrica, como es el IS, puede ocurrir en cualquier momento. Sin embargo, la conducta suicida comienza con la ideación y va creciendo conforme pasa el tiempo, hasta llegar a un intento, comúnmente un paciente buscará la manera de elaborar un plan donde se encuentre solo para poder cometer el IS.

Se encuentra globalmente la aparición de casos de IS durante la semana, existe una mayor frecuencia de la distribución al inicio de la semana y una baja durante los fines de semana, esto puede deberse a que los fines de semana puede estar acompañado de familiares o tener alguna actividad con sus pares.³⁸ En este estudio, se registraron casos en mayor afluencia de visitas por IS los días hábiles, concordando con los datos que se reportan.

Sobre la hora del día en la que suceden los picos de suicidio se ha reportado que es entre las 3 y 4 de la tarde y se sugiere que puede tener razones psicosociales y biológicas. Las razones psicosociales pueden incluir factores estresantes del día. Las razones biológicas pueden estar relacionadas con el ciclo circadiano, comenzando a producirse una disminución de la luz a esa hora del día y una menor expresión de los genes del reloj circadiano.⁴¹ En esta muestra de pacientes, la mayoría (79.39%) acudió al servicio de urgencias en los turnos vespertino y nocturno. Esto coincide con lo reportado en la literatura y debe alertarnos como personal de salud, ya que es en estos horarios cuando suele haber menos personal en los servicios o podemos estar menos alertas a identificar estos casos que son una verdadera urgencia. La detección del suicidio puede llevarse a cabo por el personal de salud de primer contacto en los servicios de urgencias.

Se pueden realizar preguntas verbalmente que ayudan a identificar los factores de riesgo o por instrumentos auto aplicables.⁴² Los instrumentos de evaluación parecen ser útiles para la atención en urgencias, se recomienda entrenar de mejor manera al personal de la atención primaria para que reconozcan los factores de riesgo del suicidio y sepan identificar el diagnóstico de manera más rápida y eficaz.

CONCLUSIONES

Durante la pandemia hubo un incremento en la cantidad de casos atendidos por Intentos de Suicidio en adolescentes en el servicio de urgencias y cambios en la temporalidad de presentación.

Sobre la edad de presentación, los casos se distribuyeron de manera similar tanto en adolescentes tempranos como tardíos.

Los posibles factores de riesgo y/o desencadenantes estuvieron relacionados con los conflictos interpersonales, el estrés social, la agudización de un trastorno de salud mental previo, el antecedente de IS previo, el divorcio de los padres y vivir diferentes formas de violencia.

El IS es una verdadera emergencia, el horario de solicitud de atención se concentró principalmente en los turnos vespertino y nocturno, lo que debe alertar al personal de salud para estar preparados para una adecuada detección y atención en estos horarios en los que los servicios de urgencias se encuentran con desventajas.

Agradecimientos

A la Dra. Aurora Sánchez Arenas, Residente de Urgencias Pediátricas. A los pasantes de CEAVIP: Victoria Abril Agatón Peralta, Ivanna Sofía Barrón González, Diana Laura Sandoval Ortega, Diana Johana Martínez Barrera, Vicente Sánchez Vega, Dulce Aurora Miranda Padilla. A los médicos adscritos al servicio de urgencias: Mario

Alberto Acosta Bastidas, Nuria Francisco-Revilla Estivill, Mayra Berenice Vilchis Huerta, Ángel Manuel Santacruz Castañeda, Pablo Alfredo Leyton Avilés, Paola García Gutiérrez, Luis Ramiro García López. María José de Lourdes Piana Diaz. A las jefas de enfermería de urgencias Lic. Enf. Erika Salazar Díaz, M.G.S Ma. Gloria García Mendoza, Lic. Enf. Inf. Lilia Muñoz González. Y Rocío Ruth Vázquez Badillo apoyo administrativo de urgencias.

REFERENCIAS

- Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta Biomed.* 2020;91(1):157–60.
- México. Poder Ejecutivo Consejo de Salubridad General. ACUERDO por el que se declara como emergencia sanitaria por causa de fuerza mayor, a la epidemia de enfermedad generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19).: Diario Oficial de la Federación, Mar. 30, 2020
- Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide ideation and attempts in a pediatric emergency department before and during COVID-19. *Pediatrics.* 2021 Mar;147(3):e2020029280. doi: 10.1542/peds.2020-029280.
- Comunicado De Prensa Núm . 520 / 21 8 De Septiembre De 2021 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. México: INEGI; 2021;1–5.
- García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, Izquierdo-Izquierdo M, Rodríguez V, Alvarez-Mon MA, Lahera G, et al. Dramatic increase of suicidality in children and adolescents after COVID-19 pandemic start: A two-year longitudinal study. *J Psychiatr Res.* 2023 Jul;163:63-67. doi: 10.1016/j.jpsychires.2023.04.014.
- Hermosillo-De-la-torre AE, Arteaga-De-luna SM, Acevedo-Rojas DL, Juárez-Loya A, Jiménez-Tapia JA, Pedroza-Cabrera FJ, et al. Psychosocial correlates of suicidal behavior among adolescents under confinement due to the COVID-19 pandemic in Aguascalientes, Mexico: A cross-sectional population survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May 7;18(9):4977. doi: 10.3390/ijerph18094977.
- Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. *An Pediatr (Engl Ed).* 2023 Mar;98(3):204-212. doi: 10.1016/j.anpede.2022.11.005.
- García Haro J, García Pascual H, González González M, Barrio Martínez S, García Pascual R. ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apunt. Psic.* 2023 Sep. 17;37(2):91-100. doi:https://doi.org/10.55414/ap.v37i2.807
- Gobierno de México. Exceso de mortalidad en México COVID-19. 21 De Junio. 2023. p. 1–6. <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>
- Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. *Int Encycl Educ.* 1994;3(2):1643–7.
- Geoffroy MC, Chadi N. Increasing paediatric emergency visits for suicide-related concerns during COVID-19. *Lancet Psychiatry.* 2023 May;10(5):308-309. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00073-1.
- Auger N, Low N, Chadi N, Israël M, Steiger H, Lewin A, et al. Suicide Attempts in Children Aged 10–14 Years During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *J Adolesc Health.* 2023 Jun;72(6):899-905. doi: 10.1016/j.jadohealth.2023.01.019.
- Gordon-Hacker A, Bar-Shachar Y, Egotubov A, Uzefovsky F, Gueron-Sela N. Trajectories and Associations Between Maternal Depressive Symptoms, Household Chaos and Children's Adjustment through the COVID-19 Pandemic: A Four-Wave Longitudinal Study. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2023 Jan;51(1):103-117. doi: 10.1007/s10802-022-00954-w.
- Smith J, Guimond FA, Bergeron J, St-Amand J, Fitzpatrick C, Gagnon M. Changes in students' achievement motivation in the context of the COVID-19 pandemic: A function of extraversion/introversion? *Educ Sci.* 2021 Jan 1;11(1):1–8.
- Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023 Jul;32(7):1151-1177. doi: 10.1007/s00787-021-01856-w.
- Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, et al. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021 Jan 29;67(1):fmaa122. doi: 10.1093/tropej/fmaa122.
- White RA, Azrael D, Papadopoulos FC, Lambert GW, Miller M. Does suicide have a stronger association with seasonality than sunlight? *BMJ Open.* 2015 Jun 3;5(6):e007403. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007403.
- Papadopoulos FC, Frangakis CE, Skalkidou A, Petridou E, Stevens RG, Trichopoulos D. Exploring lag and duration effect of sunshine in triggering suicide. *J Affect Disord.* 2005 Nov;88(3):287-97. doi: 10.1016/j.jad.2005.08.010.
- Melhem NM, Brent DA. Debate: The toll of the COVID-19 pandemic on children's risk for suicidal thoughts and behaviors. *Child Adolesc Ment Health.* 2021 Sep;26(3):274-275. doi: 10.1111/camh.12488.
- Ashworth E, Provazza S, McCarthy M, Saini P. Children and Young People Presenting in a Pediatric Emergency Department in North-West England in Suicidal Crisis: An Exploratory Case Series Study. *Front Psychiatry.* 2022 Apr 25;13:892939. doi: 10.3389/fpsy.2022.892939.
- Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA,

- et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022. 324 p.
22. Benton TD. Suicide and Suicidal Behaviors Among Minoritized Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2022 Apr;31(2):211-221. doi: 10.1016/j.chc.2022.01.002.
 23. Xin M, Petrovic J, Zhang L, Böke BN, Yang X, Xue Y. Various Types of Negative Life Events Among Youth Predict Suicidal Ideation: A Cross-Sectional Study Based on Gender Perspective. *Am J Mens Health*. 2022 Jul-Aug;16(4):15579883221110352. doi: 10.1177/15579883221110352.
 24. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Oct 24;5(1):74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0.
 25. Anderson KN, Swedo EA, Trinh E, Ray CM, Krause KH, Verlenden J V., et al. Adverse Childhood Experiences During the COVID-19 Pandemic and Associations with Poor Mental Health and Suicidal Behaviors Among High School Students — Adolescent Behaviors and Experiences Survey, United States, January–June 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022 Oct 14;71(41):1301-1305. doi: 10.15585/mmwr.mm7141a2.
 26. Madigan S, Korczak DJ, Vaillancourt T, Racine N, Hopkins WG, Pador P, et al. Comparison of paediatric emergency department visits for attempted suicide, self-harm, and suicidal ideation before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2023 May;10(5):342-351. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00036-6.
 27. Horowitz L, Tipton M V., Pao M. Primary and secondary prevention of youth suicide. *Pediatrics*. 2020 May;145(Suppl 2):S195-S203. doi: 10.1542/peds.2019-2056H.
 28. Kirič B, Leben Novak L, Lušický P, Drobnič Radobuljac M. Suicidal Behavior in Emergency Child and Adolescent Psychiatric Service Users Before and During the 16 Months of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2022 May 11;13:893040. doi: 10.3389/fpsy.2022.893040.
 29. Valdez-Santiago R, Villalobos A, Arenas-Monreal L, González-Forteza C, Hermsillo-de-la-Torre AE, Benjet C, et al. Comparison of suicide attempts among nationally representative samples of Mexican adolescents 12 months before and after the outbreak of the Covid-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2022 Feb 1;298(Pt A):65-68. doi: 10.1016/j.jad.2021.10.111.
 30. Shidhaye R. Global Priorities for Improving Access to Mental Health Services for Adolescents in the Post-Pandemic World. *Curr Opin Psychol*. 2023 Oct;53:101661. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101661.
 31. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez MG. ACEs and mental health problems as suicidality predictors in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl*. 2023 Sep 6:106440. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106440.
 32. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Direct medical costs of suicide attempts by patients in Columbia's Antioquia Mental Hospital. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Oct 10;42:e129. doi: 10.26633/RPSP.2018.129.
 33. Epstein S, Roberts E, Sedgwick R, Polling C, Finning K, Ford T, et al. School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Sep;29(9):1175-1194. doi: 10.1007/s00787-019-01327-3.
 34. Chen PJ, MacKes N, Sacchi C, Lawrence AJ, Ma X, Pollard R, et al. Parental education and youth suicidal behaviours: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Mar 30;31:e19. doi: 10.1017/S204579602200004X.
 35. Grzejszczak J, Strzelecki D, Gabryelska A, Kotlicka-Antczak M. Affiliation to a Social Group as a Preventive Factor in Suicidal Behaviors in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *Children (Basel)*. 2023 Feb 9;10(2):333. doi: 10.3390/children10020333.
 36. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019–May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Jun 18;70(24):888-894. doi: 10.15585/mmwr.mm7024e1.
 37. Kamody RC, Bloch MH. Editorial: Schools on the frontline of suicide prevention. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022 Aug;63(8):833-835. doi: 10.1111/jcpp.13663.
 38. Gonzalez-Urdiales P, Kuppermann N, Dalziel SR, Prego J, Benito J, Mintegi S. Pediatric intentional self-poisoning evaluated in the emergency department an international study. *Pediatr Emerg Care*. 2021 Dec 1;37(12):e1631-e1636. doi: 10.1097/PEC.0000000000002141.
 39. Lang A, Lovejoy MC. Perceptions of suicide risk and the helpfulness of intervention strategies: a comparison of students and mothers. *Suicide Life Threat Behav*. 1997 Winter;27(4):362-72.
 40. Zayas LH, Bright CL, Álvarez-Sánchez T, Cabassa LJ. Acculturation, familism and mother-daughter relations among suicidal and non-suicidal adolescent latinas. *J Prim Prev*. 2009 Jul;30(3-4):351-69. doi: 10.1007/s10935-009-0181-0.
 41. Bhagar R, Le-Niculescu H, Roseberry K, Kosary K, Daly C, Ballew A, et al. Temporal effects on death by suicide: empirical evidence and possible molecular correlates. *Discov Ment Health*. 2023 Apr 3;3(1):10. doi: 10.1007/s44192-023-00035-4.
 42. Lantos JD, Yeh HW, Raza F, Connelly M, Goggin K, Sullivant SA. Suicide Risk in Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2022 Feb 1;149(2):e2021053486. doi: 10.1542/peds.2021-053486.

Diagnóstico institucional para la atención integral del intento de suicidio en un hospital pediátrico

Institutional diagnosis for comprehensive care of suicide attempts in a pediatric hospital.

Abigail Casas Muñoz,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Oscar Sánchez Guerrero,² Diana Molina Valdespino,² Juan Antonio Esquivel Acevedo,² Guadalupe Adriana Lara Ramos,³ Corina García Piña,⁴ Maribel Palestina Hernández,⁵ Angelica María Hernández Hernández,⁶ Rocío Aidée Castillo Cruz⁷

Resumen

OBJETIVO: Describir los hallazgos del diagnóstico situacional realizado a una institución de tercer nivel, para identificar las necesidades y áreas de oportunidad para la atención de las conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes (NNA), para facilitar la transición a los cambios de la nueva Ley General de Salud (LGS) en materia de atención a la salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio se realizó en tres fases. Primero, mediante 40 entrevistas semiestructuradas al personal involucrado en la atención de las conductas suicidas se identificaron: 1) las áreas y personas implicadas en la atención y 2) las necesidades para brindar atención integral. Después, mediante búsqueda de la literatura se identificaron seis riesgos físicos y se realizaron recorridos por las áreas de atención. Finalmente se realizaron propuestas para iniciar la atención de las áreas de oportunidad.

RESULTADOS: Se identificaron 18 áreas y 35 puestos de personas involucradas en la atención. Las necesidades identificadas fueron: 1) Espacios físicos y riesgos físicos; 2) Sistematización, procesos, protocolos y modelos de atención; 3) Sensibilización y capacitación al personal; 4) Generación de evidencia científica; 5) Desarrollo de estrategias de prevención.

CONCLUSIÓN: Diversas áreas y puestos de personas estuvieron involucrados en la atención de las conductas suicidas. Las necesidades institucionales identificadas estuvieron relacionadas con cinco categorías. Contar con un diagnóstico institucional, nos permitió iniciar a tomar acción para la implementación de las nuevas políticas y perspectivas incluidas en la LGS en materia de atención a la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Ideación suicida; Intento de suicidio; Adolescentes; Estudios de evaluación como asunto.

Abstract

OBJECTIVE: The objective of this article is to describe the findings of the situational diagnosis carried out at a third-level institution, to identify the needs and areas of opportunity for the attention of suicidal behaviors in children, to facilitate the transition to the changes of the new General Health Law (LGS) regarding mental health care.

MATERIALS AND METHODS: The study was carried out in three phases. First, through 40 semi-structured interviews with the personnel involved in the care of suicidal behaviors, the following were identified: 1) the areas and people involved in the care and 2) the need to provide comprehensive care. Afterward, a literature search identified six physical risks, and tours of the care areas were carried out. Finally, proposals were made to begin attention to the areas of opportunity.

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Servicio de Salud Mental, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

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

⁴ Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁵ Coordinación de Obras, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁶ Departamento de Diseño y Calidad, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁷ Unidad de Investigación en Epidemiología, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: 12 de diciembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
 eduardorajanova@gmail.com
 abykas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Rodríguez-Caballero A, Velasco-Rojano AE, Sánchez-Guerrero O, Molina-Valdespino D, Esquivel-Acevedo JA, Lara-Ramos GA, García-Piña C, Palestina-Hernández M, Hernández-Hernández AM, Castillo-Cruz RA. Diagnóstico institucional para la atención integral del intento de suicidio en un hospital pediátrico. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S16-S28.

RESULTS: 18 areas and 35 positions of people involved in care were identified. The needs identified were: 1) Physical spaces and physical risks; 2) Systematization, processes, protocols, and care models; 3) Awareness and training of staff; 4) Generation of scientific evidence; 5) Development of prevention strategies.

CONCLUSION: Various areas and positions of people were involved in the care of suicidal behaviors. The institutional needs identified were related to five categories. Having an institutional diagnosis allowed us to begin taking action to implement the new policies and perspectives included in the LGS regarding mental health care.

KEYWORDS: Suicidal ideation; Suicide attempt; Adolescents; Evaluation Studies as Topic.

ANTECEDENTES

Las conductas suicidas en la población adolescente se han incrementado en nuestro país en los últimos años.¹ Esto representa un reto para el personal de salud y para las instituciones que atienden a niñas, niños y adolescentes (NNA), ya que se ha descrito que la mayoría del personal no se siente suficientemente capacitado para hacerlo.²

En México la atención de los problemas de salud mental se ha realizado principalmente en las instituciones de salud de segundo y tercer nivel de atención. Específicamente la atención de pacientes que requieren hospitalización se ha llevado a cabo en hospitales de psiquiatría y/o en pabellones de psiquiatría en hospitales generales.³

En el 2022 se realizó una reforma a la Ley General de Salud (LGS), dirigida al derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.^{4,5} Por este motivo, la atención a la salud mental deberá brindarse con un enfoque

comunitario, de recuperación y con estricto respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios, en apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integridad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social.⁴

Una de las preguntas frecuentes que surgen cuando se tiene un caso de intento suicida es por dónde empezar a actuar. De ahí la importancia de un diagnóstico institucional para afrontar estos casos que van en aumento.

El objetivo de este estudio fue: describir los hallazgos del diagnóstico situacional realizado a una institución de tercer nivel, para identificar las necesidades y áreas de oportunidad para la atención de las conductas suicidas en NNA, para facilitar la transición a los cambios de la nueva Ley General de Salud (LGS) en materia de atención a la salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo con métodos mixtos concurrentes que se llevó a cabo en tres fases:

Fase 1 Entrevistas semiestructuradas

Se realizaron entrevista semiestructuradas a 40 personas involucradas en el proceso de atención de NNA con intento de suicidio, que tuvieran al menos seis meses laborando en la institución. Inicialmente se identificó a 15 personas y mediante el proceso se fueron revelando las demás, con la finalidad de identificar:

1. Las áreas y las personas implicadas en la atención de las conductas suicidas.
2. Las necesidades para brindar una atención integral a niñas, niños y adolescentes con conductas suicidas.

Las entrevistas se analizaron a partir de categorías y subcategorías temáticas, que se generaron para organizar la información. Dos personas por separado codificaron el material y se compararon las categorías, las discrepancias se resolvieron mediante discusión y con la intervención de una tercera persona.

Fase 2. Visita física a las áreas de atención identificadas

Con base en búsquedas de la literatura se identificaron seis riesgos físicos⁶⁻⁸ para pacientes hospitalizados (**Figura 1**), con los que se generó una lista de verificación para aplicarla por área, con base en la recomendación de ASHE de tres pasos: identificar, observar, remover.⁸

Se conformaron dos equipos con 5 personas de las áreas del Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia -Prevención (CEAVI-P), salud mental, urgencias, enfermería, servicios generales, coordinación general de obras, diseño y calidad y protección civil. Se dio una sesión informativa sobre estos riesgos y sobre el uso de la lista de verificación. Posteriormente se llevaron a cabo recorridos en las áreas de urgencias, consulta externa y los cuatro pisos de hospitalización, para identificar los riesgos físicos.

Fase 3. Generación de propuestas con base en las necesidades identificadas

Mediante búsquedas estructuradas en la literatura se diseñaron y respaldaron las propuestas que se generaron para la atención de las principales necesidades identificadas.

Se generó el contenido para una sensibilización rápida (con duración de 10 a 15 minutos) acorde con las necesidades de los servicios y de la carga de trabajo, para el personal de enfermería. Mediante una evaluación pre y post se midió el conocimiento previo y posterior a la sensibilización.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación institucionales (INP 60/2022). Se obtuvo consentimiento informado de las personas participantes.

RESULTADOS

Fase 1. Entrevistas semiestructuradas

Se identificaron 19 áreas y 35 puestos de personas involucradas en la atención de niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio (**Cuadro 1**), con las cuáles se conformó el "Grupo de trabajo para la atención de las conductas suicidas en el INP (GTACSINP)".

Los servicios de medicina crítica, sobre todo urgencias (prehospitalización y sala de urgencias), seguidas de las unidades de terapia intermedia e intensiva, fueron los espacios físicos en los que se atiende primordialmente a NNA con intentos de suicidio. En las áreas de hospitalización, el servicio de Gastronomía fue el que primordialmente ingresa adolescentes con conducta suicida y trastornos alimentarios, aunque por las características y patologías de los pacientes que se atienden, en cualquier área y servicio se pueden presentar pacientes con estas conductas.

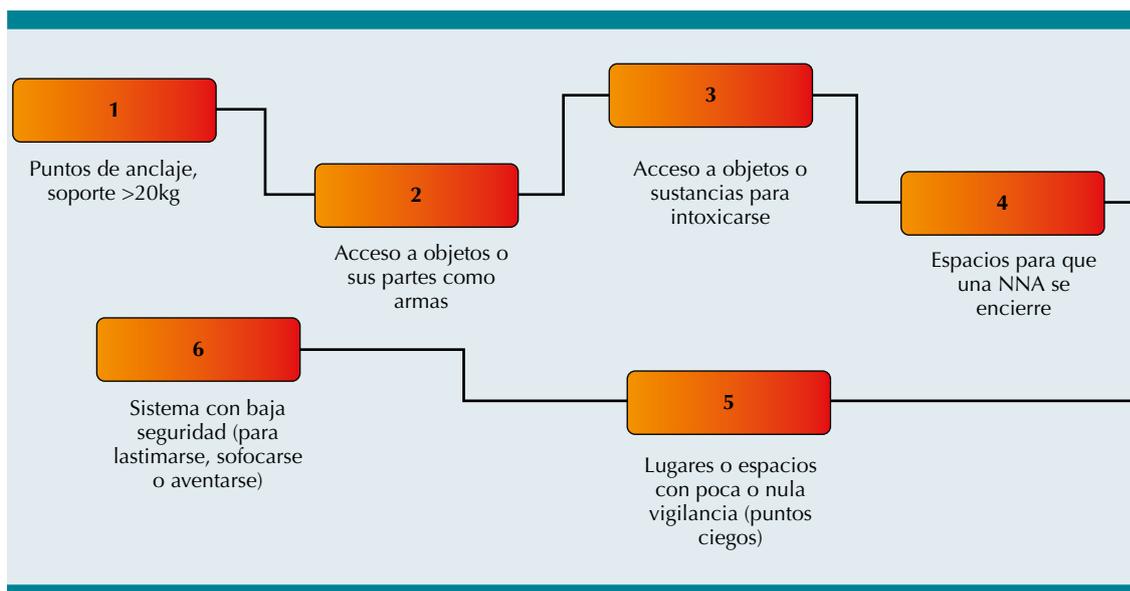


Figura 1. Riesgos físicos identificados para la atención de niñas, niños y adolescentes con conductas suicidas en el INP.

Cuadro 1. Áreas involucradas en la atención de las conductas suicidas en el INP y que conformaron el “Grupo de trabajo para la atención de las conductas suicidas en el INP”

1. Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P)	7. Coordinación general de obras	13. Departamento de Pre y posgrado
2. Dirección Médica	8. Servicios generales, (incluyendo ropería)	14. Enlace institucional
3. Medicina crítica (Departamento de Urgencias y Unidades de terapia intermedia e intensiva)	9. Departamento de Consulta Externa	15. Investigación en Epidemiología
4. Servicio de salud mental	10. Relaciones hospitalarias	16. Subdirección de asuntos jurídicos
5. Departamento de trabajo social	11. Departamento de Diseño y Calidad	17. Protección civil
6. Subdirección de enfermería	12. Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicación	18. Servicio externo de vigilancia
		19. Archivo clínico

Las necesidades identificadas se agruparon en cinco categorías para el análisis (**Cuadro 2**).

La mayoría del personal entrevistado refirió la necesidad de contar con espacios adecuados y seguros para la atención integral de NNA con conductas suicidas u otros problemas de salud mental.

El personal identificó de manera reiterada la necesidad de contar con procesos, protocolos y modelos para brindar una atención integral, lo que brinda confianza y seguridad en el manejo.

La mayoría del personal entrevistado manifestó que no se siente suficientemente preparado para tratar a un paciente con conductas suicidas. Ade-

Cuadro 2. Categorías de análisis de la información y necesidades identificadas (continúa en la siguiente página)

Categoría temática	Necesidades identificadas
1. Espacios físicos y riesgos físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de espacios seguros con los recursos disponibles. • Adecuación de espacios para la atención de pacientes con problemas de salud mental. • Espacio físico para la hospitalización de pacientes que requieran una estancia mayor a 24 horas. • Identificación de riesgos físicos en la infraestructura actual. • Modificación de los riesgos físicos en las áreas de atención inmediata. • Establecer un código para la identificación del riesgo durante la estancia hospitalaria. • Generar instrumentos de verificación para la generación de espacios seguros. • Personal de vigilancia entrenado para vigilar NNA con conductas suicidas y para evitar fugas. • Limitar el acceso a familiares de objetos que pueden utilizarse para lastimarse, sobre todo en las áreas críticas. • Revisión de bolsas, mochilas y detección de metales a familiares.
2. Sistematización, procesos, protocolos y modelos de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Generar un proceso de atención estandarizado en el servicio de urgencias. • Validar e implementar de manera sistemática instrumentos de tamizaje para identificación de conductas suicidas, evaluación del riesgo y posibles factores condicionantes. • Establecimiento de proceso de tamizaje para las áreas de urgencias, hospitalización y consulta externa. • Compartir e intercambiar información, de manera segura y confidencial, entre las y los profesionales que brindan la atención. • Compartir e intercambiar información, de manera segura y confidencial, entre las instituciones que atienden conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes. • Brindar atención integral y colaborativa entre los diferentes profesionales que intervienen en la atención. • Implementación de la atención centrada en el paciente e informada en el trauma. • Iniciar intervención inmediata a NNA con base en la valoración. • Generar intervenciones integrales, que incluyan a padres/cuidadores/tutores y la familia (estado de ánimo, educación sobre plan de seguridad y situaciones que les generan preocupación). • Generar un modelo de atención estandarizado, que permita evaluar su efectividad y replicabilidad. • Establecer un plan de seguimiento estandarizado. • Implementación de un instrumento para evaluar el riesgo en casa, para el egreso del paciente. • Generación de plan de seguridad para el egreso y seguimiento. • Establecer procedimiento de seguimiento telefónico durante las primeras 2 a 4 semanas posteriores al egreso. • Generación de directorio para canalización y establecimiento de contacto con instituciones de salud mental cerca al domicilio del NNA. • Monitoreo y evaluación de los procesos y modelos de atención. • Integración de la nueva normativa en los procesos de atención (Art. 72 LGS), incluidas las perspectivas de niñez, género, interculturalidad e interseccionalidad. • Registro suficiente y sistematizado de información en los expedientes clínicos. • Reporte de información a sistemas externos (DGIS). • Monitoreo y reporte de eventos centinela.

Cuadro 2. Categorías de análisis de la información y necesidades identificadas (continuación)

Categoría temática	Necesidades identificadas
3. Sensibilización y capacitación al personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización e información sobre las conductas suicidas (mitos y realidades). • En qué casos sospechar. • Registro y nomenclatura (CIE) de las conductas suicidas. • Cómo aproximarse e interactuar con NNA con conductas suicidas y sus familiares. • Cómo y qué valorar en NNA con conductas suicidas. • Cuidados durante el internamiento. • Generación de espacios seguros y seguridad del personal. • Contención emocional y primeros auxilios psicológicos. • Intervención en crisis. • Manejo del paciente agitado, de medicamentos y métodos de sujeción gentil. • Atención centrada en el paciente e informada en trauma. • Sensibilización, educación y capacitación práctica al personal por parte del servicio de salud mental, en cada caso que se atienda. • Disminución del estigma hacia la salud mental. • Desarrollo de materiales y modelos de capacitación adecuados para el personal y las necesidades institucionales.
4. Generación de evidencia científica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de factores de riesgo. • Validación e implementación de instrumentos de tamizaje. • Diseño, medición y evaluación de modelos de atención. • Evaluación de modelos y materiales de capacitación.
5. Desarrollo de estrategias de prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigidas hacia niñas, niños y adolescentes. • Dirigidas hacia padres, cuidadores, tutores y personal que convive con NNA. • Dirigidas hacia el personal de salud. • Sobre identificación de conductas suicidas. • Qué hacer y/o a dónde acudir en caso de identificar conductas suicidas. • Profesionales de la salud mental y quiénes brindan ayuda profesional. • Disminución del estigma de la atención de la salud mental y de las personas con problemas de salud mental.

más, que algunas de las prácticas que se llevan a cabo, requieren mejoras para estar alineadas con las reformas a la LGS en materia de salud mental, así como para evitar el estigma y la revictimización. Lo que evidenció la necesidad de sensibilización y capacitación en la materia.

También se reconoció la necesidad de generar evidencia científica para identificar factores de riesgo o protectores en la población mexicana, generar reportes epidemiológicos sobre las conductas suicidas, contar con instrumentos de tamizaje validados en población mexicana, así como el desarrollo, implementación y evalua-

ción de las mejores estrategias de prevención adecuadas a nuestra población.

En el caso del desarrollo de estrategias de prevención, se identificó la necesidad de dirigirlas primordialmente a tres grupos poblacionales: 1) niñas, niños y adolescentes; 2) padres y cuidadores; 3) personal que esté en contacto con población pediátrica. Los contenidos clave a incluir fueron: a) Identificación de las conductas suicidas; b) que hacer en caso de detectar un caso; c) a donde dirigirse en caso de detectar un caso; d) identificar al personal de salud mental.

Fases 2 y 3

1. Identificación de riesgos físicos y necesidad de generar espacios físicos con mínimos riesgos para la atención.

Con base en la recomendación de ASHE de tres pasos: identificar, observar, remover⁸ y de las recomendaciones internacionales para seguridad de los pacientes^{7,9,10} se generaron dos propuestas: 1) Una lista de verificación para remover riesgos físicos de las áreas cuando ingrese un paciente con intento de suicidio (**Figura 2**) y 2) se generó una propuesta arquitectónica (por la coordinación general de obras), para disminuir los riesgos físicos identificados en las instalaciones actuales del servicio de urgencias en la medida de lo posible.

De manera inmediata posterior a la identificación de los riesgos físicos del servicio de urgencias, se retiraron los espejos y se cambiaron las chapas de los baños de los pacientes (para evitar que se encierren).

2. Generación de procesos, protocolos y un modelo de atención efectivo y replicable.

Se realizaron búsquedas en la literatura para identificar los principales factores de riesgo y/o desencadenantes del intento de suicidio en adolescentes. (**Puede consultarlo en este suplemento: Factores riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura**) También se identificaron y buscaron instrumentos de tamizaje autoaplicables, para el riesgo de intento de suicidio y los principales factores de riesgos y/o desencadenantes en población adolescente.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ (**Puede consultarlo en este suplemento: Intento de suicidio en población pediátrica: abordaje integral en el área de urgencias**)

Se creó una propuesta de proceso de atención estandarizado para la atención integral en el servicio de urgencias (**puede consultarlo en este suplemento: Propuesta de protocolo de atención para niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio**). El siguiente paso será la implementación y evaluación del proceso propuesto.

Lista de verificación para remover riesgos físicos	
•	Remover termómetros y guantes.
•	Remover reguladores del flujo de las tomas de oxígeno y aspiración.
•	Remover botes, ganchos o puntos de anclaje y cánulas.
•	Remover monitores y cables.
•	Remover botes de ropería.
•	Remover bombas de infusión y tripiés.
•	Retirar carros de enfermería.
•	Colocar señalización de Ocupado/Desocupado en el baño del paciente.
•	Remover cortinas.
•	Revisar y asegurar los cajones y lugares de almacenamiento de insumos (incluyendo refrigeradores).
•	Remover teléfonos, computadoras, entre otros objetos que tengan cables largos.
•	Remover sábanas y ropa innecesarias.
•	Asegurar la visibilidad del lugar donde estará el paciente.
•	Resguardar las pertenencias del paciente y los familiares.

Figura 2. Listado que se generó para la verificación de remoción de riesgos físicos.



3. Sensibilización y capacitación al personal

Se identificaron los recursos disponibles en línea, para la capacitación del personal de salud, para la atención de una persona con conductas suicidas:

Se diseñó el contenido de una sensibilización breve sobre conceptos básicos para la atención de niñas, niños y adolescentes hospitalizados con conductas suicidas. La cual incluyó: a) definición de conducta suicida, b) pasos básicos para la contención de una persona que llora, c) qué es el plan de seguridad, d) identificación de seis riesgos físicos para pacientes hospitalizados con conductas suicidas, e) recursos disponibles de capacitación para la atención de personas con conductas suicidas y finalmente se les preguntó sobre la utilidad de la sensibilización.

La sensibilización se impartió al personal de enfermería de las áreas de urgencias y encargadas de los servicios en las áreas de hospitalización (n = 100), así como al personal médico de Gastroenterología (n = 21). Los resultados se muestran en el **Cuadro 3**.

4. Generación de evidencia científica

Se desarrolló con metodología científica un protocolo de investigación para llevar a cabo el

diagnóstico situacional. Se documentó el proceso y los resultados mediante artículos científicos (**Puede consultarlo todos los artículos de este suplemento**).

5. Desarrollo de estrategias de prevención

Se diseñó una estrategia de comunicación en salud dirigida hacia la población adolescente para la identificación de las conductas suicidas entre pares (Puede consultarlo en este suplemento: Diseño de una estrategia de comunicación en salud para la prevención del suicidio entre adolescentes).

DISCUSIÓN

Derivado de las reformas a la Ley General de Salud en el 2022, en materia de salud mental, que hace referencia al acceso a los servicios de atención de salud mental que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud deberán brindar,⁴ cobra relevancia contar con un diagnóstico institucional que facilite la transición. Aunado a esto, ha habido un aumento de casos de suicidio en los últimos años,¹⁵ esto se ve reflejado en el aumento de intentos suicidas que llegan a los servicios hospitalarios (**Puede consultarlo en este suplemento: Intentos de suicidio atendidos en un servicio de urgencias pediátrico, antes y durante la pandemia de COVID-19**).

Cuadro 3. Resultados de la evaluación pre y post sensibilización breve sobre conceptos básicos para la atención de niñas, niños y adolescentes hospitalizados con conductas suicidas (n=121; 21 médicos y 100 enfermeras)

Pregunta	% respuestas correctas pre-sensibilización	% respuestas correctas post-sensibilización
1. Definición de conducta suicida	65%	100%
2. Pasos básicos para la contención de una persona que llora	41%	100%
3. Qué es el Plan de seguridad	52%	98%
4. Identificación de seis riesgos físicos para pacientes hospitalizados con conductas suicidas	38%	100%
5. Recursos disponibles de capacitación para la atención de una persona con conductas suicidas	25%	100%
6. La plática fue útil		100%

Los resultados obtenidos con este diagnóstico situacional, permitieron cumplir con el objetivo de este artículo, para identificar las necesidades y áreas de oportunidad para la atención de las conductas suicidas en NNA y por ende a la salud mental. También evidenció la importancia de la participación de múltiples áreas, servicios y personal que están involucrados directa o indirectamente en la atención que se brinda a niñas, niños y adolescentes con intentos de suicidio.¹⁶

Derivado de lo anterior, se hace evidente la importancia de la capacitación y prevención no sólo al personal de atención primaria, sino a todas las personas involucradas en el proceso de atención.¹⁶

Sensibilización y capacitación

El papel de la atención primaria, para la atención del suicidio, cuenta con el respaldo de estudios que demuestran la eficacia de la sensibilización y de la capacitación de estos profesionales.¹⁷ Los pediatras y personal de atención de primera línea de esta crítica crisis de salud pública requieren educación y capacitación para detectar el riesgo de suicidio, manejar y conectar a sus pacientes con las intervenciones y tratamientos de salud mental que tanto necesitan.²⁵

La sensibilización y capacitación al personal es muy importante, esta es la base para que la atención integral se pueda dar en la institución. Se pudo identificar que aún existe el estigma hacia los pacientes con problemáticas de salud mental. En parte, esto se puede deber a la falta de entrenamiento sobre cómo tratar a NNA que llegan después de un intento de suicidio.¹⁸ En gran medida, las instituciones de salud se han enfocado en atender de manera prioritaria las urgencias fisiológicas más que las urgencias de salud mental, como es el caso de los intentos suicidas, lo que posiblemente ha generado el déficit en la capacitación en la atención de la salud mental.^{19,20} La formación en salud mental de los

pediatras, especialmente de atención primaria, por su proximidad y continuidad con las familias, médicos de atención primaria y enfermeras es crucial para la prevención, ya que son los grupos de profesionales que atienden a las niñas, niños y adolescentes de forma sistemática. La Asociación Española de Pediatría recomienda que todos los residentes de pediatría, al igual que los médicos de atención primaria, deberían realizar de forma obligatoria rotaciones formativas en psiquiatría infantil y adolescente.²¹

Generación de procesos, protocolos y un modelo de atención efectivo y replicable

Contar con protocolos o un modelo de atención ayudan a resolver y facilitar la intervención del personal, así como agilizar y activar otras áreas de atención institucional. Además, se debe tener un protocolo de seguimiento al paciente, tanto en los diferentes servicios internos de la institución como en las demás instituciones donde es atendido y valorar su apego al tratamiento.²² El apego al tratamiento de incluirse, con la finalidad de que el paciente no vuelva a tener otros intentos suicidas, ya que estos pueden llegar a ser fatales y también generan gastos económicos para el Estado. En un estudio donde se analizaban los costos del tratamiento en pacientes con intentos suicidad, dichos costos aumentaron conforme se incrementó el número de intentos.²³

La Guía de Intervención mhGAP sugiere la evaluación de pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y posteriormente de forma periódica, según sea necesario.²⁴ Para esto se necesitan instrumentos, los cuales deberán estar validados, ya que ayudan a la toma de decisiones, sobre todo en áreas críticas que reciben a estos pacientes, como el servicio de Urgencias.¹² La misma guía mhGAP indica que las preguntas sobre autolesiones no provocan estos actos, pueden reducir la ansiedad asociada con los pensamientos o los actos de autolesión y ayudan a que la persona se sienta comprendida.²⁴



Las herramientas de detección y evaluación del riesgo de suicidio basadas en la evidencia, junto con las intervenciones, son factibles y potencialmente salvan vidas en el entorno médico.²⁵ Estos instrumentos ayudarán a la toma de decisiones del personal y a orientar al familiar sobre cómo deben apoyar al personal y al paciente, tanto en la estancia en el hospital, como en el hogar.²⁶ De acuerdo a la Guía de práctica clínica del Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa [Department of Veterans Affairs & Department of Defense (VA/DoD)] para Evaluación y Gestión de Pacientes en Riesgo de Suicidio, contar con un instrumento para la evaluación del riesgo en casa, ayuda a que la familia pueda tener un mejor control del paciente y les da confianza para la atención en su hogar.²⁷

Se ha demostrado que se puede usar una combinación de características demográficas de los pacientes, diagnósticos, procedimientos, medicamentos y pruebas de laboratorio para construir modelos precisos de aprendizaje automático, que predicen el riesgo de intentos de suicidio entre pacientes pediátricos que reciben atención hospitalaria y ambulatoria en un centro médico infantil.²⁸

La disponibilidad de la información sobre el paciente entre los diferentes servicios que están en contacto para su atención, facilita la interacción entre éstos y ayuda a tener una mejor toma de decisiones para dar una atención integral, sin la necesidad de revictimizarlo. De igual manera, poder compartir la información entre las instituciones que lo atienden, puede facilitar un mejor control y seguimiento del tratamiento. Esta información se deberá poder compartir entre el personal que atiende al NNA en diferentes instituciones, con un manejo de confidencialidad, con la finalidad de no generar victimización y estrés al momento de que tenga que volver a dar esta información.²⁹

Espacios físicos

Dentro de este diagnóstico, se identificaron riesgos en los espacios físicos, debido a que desde su concepción y construcción el hospital no fue diseñado para la atención de pacientes con problemas de salud mental. Por lo que con base en lo que marca la Guía de práctica clínica del (VA/DoD)] para Evaluación y Gestión de Pacientes en Riesgo de Suicidio, se buscó la manera de generar espacios seguros, con pequeñas adecuaciones estructurales, con mayor vigilancia y revisión de los objetos que se ingresan a las áreas donde se encuentran hospitalizados los NNA con intentos de suicidio.²⁷

Esta categoría es muy importante, porque es posible atender a una persona con intento suicida en un espacio hospitalario, haciendo adecuaciones al espacio donde estará y generando medidas de vigilancia. Las medidas de vigilancia deben estar acopladas tanto con el personal de salud como con la familia, porque esta juega un papel importante en la recuperación del paciente.^{25,30} La Guía de Intervención mhGAP indica que la persona debe estar en un entorno seguro, no dejarla sola y ofrecer apoyo a cuidadores. La finalidad de estas medidas es controlar los posibles riesgos a los cuales el paciente puede estar expuesto en las primeras 72 horas después del intento suicida.²⁴

Generación de evidencia científica

Al ser el suicidio es un problema multifactorial, es importante la generación de evidencia científica respecto a la identificación de factores de riesgos, así como la validación de instrumentos de tamizaje en la población pediátrica mexicana.³¹

Debemos ser conscientes de que la mayoría de la investigación científica que se ha reportado en nuestro país sobre conductas suicidas, se han realizado en población adulta. Por lo que

es relevante incrementar la misma en NNA, quienes constituyen un grupo prioritario.¹ Otro grupo prioritario es la población indígena. En México, 23,2 millones de personas mayores de 3 años se autoidentifican como Indígenas, esto equivale al 19.4% de la población total del país,³² de ahí que en las reformas a la LGS también se incluyó la interculturalidad. La perspectiva intercultural pretende la convivencia armónica a partir de la diferencia; surge como una propuesta para la atención a la diversidad cultural, basada en principios de inclusión, respeto, tolerancia, equidad y valoración positiva de la diferencia.^{4,33,34} Esto hace evidente que se tiene que hacer un esfuerzo para hacer investigación en este grupo doblemente prioritario, que incluye a la población pediátrica indígena de nuestro país. Realizar investigación con una perspectiva de interculturalidad, nos proporcionará información sobre los factores que influyen en estos grupos y cómo prevenirlos.^{35,36}

Es importante recalcar que los pediatras están en una posición única para ayudar a fomentar la resiliencia en sus pacientes y equipar a las familias de pacientes en riesgo con planes de seguridad y asesoramiento sobre seguridad de medios letales. La implementación de estrategias preventivas desde la salud pública que evalúen y hagan seguimiento a los factores psicosociales podría reducir la presentación de la problemática y de sus costos médicos directos.

Finalmente, podemos mencionar que, para poder atender las nuevas políticas de salud mental, un diagnóstico sobre las necesidades institucionales, es de utilidad para identificar las áreas de oportunidad para facilitar la transición, así como la integración de estas nuevas políticas y perspectivas que deben incluirse en las prácticas institucionales para la atención de la salud mental.

CONCLUSIONES

Se identificó que, en la atención de las conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes en nuestra institución, se encuentran involucradas diversas áreas (18 áreas) y puestos de personas (35 puestos). Las necesidades institucionales identificadas se agruparon en cinco categorías: 1) identificación de riesgos físicos y necesidad de generar espacios físicos con mínimos riesgos para la atención; 2) generación de procesos, protocolos y un modelo de atención efectivo y replicable, 3) sensibilización y capacitación al personal; 4) generación de evidencia científica y 5) desarrollo de estrategias de prevención dirigidas a niñas, niños, adolescentes, familiares y personal de salud. Contar con un diagnóstico institucional, nos permitió iniciar a tomar acción para la implementación de las nuevas políticas y perspectivas incluidas en la LGS en materia de atención a la salud mental.

Agradecimientos

Los autores agradecemos la colaboración en la realización de este estudio al grupo de trabajo para la atención de las conductas suicidas en el INP, conformado por: Dra. María del Carmen Obregón Mondragón, Dr. Carlos López Candiani, Dr. Enrique Moreno Alanís, Dra. Patricia Solís Iniesta, Lic. Araceli Argueta Morales, Lic. Elizabeth Trejo Calvo, Lic. Xóchitl Fernández Guerrero, Mtra. Flora Castellanos Sanjuan, Dra. María José Pecero Hidalgo, Psic. Alma Delia Salcedo Jiménez, Arq., Ing. Ramon Rodríguez Rodríguez, Ing. Ricardo García Zamudio, Lic. Cristina Ledesma Miranda, Ing. Alejandra Duarte Peña, Lic. María Magdalena López Simental, Ing. Misael T. Tovar Cruz, Dra. Rosa Valentina Vega Rangel, Dra. Beatriz Llamosas Gallardo, Dra. Ana Alejandra Ortiz Hernández, Lic. Roberto Ruiz Arciniega, Lic. En Psic. Ma. Auxilio Montiel Salinas, Pas Psic. Ladis Valdés Valdés, Lcda.

Erika Guadalupe Salazar Díaz, Lcda. Georgina Mendoza, Lcda. Martha Aurea Saavedra Barrios, Lcda. María de Lourdes Rosas Parra, Lcda. Patricia González Pérez, Lcda. Ubalda Sánchez Garrido, Enfermera Amelia Sánchez Medina, Lcda. Cecilia Luengas Salazar. Dr. León Felipe Mendoza Vega, Dr. Pedro Antonio Sánchez Márquez, Dra. Flora Zárate Mondragón, Dr. José Francisco Cadena León, Dra. Ericka Montijo Barrios, Dra. Esther Lombardo Aburto, Psic. Sandra Posadas Pedraza, Lcda. en T.S. Carolina Sánchez Jaimes, Lcda. en T.S. Silvia Ramírez Ramírez, Lcda. en T.S. Araceli Suárez Jiménez.

REFERENCIAS

1. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L. Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. 2023;65:110-6.
2. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr.* 2020;32(4):595-600.
3. Medina M, Sarti E, Real T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. 2015. 39-58 p.
4. Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Ley General de Salud. DOF. 2023;352.
5. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. PRONUNCIAMIENTO DGDDH/037/2022 Ciudad. 2022.
6. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry.* 2014;59(3):131-40.
7. Mills PD, Vince Watts B, Miller S, Kemp J, Knox K, De Rosier JM, et al. A checklist to identify inpatient suicide hazards in Veterans Affairs hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(2):87-93. [http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36015-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36015-6)
8. American Hospital Association. Patient Safety Tools and Resources: Preventing Self Harm and Ligation Risk [Internet]. ASHE Patient Safety and Ligation Identification Checklist. 2023. <https://www.ashe.org/patientsafety>
9. New York State Office of Mental Health. Patient Safety Standards, Materials and Systems Guidelines. New York; 2022.
10. The Joint Commission. Suicide Prevention Resources to support Joint Commission Accredited organizations implementation of NPSG 15.01.01. 2020;(October 2007):4-6. <http://www.ashe.org/resources/preventing-self-harm-and-ligation->
11. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez MG. ACE-IQ extended version validation and ACE's frequency in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl.* 2023 Oct 5:106492
12. 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.
13. Casas Muñoz A, Velasco Rojano ÁE, Loredo Abdalá A. Adaptación y validación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en adolescentes mexicanos de una población semirural. *Rev Int Investig en Adicciones.* 2022;8(1):30-9.
14. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol.* 2017;73:1076-90.
15. INEGI. Comunicado De Prensa Núm . 520 / 21 8 De Septiembre De 2021 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. *Comun prensa Núm 520/21* [Internet]. 2021;1-5. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
16. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5(1):8-23.
17. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646-59.
18. Bharadwaj P, Pai MM, Suziedelyte A. Mental health stigma. *Econ Lett.* 2017;159:57-60.
19. Navarro Gomez N, Trigueros Ramos R. Stigma in mental health professionals: A systematic review. *Psychol Soc Educ.* 2019;11(2):253-66.
20. da Silva AG, Baldaçara L, Cavalcante DA, Fasanella NA, Palha AP. The Impact of Mental Illness Stigma on Psychiatric Emergencies. *Front Psychiatry.* 2020;11(June):1-9.
21. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. *An Pediatr.* 2023;98(3):204-12.
22. Lozano PSS. Atendiendo a la persona en riesgo de suicidio en el Servicio Andaluz de Salud : un estudio cualitativo del proceso de institucionalización *Caring for People at Risk of Suicide in the Andalusian Health Service : A Qualitative Study of the Institutionalisation.* *Rev Cent Ciencias Soc.* 2022;1:81-102.
23. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Direct medical costs of suicide attempts by patients in Columbia's Antioquia Mental Hospital. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2020;42:1-8.
24. 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. http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071%0Ahttp://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf%5Chttps://www.scribd.com/doc/64758557/Guia-de-Intervencion-Trastornos-Mentales-Neurologicos-y-por-uso-de-sustancias-OMS
25. Horowitz L, Tipton M V., Pao M. Primary and secondary prevention of youth suicide. *Pediatrics*. 2020;145(2).
 26. Lantos JD, Yeh HW, Raza F, Connelly M, Goggin K, Sullivant SA. Suicide Risk in Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2022;149(2).
 27. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide. 2013. 76 p.
 28. Su C, Aseltine R, Doshi R, Chen K, Rogers SC, Wang F. Machine learning for suicide risk prediction in children and adolescents with electronic health records. *Transl Psychiatry*. 2020;10(1).
 29. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373–82.
 30. 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015>
 31. Latime EA, Garièpy G, Greenfield B. Cost-Effectiveness of a Rapid Response Team Intervention for Suicidal Youth Presenting at an Emergency Department. *Can J Psychiatry*. 2014;59(6):310–8.
 32. Mamo D, Parellada A, Rose G, Sierra SP, Thorsell S. THE INDIGENOUS WORLD 2023. 2023. 720 p.
 33. Ávila Domínguez R. Interculturality in Health: The pending issue of the Mexican Health System. *Mex J Med Res ICSA*. 2018;6(12):6–9.
 34. Garita Pulido AV. La orientación intercultural: Una perspectiva para favorecer la convivencia en contextos multiculturales Intercultural Counseling: A Perspective to Favor Coexistence in Multicultural Contexts. *Rev Electrónica Educ (Educare Electron Journal)* EISSN. 1409;18(1):281–91. <http://www.una.ac.cr/educare>
 35. Bahk J, Kim AM, Khang YH. Associations of multicultural status with depressive mood and suicidality among Korean adolescents: The roles of parental country of birth and socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–12.
 36. Lee E. Effects of school violence on depression and suicidal ideation in multicultural adolescents. *Iran J Public Health*. 2019;48(2):262–9.



<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2870>

Diseño de una estrategia de comunicación en salud para la prevención del suicidio entre adolescentes

Design of a suicide prevention advertising strategy among adolescents.

Abigail Casas Muñoz,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Mahari Ousha Funes González,² Diana Iris Tejadilla Orozco,³ Pamela Espinosa Méndez,³ Rocío Jurado Galicia,³ Abril Deyanira Téllez Buendía,³ José Vicente Castro Ávalos,³ Alejandro Vázquez García,³ Diana Layla Ibáñez López,³ Jazmín Lucrecia Cuautle Rosas,³ Alba Aurora de la Rosa Franco,³ Valeria Stephanie Ríos Avilés³

Resumen

OBJETIVO: Describir el proceso de diseño y evaluación de la efectividad de una estrategia de comunicación para la prevención del suicidio adolescente entre pares.

MATERIALES Y MÉTODOS: El estudio se llevó a cabo en cuatro fases: 1) identificación de necesidades entre los adolescentes, 2) diseño de la estrategia de comunicación, 3) revisión de los contenidos y materiales gráficos por expertos, 4) pilotaje y evaluación de la efectividad.

RESULTADOS: Las necesidades identificadas se agruparon en cuatro categorías: 1) Identificar las señales de alerta de conductas suicidas, propias y en los pares; 2) saber qué hacer; 3) saber en dónde y cómo solicitar ayuda y 4) disminuir el estigma de la atención profesional para la salud mental. Se desarrollaron contenidos y mensajes clave para las tres primeras categorías, a través del acrónimo “ESA” (Escucha las señales de alerta, Sólo No, y Ayuda profesional), dirigidas hacia adolescentes de 10 a 19 años. La identidad gráfica se basó en tres personajes y un isologo.

CONCLUSIONES: Se desarrolló y probó la efectividad de una campaña de comunicación para sensibilizar adolescentes sobre las conductas suicidas, buscar ayuda propia y en sus pares, reducir el estigma hacia el suicidio y los problemas de salud mental en adolescentes.

PALABRAS CLAVE: Suicidio; Prevención del Suicidio; Publicidad; Conductas relacionadas con la salud; Adolescente.

Abstract

OBJECTIVE: This article aims to describe the process of designing and evaluating the effectiveness of a communication strategy for the prevention of adolescent suicide among peers.

MATERIAL AND METHODS: The study was carried out in four phases: 1) identification of needs among adolescents, 2) design of the communication strategy, 3) review of content and graphic materials by experts, and 4) piloting and evaluating effectiveness.

RESULTS: The identified needs were grouped into categories: 1) Identify the warning signs of suicidal behavior, in one's own and one's peers; 2) know what to do; 3) know where and how to ask for help; and 4) reduce the stigma of professional mental health care. Key content and messages were developed for the first three categories through the acronym “ESA” (By its acronym in Spanish, Listen to the warning signs, Not Only, and Professional Help), aimed at adolescents from 10 to 19 years old. The graphic identity was based on three characters and an ideologue.

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Carrera de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Ciudad de México.

³ Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS), Ciudad de México.

Recibido: 18 de diciembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
eduardorojanova@gmail.com
abycas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Rodríguez-Caballero A, Velasco-Rojano AE, Funes-González MO, Tejadilla-Orozco DI, Espinosa-Méndez P, Jurado-Galicia R, Téllez-Buendía AD, Castro-Ávalos JV, Vázquez-García A, Ibáñez-López DL, Cuautle-Rosas JL, de la Rosa-Franco AA, Ríos-Avilés VE. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (Supl 1): S29-S39.

CONCLUSIONS: The effectiveness of a communication campaign was developed and tested to raise awareness among adolescents about suicidal behaviors to seek help for themselves and their peers and to reduce the stigma towards suicide and mental health problems in adolescents.

KEYWORDS: Suicide; Suicide Prevention; Advertising; Health behavior; Adolescence.

ANTECEDENTES

El suicidio es un problema de salud pública, pero a menudo es descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades.¹ En México, el suicidio es una de las primeras causas de muerte entre las personas de 15 a 29 años. En el 2002 las tasas de suicidios en las y los adolescentes temprano (10 a 14 años) y tardíos (15 a 19 años) fue de 2.1 y 7.7 por cada 100 mil, respectivamente.² El suicidio es complejo y multifactorial, está relacionado con factores: biológicos, psicológicos, socioeconómicos o culturales que pueden variar en cada territorio o con el tiempo, lo que obliga a disponer de sistemas de información robustos y a combinar intervenciones de muy diversa naturaleza.³ Por ello, constituye un buen paradigma de intervención compleja de salud pública.

La prevención del suicidio es una de las áreas de la salud mental que genera más interés y existe cierta unanimidad para considerarla uno de los grandes retos de la salud en muchos países. Las estrategias para la prevención del suicidio, se pueden dividir en tres niveles (universales, selectivas y recomendadas).

Dentro de las estrategias universales para la prevención del suicidio, se encuentran el incre-

mento de la conciencia sobre el suicidio y la salud mental, remover las barreras para el acceso al cuidado de la salud mental, la promoción de comportamientos de búsqueda de ayuda y de factores protectores como el apoyo social y habilidades de afrontamiento.⁴⁻⁶

La comunicación publicitaria no sólo presenta la vertiente comercial a la que estamos acostumbrados, también plantea objetivos de carácter no comercial, buscando efectos que contribuyan al desarrollo social y/o humano, y formando parte, o no, de programas de cambio y concienciación social, ya sea a corto o largo plazo.⁷

El objetivo de este estudio fue: describir el proceso de diseño y evaluación de la efectividad de una estrategia de comunicación en salud para la prevención del suicidio adolescente entre pares, para dar a conocer las señales de alerta, identificar las acciones que pueden llevar a cabo para ayudar a sus pares con conductas suicidas, mediante un acrónimo y conocer las líneas de ayuda.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo en cuatro fases: 1) identificación de necesidades entre los adolescentes, 2) diseño de la estrategia de comunicación, 3) revisión de los contenidos y materiales gráficos por expertos, 4) pilotaje y evaluación de la efectividad.

Participantes

En los grupos focales con adolescentes participaron entre cinco y 16 por grupo, entre 12 y 19 años, escolarizados (escuelas públicas y privadas) y de diferentes niveles socioeconómicos.

En los grupos focales con expertos en suicidio participaron seis psicólogos y una psiquiatra del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS).

Tres investigadores con experiencia en suicidio, de las áreas de psicología, pediatría y leyes, coordinaron los grupos focales. Un investigador coordinaba, otro observaba y un tercero registraba las respuestas de los participantes.

Fase I. Identificación de necesidades

Se realizaron seis grupos focales con adolescentes, con una duración promedio de 35 minutos. Se realizaron preguntas para explorar sus experiencias con pares con conductas suicidas, para identificar las necesidades al respecto y las preferencias sobre los medios a través de los cuáles prefieren la transmisión de la información. La información se revisó y analizó para generar categorías temáticas. Dos investigadores por separado codificaron el material y compararon las categorías, las discordias se resolvieron mediante discusión y participación de un tercer investigador.

Fase II. Diseño de la estrategia de comunicación

Las categorías temáticas identificadas en la fase uno se utilizó por los investigadores para el diseño y creación de los contenidos temáticos de la estrategia de comunicación y los mensajes clave. En el diseño de las artes visuales participaron los investigadores, 16 alumnos y un profesor de la carrera de Diseño Gráfico de la Universidad de Guadalajara. Para comprender los contenidos temáticos, estos últimos se documentaron me-

dante pláticas por parte de los investigadores, revisión de la literatura y materiales gráficos de otras estrategias de comunicación y entrevistas con profesionales de la salud mental y sobrevivientes de intento de suicidio. En talleres de cocreación, se diseñaron los personajes y la trama de la historia que se utilizaron para la generación de los materiales gráficos. Posteriormente, se llevaron a cabo dos grupos focales con adolescentes, para la revisión de los materiales y mensajes clave, lo que permitió realizar algunas adecuaciones a la extensión, lenguaje y formato de presentación, así como al énfasis en los mensajes clave.

Fase III: Revisión de los contenidos y material gráficos por expertos

Se llevaron a cabo cuatro grupos focales con expertos en suicidio del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS), y un quinto grupo con jóvenes, expertos en comunicación social, con perspectiva de niñez y juventud [del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) y UNICEF], para la revisión de los contenidos y materiales gráficos. mediante los cuales se continuó la adecuación de los mismos. En esta última adecuación gráfica participó Guardianes A.C.

Fase VI. Pilotaje y evaluación de la efectividad

Se llevaron a cabo 12 grupos focales, para la revisión de los materiales y mensajes clave. También se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas para explorar la comprensión de los mensajes clave (evaluación de la efectividad), sugerencias de mejora y las preferencias sobre los medios a través de los cuáles prefieren la transmisión de la información en el transporte público.

Para analizar la comprensión de los mensajes clave, se realizó un análisis de contenido temático a las respuestas de los participantes. Se consideró como unidad de análisis las frases con un sistema de codificación y conteo sim-

ple otorgando un punto a la presencia de cada elemento que reflejara una categoría, se contó con tres categorías a priori, que correspondían con los mensajes centrales de la campaña y se permitieron categorías a priori, La confiabilidad de las categorías se calculó con el coeficiente alpha de Krippendorff y resulto adecuada (Alpha de Krippendorff =.92).

Consideraciones éticas

El estudio fue revisado y aprobado por los Comités de Investigación y Ética en Investigación Institucionales (número de registro 60/2022). Se obtuvo Consentimiento y Asentimiento de las y los participantes previo a su participación y recolección de información.

RESULTADOS

Fase I. Identificación de necesidades

Los mensajes que con mayor frecuencia identificaron las y los adolescentes difirieron de acuerdo con las experiencias previas con pares con conductas suicidas. Para quienes habían tenido experiencias previas fueron: lo que he hecho lo estoy haciendo bien y lo seguiré haciendo, realizar acompañamiento, pedir ayuda y que la ayuda no tiene costo. Para quienes no tenían experiencias previas fueron: buscar/pedir ayuda profesional (ir a terapia), promoción de la salud mental, prevención del suicidio y quitar estigma.

En lo que se refiere a las acciones que realizarían se enfocaron sobre todo en pedir ayuda. Pero estas variaron de acuerdo con el medio y nivel socioeconómico. Los adolescentes de escuelas privadas refirieron que está normalizado ir a terapia y que se ve bien, que inclusive hay psicólogos en sus escuelas. Pero lo que ven en las campañas, generalmente no se lo toman en serio, sino como broma, y que esta sería la razón por la que no llevarían a cabo alguna acción. Los adolescentes de escuelas

públicas argumentaron que, aunque quisieran pedir ayuda, no saben a dónde acudir, o que ésta no es accesible porque es muy cara y que ellos solos no podrían hacerlo.

Las principales necesidades identificadas en las personas adolescentes con respecto a las conductas suicidas en sus pares se agruparon en cuatro categorías temáticas:

1. Identificar las señales de alerta de conductas suicidas, propias y en los pares.
2. Saber qué hacer ante la identificación de señales de alerta.
3. Saber en dónde y cómo solicitar ayuda.
4. Disminuir el estigma de la atención profesional para la salud mental en ellos, en sus familias y los docentes.

Sobre la solicitud de ayuda se identificó la importancia de educar sobre la autogestión de ayuda, por los siguientes motivos:

- a) Perciben que las personas adultas los juzgan o no los entienden.
- b) Si buscan ayuda, lo harían con personas jóvenes,
- c) Prefieren medios para buscar ayuda a través de chats, que no son cara a cara y
- d) No realizarían llamadas.

Sobre las preferencias de las y los adolescentes para la transmisión de la información fueron las redes sociales (TikTok e Instagram), mediante videos cortos (TikTok, reels) y postales, Hashtags y stickers.

Fase II. Diseño de la estrategia de comunicación

Se desarrollaron contenidos y mensajes clave con los siguientes objetivos:

- a) Sensibilizar sobre la Identificación de conductas suicidas en adolescentes (entre pares).
- b) Sensibilizar sobre qué hacer ante la identificación de conductas suicidas en un par y direccionamiento para solicitar ayuda.
- c) Dar a conocer los sitios en los que pueden pedir ayuda: línea de seguridad y chat de confianza, contacto joven y línea de la vida.

La población objetivo fueron adolescentes de 10 a 19 años y la población potencial el público en general.

Para la transmisión de los mensajes clave de los tres objetivos, se diseñó el acrónimo “ESA” (Escucha las señales de Alerta; Solos No; Ayuda Profesional) (**Cuadro 1**). Se buscó que éste fuera fácil de recordar y aplicar.

Los contenidos temáticos, los mensajes clave y los medios de difusión propuestos que se incluyeron en la estrategia de comunicación se muestran en el **Cuadro 2**. Para la identidad gráfica de la estrategia de comunicación se crearon tres personajes (**Cuadro 3**) y un isologo (**Figura 1**). La voz de estos personajes fueron adolescentes y no actores de doblaje, para una mejor identificación del público objetivo con ellos.

En los grupos focales en los que se revisaron las primeras versiones de los materiales generados, Las personas adolescentes participantes mencionaron que no leerían mucho texto porque les aburre, incluso los carteles o postales deben tener muy poca cantidad de letras, frases cortas, utilizar su lenguaje (no de adultos) y colores vivos. Nos sugirieron hacer videos dinámicos y en caso de querer que los adolescentes lean, hacer un video con un formato de conversación de WhatsApp, ya que eso atrae el interés para saber que están diciendo. Para transmitir información importante, lo máximo que ven un video es entre 30 y 45 segundos.

Fase III

Se identificó la limitante de no poder utilizar directamente la palabra “suicidio” en redes sociales. Se propusieron algunas formas de utilizar la palabra “SU!C!D!0”, “SU1C1D1X”, “SU!C!D4RS3”, “SU!CID4RM3”. Sin embargo, se utilizó la frase “Quitarse la vida” para hacer referencia al suicidio, debido a las restricciones no solo en texto, sino también en audio. Los expertos sugirieron mensajes más directos, de joven a joven e incluir más la perspectiva de juventud y adolescencia.

Fase IV

En la comprensión de los mensajes (evaluación de la efectividad) se encontró que las categorías

Cuadro 1. Acrónimo ESA, como estrategia para actuar ante la identificación de conducta suicida

Palabras claves	Propósito	Acción
Escucha	Conocer las señales de alerta en un adolescente, para saber identificarlas.	Identificar las señales de alerta, tomar en serio lo que dice y tener empatía con la persona.
Solos no	En caso de identificar estas señales, saber qué hacer en ese momento con la persona.	Dar un acompañamiento cuando identifiques a alguien con una posible conducta suicida.
Ayuda	Saber qué hacer en caso de que se identifique a un adolescente con una conducta suicida.	Buscar ayuda profesional, ya sea con un adulto, o una línea para pedir ayuda profesional. Énfasis en que este problema no te lo puedes quedar.

Objetivo: Sensibilizar a adolescentes sobre el tema del suicidio. Con la intención de prevenir, informar y ayudar a personas que lo necesitan o que conocen a alguien que está en una situación de peligro.

Cuadro 2. Contenidos temáticos, mensajes clave y medios de difusión propuestos, para una estrategia de comunicación en salud para la prevención de las conductas suicidas entre adolescentes

Tema	Mensaje clave	Contenido	Materiales y medios propuestos para su difusión
Identificar conductas suicidas en adolescentes	1. Datos de alerta de conductas suicidas en adolescentes 2. Nombrar al suicidio como quitarse la vida	1. Datos de alerta	Video 2: Señales de alerta en pares. Capsulas de la 1 1 la 4: Señales de alerta. Posters del 1 al 4: Señales de alerta.
Acciones ante la identificación de conductas suicidas entre pares	Acrónimo "ESA" 1. Escucha las señales de alerta. 2. Solos No, no dejar solos y acompañar. 3. Ayuda, pedir ayuda profesional 2. Acrónimo "esa" para casos de emergencia.	Si piensas que alguien podría hacerse daño o está pensando en "quitarse la vida" 1. Escucha las señales de alerta. Toma en serio lo que te diga, sin criticar o juzgar. 2. No los dejes solos y acompáñalos mientras en sus momentos difíciles o mientras piden ayuda con alguien que sepa. 3. Pidan ayuda profesional o ayúdale a pedir ayuda profesional.	Video 1: Historia ESA. Video 3: Historia de aplicación de ESA. Video 4: Que hacer ante señales de alerta. Capsula 5: Qué hacer ante señales de alerta.
Ayuda profesional	1. Aprobación de la ayuda profesional 2. Quiénes son los profesionales de la salud mental. 3. Cuidado de la salud mental.	1. Pedir ayuda está bien. 2. Los profesionales de la salud mental como los psicólogos o psiquiatras pueden ayudarte a cuidar tu salud mental. 3. Hablar con un profesional sobre cómo nos sentimos o lo que pensamos nos ayuda a cuidarnos.	Video 1: Historia ESA. Capsula 6: Pedir ayuda profesional. Poster 6: Pide ayuda.

Cuadro 3. Identidad gráfica de la estrategia de comunicación en salud para la prevención de las conductas suicidas entre adolescentes

Personaje	Papel	Objetivo
Rafa	Personaje principal, sobreviviente de un intento de suicidio	Informar y sensibilizar sobre la Identificación de conductas suicidas en adolescentes.
Gus	Personaje secundario, mejor amigo del personaje principal. Identificó que algo no andaba bien con su amigo, pero no supo qué hacer.	Informar y sensibilizar qué hacer ante la identificación de conductas suicidas entre pares, mediante el acrónimo "esa".
Sofí	Personaje terciario, amiga de ambos personajes, acude actualmente a terapia.	Informar sobre la ayuda profesional y disminuir el estigma de recibir ayuda profesional (por personal de salud mental).

Utilizar una historia de intento fallido de suicidio, con énfasis en lo que sucede después, donde el personaje principal logra superar sus adversidades con el apoyo de su comunidad. Los personajes se diseñaron de tal manera que los adolescentes se identificaran con ellos.

a priori sobre los tres mensajes clave de la campaña (alineados con los tres objetivos) fueron identificadas por al menos un 80% de los participantes. En sus respuestas también se reflejó

una categoría emergente identificada por el 60% de los participantes que se refería a reducir el estigma sobre los problemas o la ayuda para salud mental, como se muestra en el **Cuadro 4.**



Figura 1. Isologo de la campaña de comunicación en salud “ESA”, para la prevención del suicidio entre adolescentes., donde se entrelazan de manera indivisible el logo (texto) y un símbolo gráfico.

Sobre los materiales, las personas participantes mencionaron que les parecían divertidos y la forma de expresar los emociones les pareció interesante.

Con respecto la pregunta si compartirían en sus redes sociales los materiales, refirieron que compartirían principalmente algunos stickers.

Las personas participantes de escuelas privadas fueron los que refirieron mayormente que no los compartirían, quienes acudían a escuelas públicas refirieron que sí.

Las preferencias de las personas adolescentes para transmitirles información dentro del sistema de transporte colectivo fueron en su mayoría (80%) las pantallas, más que los carteles.

Materiales de la campaña

Con base en todo lo anterior, se desarrollaron los siguientes materiales: cuatro videos, seis cápsulas, seis postales, 14 stickers y un #Hashtag, para difusión en redes sociales, pantallas y páginas institucionales, los cuales se encuentran disponibles, para poder visualizarlos y bajarlos para compartirlos, en la página del Instituto Nacional de Pediatría (<https://www.pediatria.gob.mx/interna/esa.html>). También se puede acceder a través del QR que se generó para compartir y que aparece en la **Figura 2**.

Cuadro 4. Resultados del análisis de contenido para las respuestas sobre los mensajes de la campaña en adolescentes

Categoría	Tipo de categoría	Ejemplos	Porcentaje reportado
Mensaje 1 Identificar las señales de alarma propias para buscar ayuda	A priori	Que darte cuenta de que tus emociones están mal es algo que no necesitas pasar sólo... Que si te pasan esas cosas puedes pedir ayuda...	90%
Mensaje 2 Identificar las señales de alarma en pares para recomendarles que pidan ayuda y no dejarlos solos	A priori	Que es posible hacer algo por alguien cuando, por la razón que sea, esta persona es propensa a lastimarse... Que puedes ayudar al percibir señales de riesgo en una persona...	90%
Mensaje 3 Importancia de buscar ayuda profesional	A priori	Que problemas como la depresión y el suicidio necesitan ser tratados por profesionales y que existe apoyo gratuito para ello, que las personas no están solas... Que en la línea de la vida hay profesionales que pueden ayudar a alguien...	80%
Mensaje 4 Reducción del estigma para problemas de salud mental	Emergente	Que ir a terapia no está mal... El que no todo es juzgar o criticar, y que es mejor ayudar a alguien que hacerlo sentir mal...	60%

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue generar una estrategia de comunicación para la identificación de conductas suicidas propias y entre pares, apoyar acompañando al adolescente cuando se identifican estas conductas y buscar ayuda profesional, el cual se cumplió al haber generado una campaña que transmitió los tres mensajes clave al menos al 80% de los adolescentes.

Este trabajo contribuye a generar estrategias para la prevención del suicidio en un grupo vulnerable (adolescentes) que requiere atención prioritaria, lo que se considera una acción de vital importancia para todos los estados del mundo; tanto que la Organización de las Naciones Unidas lo incluye como parte de la meta 3.4 reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles en un tercio de su tercer objetivo de desarrollo sostenible sobre salud y bienestar para 2030⁸ y la Organización Mundial de la



Figura 2. Código QR, para direccionar al material de forma rápida y poder compartirlo.

Salud incluye en su Programa de Trabajo General 2019-2031 y en su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 que se ha extendido hasta 2030.⁹

La estrategia se alinea con las guías internacionales para la prevención del suicidio que consideran seis elementos al respecto: 1) contar con un análisis de la situación actualizada en el país, con información sobre los sectores de la población que afecta más, los principales factores de riesgo, y los medios suicidas más utilizados; 2) colaboración multisectorial para realizar estrategias congruentes y holísticas que permitan una atención integral de la personas con riesgo de tener conductas suicidas; 3) sensibilización y defensa para reducir el estigma; 4) desarrollo de capacidades; 5) financiamiento para desarrollo e implementación de las estrategias y 6) vigilancia, monitoreo y evaluación para actualizar y asegurar la efectividad de las estrategias.¹⁰

Esto se puede decir porque, en primer lugar, se basó en un diagnóstico de necesidades, lo que va de acuerdo con el primer punto, contar con un análisis de la situación actualizada en el país, con información sobre los sectores de la población más afectados. Esto mejoró las posibilidades de éxito de la campaña ya que, en vez de hablar de contenidos diseñados por adultos, se buscó hacerlo en una forma en la que se les respetara y se cuidara su autonomía progresiva, lo que hizo que pusieran atención y se dieran cuenta de los elementos que valoran.¹¹

No sólo el mensaje se basó en el diagnóstico, sino también la forma por lo que la estrategia de personajes también ayudó a que se sintieran identificados con el mensaje y disminuyeran sus comportamientos de riesgo para ser similares a las normas que rigen a las figuras de interés del grupo al que pertenecen.^{12,13}

En segundo lugar, esta estrategia incide en el punto tres sensibilización y defensa para reducir

el estigma, lo que se vio reflejado en el 60% de los adolescentes que reportaron el mensaje de que buscar ayuda profesional e ir a terapia por este tipo de problemas está bien. Esta campaña ayuda a aumentar la conciencia sobre el suicidio y la salud mental en los adolescentes, promover conductas de búsqueda de ayuda y factores de protección. como apoyo social y habilidades de afrontamiento, lo que se ha reportado como elementos necesarios para las estrategias de comunicación en estudios previos.¹⁴

Además, la campaña también va de acuerdo con las nuevas modificaciones a la ley general de salud que promueve la adopción de modelos de atención comunitaria,¹⁵ ya que es necesario que la población conozca los principales elementos de estos problemas y reduzca el estigma para que pueda hacer uso de los servicios de salud.

La campaña ESA se enfocó en establecerse en dos medios: A) el virtual, donde se hará uso de las redes sociales, para difundir contenido visual, tanto en post como en videos y capsulas, que sea breve de leer y ver; B) el físico, donde se planea implementar materiales impresos en puntos estratégicos donde los mensajes de la campaña puedan ser leídos con detenimiento, tales como escuelas, hospitales y transporte. Si en estos lugares físicos se cuenta con pantallas, poder presentar capsulas y videos. De esta forma se trata de llegar a gran parte de la población adolescente. La finalidad de utilizar el medio virtual es llegar a una gran cantidad de adolescentes, que puedan tener estrategias para ayudar a sus pares que presentan conductas suicidas, como se ha visto en otros estudios.¹⁶

Aunque en el país se han diseñado diferentes campañas para la prevención del suicidio, la gran mayoría de estas va dirigida a una población adulta o mayor de 25 años, grupo que se encuentra dentro de los rangos que reporta el INEGI sobre suicidio,^{17,18} no se han realizado campañas para la población adolescente. Por

esta razón es importante diseñar una campaña que tenga esta perspectiva, ya que la población adolescente en nuestro país tiene una forma muy distinta de comportarse en comparación con la población adulta. Sus hábitos y la forma de interpretar su ambiente no son iguales al de los adultos, por ende, ellos no se fijan en las campañas que se diseñan desde una perspectiva adulto-céntrica.

CONCLUSIÓN

La aportación del presente estudio fue el desarrollo y prueba de efectividad para promover conocimiento de una campaña de comunicación para sensibilizar adolescentes sobre las conductas suicidas, buscar ayuda propia y en sus pares y reducir el estigma hacia el suicidio y los problemas de salud mental en adolescentes.

Agradecimientos

De la Universidad de Guadalajara: al maestro: José Isaac Cortés López, y a los alumnos: Emilia Arámburo Ramos, Héctor Jesús Barraza Soto, Natalia Camacho Jiménez, Jonathan Jair Cortés Nuno, Isaí Galván Alanís, Juan José Gómez Arrebillaga, Horacio Gutiérrez Cornejo, Roxana Lizbeth Hernández Flores, Alejandro Jiménez Pérez, Johana Montserrat López Orozco, Edgar Uriel Navarro Guzmán, Emilia Arámburo Ramos, Rosa Angélica Nuño Márquez, Adal Alexander Plascencia Márquez, Mario Alberto Terríquez Plascencia, y Alejandro Jiménez Pérez, de la Carrera de Diseño Gráfico del Centro Universitario de Arte, Arquitectura y Diseño.

Al Equipo de Comunicación Social del INP: Alma Delia-Hernández, Sarahi Reza Luna, Cinthya Lizette Meneses Maravilla y Miguel Ángel Ayala Flores.

A la Asociación Civil Guardianes: María del Rosario Alfaro Martínez, Alma Patricia Alfaro Martínez y Eduardo Rosas.

A las pasantes de servicio social en psicología de: Victoria Abril Agatón Peralta, Ivanna Sofía Barrón González y Lizeth Peonny Caiceros Gómez.

Al equipo de CONASAMA y PRONAPS Coordinados por la Mtra. Diana Iris Tejadilla Orozco,

De IMUJVE: Katherine Cedillo Soto, Jazmín Anaya Jiménez y Edgar Fernando Gutiérrez Piña.

De UNICEF: Elisa Lavore Fanjul, Víctor Manuel Franco Correa, Diana Puente, Janina Cuevas Zuñiga y Tereza Mondragón.

De la Comisión Nacional de Derechos Humanos: Mtra. Claudia Esperanza Franco Martínez y su grupo de trabajo de la Primera Visitaduría General.

A nuestras voces adolescentes: Ana Karen Mejía Hidalgo, Brandon David García Téllez, Luis Miguel Sánchez Pérez y Edwin Guerrero Ramírez.

A nuestros colaboradores y aliados: Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), Contacto Joven del Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), Consejo Ciudadano Para La Seguridad y Justicia de la Ciudad de México, UNICEF México, Universidad de Guadalajara, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Pediatría, Guardianes, A.C., Asociación Médica del Instituto Nacional de Pediatría, Asociación Mexicana de Pediatría, ChildFund México, A.C.

REFERENCIAS

1. WHO. Suicide. 2021.
2. INEGI. Comunicado De Prensa Núm. 503/22 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. 2022.
3. Benton TD. Suicide and Suicidal Behaviors Among Minoritized Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2022;31(2):211–21.
4. Hadlaczky G, Wasserman D, Hoven CW, Mandell DJ, Wasserman C. Suicide Prevention Strategies: Case Studies from Across the Globe. In: Pirkis RCO and J, editor. *The International Handbook of Suicide Prevention.* 2nd ed. John Wiley & Sons, Ltd; 2016. p. 556–68.
5. Wasserman, Danuta; Carli, Vladimir; Iosue, Miriam; Javed, Afzal; Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia Pacific Psychiatry.* 2021;13:e12452.
6. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646–59.
7. López CA. La Publicidad Social: concepto, objeto y objetivos. *Redes.com : revista de estudios para el desarrollo social de la Comunicación.* 2005;2:265–84.
8. United Nations Organization. Objetivos de desarrollo sostenible. 2015 [cited 2023 Dec 12]. p. 1–2 Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
9. 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>
10. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 1st ed. Vol. 1, Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. 1–147 p.
11. Andrews JL, Foulkes L. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information . *Trends Cogn Sci.* 2020;24(8):585–7.
12. Yeager DS, Dahl RE, Dweck CS. Why Interventions to Influence Adolescent Behavior Often Fail but Could Succeed. Vol. 13, *Perspectives on Psychological Science.* 2018. 101–122 p.
13. Yeager DS, Fong CJ, Lee HY, Espelage DL. Declines in efficacy of anti-bullying programs among older adolescents: Theory and a three-level meta-analysis. *J Appl Dev Psychol.* 2015;37(1):36–51.
14. Wasserman D, Carli V, Iosue M, Javed A, Herrman H. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry.* 2021;13(3):1–17.
15. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud [Internet]. *Diario Oficial de la Federación DOF*



- México: Diario Oficial de la Federación DOF ; Apr 2, 2014 p. 1–31. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
16. Mellanby AR, Newcombe RG, Rees J, Tripp JH. A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Educ Res.* 2001;16(4):481–92.
 17. Benítez Camacho E. Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Medicina y Ética.* 2021;32(1):15–39.
 18. INEGI. Comunicado De Prensa Núm. 503/22 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. 2022.

<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2873>

Relación entre violencia y conducta suicida mediada por depresión y consumo de alcohol

Relationship between violence and suicidality mediated by depression and alcohol consumption.

Abigail Casas Muñoz,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Arturo Loredo Abdalá,¹ Eva Prado Solé,² Martín G. Álvarez,² Diana Iris Tejadilla Orozco³

Resumen

OBJETIVO: Probar si existe una relación entre cinco tipos de violencia y las conductas suicidas y si esa relación se encuentra mediada por la depresión y el consumo del alcohol.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se hizo una encuesta en línea a adolescentes escolarizados de 20 estados de la República. Se midieron 5 tipos de violencia con el cuestionario internacional ICAST-C, conductas suicidas y depresión con el *Youth Self Report* y consumo de sustancias con el ASSIST. Se realizó una regresión logística para predecir las conductas suicidas.

RESULTADOS: Participaron 6,775 adolescentes con acceso a internet, 61% mujeres, edad promedio de 16.40 años (D.E.=1.33). Entre 20 y 85% reportaron alguna forma de violencia, 35% consumo de bebidas alcohólicas, 3.4% síntomas de depresión y 7.39% conductas suicidas. Se encontraron modelos significativos a través de regresión logística en los que violencia psicológica, violencia física, violencia sexual, negligencia y la exposición a la violencia predicen la depresión y consumo de bebidas alcohólicas y estas variables predicen a su vez las conductas suicidas.

CONCLUSIONES: los cinco tipos de violencia tienen una relación indirecta con las conductas suicidas en adolescentes mexicanos mediada por la depresión y el consumo del alcohol.

PALABRAS CLAVE: Violencia; Adolescentes; Suicidio; Depresión; Bebidas alcohólicas.

Abstract

OBJECTIVE: This study aimed to test whether there is a relationship between five types of violence and suicidal behaviors and if this relationship is mediated by depression and alcohol consumption.

MATERIALS AND METHODS: An online survey was conducted with school-going adolescents from 20 states in the Republic. Five types of violence were measured using the International Child Abuse Screening Tool for Children and Adolescents (ICAST-C), suicidal behaviors and depression were assessed using the Youth Self Report, and substance use was measured using the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Logistic regression was performed to predict suicidal behaviors.

RESULTS: 6,775 adolescents with internet access participated, with 61% females and an average age of 16.40 years (SD=1.33). Between 20% and 85% reported some form of violence, 35% reported alcohol consumption, 3.4% showed symptoms of depression, and 7.39% reported suicidal behaviors. Significant logistic regression models were found, indicating that psychological violence, physical violence, sexual violence, neglect, and exposure to violence predict depression and alcohol consumption. These variables, in turn, predict suicidal behaviors.

CONCLUSIONS: All five types of violence have an indirect relationship with suicidal behaviors in Mexican adolescents, mediated by depression and alcohol consumption.

KEYWORDS: Violence; Adolescents; Suicide; Depression; Alcohol consumption.

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia y su Prevención CEAVI-P, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² UNICEF México.

³ Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Recibido: 22 de diciembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
 abycasmd@gmail.com
 eduardorojanova@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Loredo Abdalá A, Prado-Solé E, Álvarez MG, Tejadilla-Orozco DI. Relación entre violencia y conducta suicida mediada por depresión y consumo de alcohol. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S40-S46.

ANTECEDENTES

En la actualidad las conductas suicidas y la violencia contra niñas, niños y adolescentes son problemas de salud pública que impactan a individuos, familias y sociedades, tanto por la gravedad de sus consecuencias, como por el incremento constante que se ha registrado en su frecuencia a pesar de los esfuerzos mundiales que se hacen para su disminución.¹⁻⁴

En la literatura se ha identificado que para los adolescentes existe una relación entre la experiencia de vivir violencia y las conductas suicidas;⁵⁻⁹ sin embargo, los estudios reportan distintos tipos de violencia, por ejemplo: violencia sexual,¹⁰ violencia psicológica o emocional,¹¹ violencia de género,¹² violencia física,¹³ o exposición a la violencia doméstica.¹⁴ Esta diversidad en los tipos de violencia asociados con la conducta suicida se puede deber a distintas razones, una primera explicación posible es que los diversos autores seleccionaron distintos tipos de violencia para estudiar y documentaron por separado sus distintas asociaciones con la conducta suicida.

Sin embargo, de acuerdo con esa posible explicación, no debería haber resultados inconsistentes para la asociación entre la conducta y un mismo tipo de violencia en diferentes estudios, lo que claramente se puede observar en el caso de la violencia física, que se encuentra asociada con la ideación suicida en algunos estudios,^{13,15} pero en otros no.¹¹

La inconsistencia en las asociaciones de un mismo tipo de violencia y las conductas suicidas en adolescentes podrían explicarse por dos motivos, la diferencia en los métodos usados en el estudio considerando a la población, los instrumentos de medición y la definición de las variables, o bien por el efecto mediador de otra variable. En la literatura se ha sugerido que dos variables pueden mediar la relación entre la violencia y

las conductas suicidas, que son la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas.¹⁴

El objetivo de este estudio fue: probar si existe una relación entre cinco tipos de violencia y las conductas suicidas y si esa relación se encuentra mediada por la depresión y el consumo del alcohol.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal a través de una encuesta en línea entre los meses de abril y junio de 2021.

Muestra

Mediante un muestreo por conglomerados bietápico basado en la densidad de escuelas por estado de acuerdo con el censo de escuelas de nivel medio superior de la Secretaría de Educación Pública (SEP),¹⁶ se seleccionaron de manera aleatoria por cada una las ocho zonas geográficas de México,¹⁷ 20 de los 32 estados. Para el cálculo del tamaño de la muestra se hizo un análisis de potencia estadística, considerando la prevalencia de la conducta suicida de 7.6%,¹⁸ un nivel de confianza del 95%, un margen de error de un 5% y una potencia deseada del 80%, lo que generó una muestra mínima necesaria de 70 escuelas. Se invitó a participar a 80 escuelas para contar con 10 casos de remplazo a priori, aceptaron participar 77.

A través de las redes sociales de las escuelas se invitó a las y los alumnos de las escuelas participantes, entre 11 y 19 años.

Instrumentos

Se aplicó el instrumento tamizaje de salud mental Youth Self Report validado en adolescentes (alpha ordinal = 0.95 y omega ordinal = 0.91),¹⁹ para medir síntomas depresivos a través de una subescala y autolesiones e intentos de suicidio

en los seis meses previos mediante dos preguntas de alerta.

Para medir el consumo del alcohol se aplicó la subescala de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) validada para adolescentes mexicanos (alpha de Cronbach = 0.84).²⁰

Para medir cinco tipos de violencia: violencia física, violencia sexual, violencia psicológica, negligencia y exposición a la violencia se usó el Instrumento de detección de abuso del ISPCAN (ICAST-C) validado para adolescentes mexicanos (alpha de Cronbach = 0.92).⁴

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por los comités de investigación y ética en investigación institucionales, siguiendo la normativa nacional e internacional para realizar investigación con seres humanos.^{21,22} Se obtuvo asentimiento de los adolescentes y consentimiento informado de sus padres/tutores, así como las aprobaciones de la Secretaría de Salud, la SEP, las autoridades educativas federales, estatales y de los directores de los planteles.

Debido a que el estudio se realizó durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 y a que el estudio se llevó a cabo en línea, se aprobó que el consentimiento de los padres se obtuviera vía telefónica por agentes de un centro de atención telefónica con entrenamiento para explicar la información sobre el estudio y resolver las dudas, con la posibilidad para contactar directamente al investigador en caso de ser necesario. Todo el proceso fue grabado y se guardó un archivo de audio con la evidencia para cada uno de los participantes. El asentimiento informado se obtuvo en línea en un formulario electrónico.

Procedimiento

Cada participante recibió un vínculo personalizado para responder la encuesta, el sistema electrónico utilizado no permitía almacenar la información en el historial de los dispositivos, ni hacer regresos cuando se hubieran enviado las respuestas, para mantener una línea segura que no permitiera la filtración de datos sensibles que pudiera constituir un riesgo para los participantes.^{23,24} De manera adicional se garantizó que los servidores utilizados tuvieran los certificados de seguridad necesarios para cuidar la seguridad de la información. Cada participante recibió una recarga telefónica de cien pesos que pudiera facilitarle contestar la encuesta utilizando sus datos móviles en caso de no contar con acceso a internet.

Considerando que el instrumento utilizado fue de tamizaje y no diagnóstico, las y los adolescentes identificados en riesgo por conducta suicida, fueron contactados por mensajes de texto o por llamadas telefónicas y referidos a un servicio de atención psicológica en línea.

Análisis estadístico

Se analizaron con frecuencias y porcentajes cada una de las conductas, posteriormente para ver la asociación entre variables se generaron análisis de regresión logística binaria.

RESULTADOS

Se registraron 8,894 adolescentes, 8,626 dieron su asentimiento (en línea) y se obtuvo el consentimiento informado de los padres vía telefónica. De estos, 7,329 abrieron la encuesta y 6,775 adolescentes completaron todas las preguntas, 38.94% hombres y 61.06% mujeres; con una edad promedio de 16.40 años (DE 1.33 años).

La violencia fue reportada en distintos porcentajes entre un 21.04% y un 85.04% dependiendo del tipo de violencia, el consumo de bebidas alcohólicas fue reportado por 35.02% de los participantes, los síntomas de depresión fueron reportados por 3.41% de los participantes. Las conductas suicidas que combinan ideación e intento suicida en general fueron reportadas en un 7.39% de los participantes. **Cuadro 1**

En cuanto a la asociación entre las formas de violencia y los síntomas de depresión se obtuvo un modelo significativo ($\chi^2_{(5)} = 274.39$, $p < .01$) que clasificó correctamente el 96.45% de los casos, con los predictores violencia psicológica, violencia física, violencia sexual y negligencia que explicó el 15% de la varianza de los síntomas depresivos (R^2 de Nagelkerke = .15). **Cuadro 2**

Cuadro 1. Porcentajes de los participantes que reportaron violencia, consumo de bebidas alcohólicas, síntomas de la depresión y conductas suicidas

Variable	%	IC95%
Violencia psicológica	85.04	80.05-90.03
Negligencia	62.02	26.60-97.43
Violencia física	54.02	22.49-85.54
Exposición a la violencia	38.04	16.75-59.32
Violencia sexual	21.04	11.59-30.48
Consumo de bebidas alcohólicas	35.02	15.85-54.18
Síntomas depresivos	3.41	3.09-3.72
Conductas suicidas	7.39	5.66-9.11

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 2. Predictores significativos de los síntomas depresivos en adolescentes mexicanos

Predictor	Wald	OR(ExpB)	IC95%	p
Violencia Psicológica	54.34	4.57	3.05-6.85	<.01**
Negligencia	34.85	3.29	2.22-4.90	<.01**
Violencia sexual	27.27	2.78	1.89-4.08	<.01**
Violencia física	11.65	2.12	1.37-3.26	<.01**

** $p < .01$, fuente: elaboración propia.

Para la asociación entre las formas de violencia y el consumo de bebidas alcohólicas también se obtuvo un modelo significativo ($\chi^2_{(5)} = 209.35$, $p < .01$) que clasificó correctamente el 66.33% de los casos, con los predictores violencia psicológica, violencia física, violencia sexual, exposición a la violencia y negligencia que explicó el 5% de la varianza del consumo de bebidas alcohólicas (R^2 de Nagelkerke = .05). **Cuadro 3**

Para la asociación entre la depresión y el consumo de bebidas alcohólicas con las conductas suicidas también se obtuvo un modelo significativo ($\chi^2_{(1)} = 1179.81$, $p < .01$) que clasificó correctamente el 92.10% de los casos, con los predictores depresión y consumo del alcohol que explicó el 39% de la varianza de las conductas suicidas (R^2 de Nagelkerke = .39). **Cuadro 4**

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue probar si existe una relación entre cinco tipos de violencia y las conductas suicidas y si esa relación se encuentra mediada por la depresión y el consumo del alcohol, el cual se cumplió al generar modelos significativos que muestran estas relaciones.

Que los tipos de violencia sean predictores significativos de la depresión y el consumo del alcohol y a su vez éstas sean predictores significativos de las conductas suicidas es congruente con lo encontrado por Kim previamente.¹⁴ Esta información puede ayudar a entender la presencia de algunos resultados inconsistentes

Cuadro 3. Predictores significativos del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes mexicanos

Predictor	Wald	OR(ExpB)	IC95%	p
Violencia sexual	80.50	2.97	2.34-3.76	<.01**
Negligencia	18.65	1.78	1.37-2.31	<.01**
Exposición a la violencia	13.36	1.46	1.19-1.78	<.01**
Violencia psicológica	8.16	1.47	1.13-1.92	<.01**
Violencia física	6.36	1.40	1.19-1.78	<.01**

**p<.01, fuente: elaboración propia.

Cuadro 4. Predictores significativos de las conductas suicidas en adolescentes mexicanos

Predictor	Wald	OR(ExpB)	IC95%	p
Depresión	136.40	53.96	36.28-71.64	<.01**
Consumo del alcohol	56.20	2.35	1.92-3.47	<.01**

**p<.01, fuente: elaboración propia.

en estudios sobre la relación entre los tipos de violencia y las conductas suicidas,^{11,13,15} ya que al estar mediada por otras variables podría no reflejarse en algunos pero sí en otros.

Esto muestra que la violencia puede tener consecuencias muy variadas que inclusive indirectamente alcancen muchas áreas de desarrollo en la vida de las personas que la experimentan, en especial cuando ocurre a edades tempranas²⁵

Que en la estimación la relación entre los tipos de violencia y la depresión clasifique correctamente más casos que la relación entre violencia y consumo del alcohol puede deberse a varias razones, ya que el inicio o aumento de consumo de bebidas alcohólicas o sustancias psicoactivas en la adolescencia se relacionan con múltiples factores como la presión grupal o el deseo por tener nuevas experiencias.^{20,26}

Esta información ayuda a entender la relación entre la violencia y las conductas suicidas y por consiguiente a la idea de que es necesario tamizar para el desarrollo de problemas de salud

mental, adicciones y consumo de sustancias cuando se encuentra alguno de estos casos.

CONCLUSIONES

Existen cinco tipos de violencia: violencia psicológica, violencia física, violencia sexual, negligencia; la exposición a la violencia tiene una relación indirecta con las conductas suicidas en adolescentes mexicanos mediada por la depresión y el consumo del alcohol.

Agradecimientos

Agradecemos a José Guillermo Castillo Koschnick por su ayuda con el censo de escuelas públicas y el contacto con UNICEF. Agradecemos a todo el equipo de Alumbra contigo, en especial a Annayancy Varas García, Abraham Madero Márquez, Cándido Pérez Hernández, Renata Díaz Barreiro Castro y Valeria González Ruiz por el apoyo psicológico brindado a los participantes. Agradecemos la colaboración de los siguientes estudiantes: Evelyn Jazmín Wong Casas, Pamela Karisni Ortiz Hernández, Melissa

Isabel Barrientos Mendoza, Cinthya Guadalupe Ramírez Tolentino, Dulce Yendi Zúñiga Morales, Aby Domínguez Ramos, Karina Domínguez Villanueva, Samantha Gálvez Guzmán, Ángel Iván Colín Betanzos, Rodrigo Rojas Zepeda. Y por último, pero no menos importante, a las autoridades de los subsistemas educativos CO-NALEP, CETIS y CBETIS.

REFERENCIAS

- World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates. Geneva; 2021.
- Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez-García A. Suicidal behavior in Mexico: comparative analysis between adolescent and adult population. *Salud Publica Mex.* 2023;65.
- Álvarez M, Castillo G. Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México [Internet]. Mexico City; 2019 Jul [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
- Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, González-García N, Benjet C, Caraveo-Anduaga JJ, Martínez-Vélez NA, et al. ISPCAN Child Abuse Screening Tool for Children (ICAST-C): Translation and adaptation to Mexican Spanish, and psychometric properties tested in Mexico City adolescents. *Child Abuse Negl.* 2022 Nov 1;133.
- Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez MG. ACEs and mental health problems as suicidality predictors in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl.* 2023;
- Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez MG. ACE-IQ extended version validation and ACE's frequency in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2023 Oct;106492. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213423004805>
- Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48(3):254–61.
- 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 Apr 19;357:j1334.
- Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Rev Chil Pediatr.* 2019;90(6):606–16.
- Baiden P, Panisch LS, Kim YJ, Labrenz CA, Kim Y, Onyeaka HK. Association between first sexual intercourse and sexual violence victimization, symptoms of depression, and suicidal behaviors among adolescents in the united states: Findings from 2017 and 2019 national youth risk behavior survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug 1;18(15).
- Seff I, Stark L. A sex-disaggregated analysis of how emotional violence relates to suicide ideation in low- and middle-income countries. *Child Abuse Negl.* 2019 Jul 1;93:222–7.
- Marx RA, Hatchel T, Mehring CB, Espelage DL. Predictors of sexual victimisation and suicidal ideation among transgender and gender-nonconforming adolescents. *Psychol Sex.* 2021;12(1–2):79–95.
- Inostroza C, Cova F, Ballesteros ML. Conducta suicida y violencia contra la mujer: estudio en universitarias y consultantes de salud mental chilenas. *Revista Punto Género.* 2022;17:8–44.
- Kim JM. Development of structural model on suicidal ideation in adolescents' exposure to violence. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 2;18(6):1–14.
- Soto A, Villaroel P, Véliz A. Factores que intervienen en riesgo suicida y parasuicida en jóvenes Chilenos. *Propósitos y Representaciones.* 2020;8(3):e672.
- Secretaría de Educación Pública. Censo de escuelas, maestros y alumnos [Internet]. Mexico City; 2017 Oct [cited 2023 Nov 5]. Available from: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/censo-de-escuelas-maestros-y-alumnos-de-educacion-basica-y-especial>
- Bassols A. Geografía Subdesarrollo y Regionalización. 5th ed. Mexico City: Nuestro Tiempo; 1979. 1–253 p.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 422/20 08 DE SEPTIEMBRE DE 2020 PÁGINA 1/2 ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DATOS NACIONALES [Internet]. Mexico City; 2020 Sep [cited 2022 Jun 1]. Available from: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/suicidios2020_Nal.pdf
- Lemos S, Vallejo G, Sandoval M. Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema* [Internet]. 2002 [cited 2023 Jul 5];14(4):816–22. Available from: <https://www.psicothema.com/pdf/804.pdf>
- Casas Muñoz A, Velasco Rojano ÁE, Loredo Abdalá A. Adaptación y validación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en adolescentes mexicanos de una población semirural. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones.* 2022 Mar 29;8(1):30–9.
- Comisión Nacional de Bioética CONBIOÉTICA. Declaración de Helsinki. Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética [Internet]. Ciudad de México; 2021 Mar [cited 2022 Oct 28]. Available from: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
- De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud [Internet]. Diario Oficial de la Federación DOF México: Diario Oficial de la Federación DOF ; Apr 2, 2014 p. 1–31. Available from: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
- Rädda barnen (Society). So you want to involve children in research? : a toolkit supporting children's meaningful and

- ethical participation in research relating to violence against children. *Save the Children*; 2004. 80 p.
24. Priebe G, Bäckström M, Ainsaar M. Vulnerable adolescent participants' experience in surveys on sexuality and sexual abuse: Ethical aspects. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2010 Jun [cited 2023 Apr 9];34(6):438–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213410000906>
 25. Sergio Castro González R. La violencia familiar y su influencia en la violencia escolar (bullying) activa, pasiva y testigo en alumnos de secundaria. *ALTAmira Revista Academica* [Internet]. 2015;3(11):6–21. Available from: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01220066>
 26. Gutiérrez M, Lopera XM, Nataly L, Cruz S. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de alcohol en adolescentes. *Psyconex*. 2016;8(12):1–10.



<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2849>

Conducta suicida en adolescentes mexicanos: análisis comparativo entre regiones geográficas del país

Suicidal behavior in Mexican adolescents: Comparative analysis among geographic regions of the country.

Abigail Casas Muñoz,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Arturo Loredó Abdalá,¹ Eva Prado Solé,² Martín G. Álvarez,² Diana Tejadilla Orozco³

Resumen

OBJETIVO: Conocer la frecuencia de dos conductas suicidas (ideación e intentos de suicidio) en adolescentes mexicanos y compararla por regiones geográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir de un estudio transversal con una encuesta en línea entre abril y junio de 2021. Se analizaron las respuestas de 6775 adolescentes: 61.06% mujeres y 38.94% hombres, con una edad promedio de 16.40 años (DE 1.33 años) seleccionados por conglomerados bietápicos. Para medir la conducta suicida se aplicaron dos preguntas (una sobre ideación y otra sobre intentos) del instrumento de tamizaje de salud mental Youth Self Report validado en adolescentes.

RESULTADOS: El 44.12% de los participantes reportó ideación suicida, 10.03% intentos de suicidio y 7.39% conductas suicidas en conjunto, no hubo diferencias estadísticamente significativas por región sociodemográfica de México.

CONCLUSIÓN: Durante el confinamiento preventivo por COVID-19, la ideación suicida tuvo mayor frecuencia que en otros estudios, diferentemente de los intentos de suicidio y la ideación e intentos en su conjunto. No hubo diferencias significativas por región geográfica de México.

PALABRAS CLAVE: Ideación suicida, Intento de suicidio, Adolescentes, Ubicación geográfica, México.

Abstract

OBJECTIVE: To estimate the frequency of suicidal behavior (suicide ideation and attempts) in the Mexican adolescent population and compare it by geographic region.

MATERIAL AND METHODS: In a cross-sectional online survey from April to June 2021, 6775 adolescents' responses were analyzed: 61.06% were female and 38.94% male, with an average age of 16.40 years (SD 1.33 years), selected by two-stage clusters. To assess suicidal behavior, two questions (one on ideation and the other on attempts) from the Youth Self Report mental health screening instrument, which has been validated in adolescents, were used.

RESULTS: 44.12% of the participants reported suicidal ideation, 10.03% attempted suicide, and 7.39% engaged in suicidal behaviors. There were no statistically significant differences by sociodemographic region of Mexico.

CONCLUSION: During COVID-19 confinement, suicidal ideation was more frequent than in other studies, but not suicide attempts or ideation/attempts combined, and there were no significant differences by geographic region of Mexico.

KEYWORDS: Suicidal ideation, Suicide attempt, Adolescents, Geographic location, Mexico.

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia y su Prevención (CEAVI-P), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² UNICEF México.

³ Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA).

Recibido: 28 de noviembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
eduardorojanova@gmail.com
abycas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Loredó-Abdalá A, Prado-Solé E, Álvarez MG, Tejadilla-Orozco D. Suicidal behavior in Mexican adolescents: Comparative analysis among geographic regions of the country. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S47-S53.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la propia vida, ya sea por acción u omisión.¹ Los suicidios consumados se pueden presentar en conjunto con otros pensamientos y comportamientos relacionados que son parte de la conducta suicida, como la ideación suicida (pensar en quitarse la propia vida), los planes estructurados de suicidio y los intentos fallidos de suicidio; cada una de las conductas suicidas es un factor de riesgo para tener la siguiente y el factor de riesgo más importante para el suicidio consumado es el haber tenido intentos previos.² Tanto el suicidio como el resto de las conductas suicidas son un problema de salud pública mundial que afectan a las personas que lo cometen, a sus familias y a las sociedades en general, con impactos para distintos sectores como el de la salud, la educación o el económico.³

El suicidio tiene una amplia prevalencia en el mundo en personas de todos los sexos, edades y regiones, de acuerdo con las 703 000 muertes que causó en 2019.⁴ La mayor parte de los casos de suicidio (77%), se produjeron en países de medianos y pequeños ingresos, y uno de los grupos etarios más afectados fue el de 15 a 29 años, en el que el suicidio fue la cuarta causa más común de muerte.⁴

Por esta razón, la reducción del suicidio es una de las metas de la organización mundial de la salud (OMS) desde la década de 1970 y está contemplado el tomar acciones para lograrlo en su plan de acción 2013-2030.^{1,3} Una de las primeras acciones que la OMS ha considerado como una clave para la reducción del suicidio es contar con información actualizada sobre el fenómeno, que permita orientar estrategias de intervención basadas en evidencia, con un enfoque multisectorial y de bajo costo. Debido a esto, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) generan informes con frecuencia periódica al respecto a partir de

2014.⁴ Sin embargo, aún es necesario generar más información desagregada por cada uno de los diferentes países.

En México, se sabe que los casos de suicidio han aumentado constantemente durante los últimos 30 años,⁵⁻⁸ la tasa estimada de suicidios entre jóvenes de 15 a 29 años aumentó de 8.1 muertes por cada 100,000 personas, en 2015 a 10.4 por 100,000 en 2021.⁹ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2021 mostró que 5.3 % de los adolescentes de 10 a 19 años había intentado suicidarse al menos una vez en su vida, y 6.3 % había experimentado pensamientos suicidas, con diferencias significativas, que indican mayores frecuencias para la región del Centro.¹⁰ Sin embargo, aún es necesario avanzar en la generación de información sobre las diferentes conductas suicidas en México, su frecuencia en los distintos grupos etarios y su distribución geográfica.

OBJETIVO

Conocer la frecuencia de dos conductas suicidas (ideación e intentos de suicidio) en adolescentes mexicanos y compararla por regiones geográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal a través de una encuesta en línea entre los meses de abril y junio de 2021. Mediante un muestreo por conglomerados bietápico basado en la densidad de escuelas por estado de acuerdo con el censo de escuelas de nivel medio superior de la Secretaría de Educación Pública (SEP),¹¹ se seleccionaron de manera aleatoria por cada una las ocho zonas geográficas de México,¹² 20 de los 32 estados. Para el cálculo del tamaño de la muestra se hizo un análisis de potencia estadística, considerando la prevalencia de la conducta suicida de 7.6%,¹³ un nivel de confianza del 95%, un margen de

error de un 5% y una potencia deseada del 80%, lo que generó una muestra mínima necesaria de 70 escuelas. Se invitó a participar a 80 escuelas para contar con 10 casos de remplazo a priori, aceptaron participar 77. A través de las redes sociales de las escuelas participantes se invitó a las y los alumnos de entre 11 y 19 años.

Instrumentos

Se aplicó el instrumento tamizaje de salud mental *Youth Self Report* validado en adolescentes (alpha ordinal = 0.95 y omega ordinal = 0.91),¹⁴ el cual es un cuestionario autoaplicable y mediante dos preguntas se identificaron la ideación y las autolesiones e intentos de suicidio en los seis meses previos.

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por los comités de investigación y ética en investigación institucionales, siguiendo la normativa nacional e internacional para realizar investigación con seres humanos.^{15,16} Se obtuvo asentimiento de los adolescentes y consentimiento informado de sus padres/tutores. Así como las aprobaciones de la Secretaría de Salud, la SEP, las autoridades educativas federales, estatales y de los directores de los planteles.

Debido a que el estudio se realizó durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 y a que el estudio se llevó a cabo en línea, se aprobó que el consentimiento de los padres se obtuviera vía telefónica por agentes de un centro de atención telefónica con entrenamiento para explicar la información sobre el estudio y resolver las dudas, con la posibilidad para contactar directamente al investigador en caso de ser necesario. Todo el proceso fue grabado y se guardó un archivo de audio con la evidencia para cada uno de los participantes. El asentimiento informado se obtuvo en línea en un formulario electrónico.

Procedimiento

Cada participante recibió un vínculo personalizado para responder la encuesta, el sistema electrónico utilizado no permitía almacenar la información en el historial de los dispositivos, ni hacer regresos cuando se hubieran enviado las respuestas, para mantener una línea segura que no permitiera la filtración de datos sensibles que pudiera constituir un riesgo para los participantes.^{17,18} De manera adicional se garantizó que los servidores utilizados tuvieran los certificados de seguridad necesarios para cuidar la seguridad de la información. Cada participante recibió una recarga telefónica de cien pesos que pudiera facilitarle contestar la encuesta utilizando sus datos móviles en caso de no contar con acceso a internet.

Considerando que el instrumento utilizado fue de tamizaje y no diagnóstico, las y los adolescentes identificados en riesgo por conducta suicida, fueron contactados por mensajes de texto o por llamadas telefónicas y referidos a un servicio de atención psicológica en línea.

Análisis estadístico

Se analizaron por separado las variables ideación suicida e intentos de suicidio y la combinación de ambos, de manera que no se repitieran los casos de las cuáles se calcularon las frecuencias y porcentajes. Éstas se compararon entre las ocho regiones geográficas, naturales, históricas, económicas y culturales de México: Noroeste (Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Durango, Sinaloa y Sonora), Noreste (Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas), Oeste (Colima, Jalisco, Michoacán y Nayarit), Este (Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Veracruz, Centro Norte (Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí, Zacatecas), Centro Sur (Ciudad de México, Estado de México, Morelos), Suroeste (Chiapas, Guerrero, Oaxaca), Sureste (Campeche, Quintana Roo, Tabasco, Yucatán).¹² por medio de la prueba χ^2 .

RESULTADOS

Se registraron para participar y dieron su asentimiento 8,894 adolescentes, se obtuvo el consentimiento informado de sus padres/tutores vía telefónica de 8,626. De estos, 7,329 adolescentes abrieron la encuesta y 6775 completaron toda la información, 61.06% (n= 4137) eran mujeres y 38.94% (n= 2638) hombres; con una edad promedio de 16.40 años (DE 1.33 años).

En el **cuadro 1** se muestran las frecuencias de las conductas suicidas por región geográfica y en la **figura 1** se muestran de manera gráfica con diferencia de colores. La ideación suicida fue reportada por el 44.12% de los participantes (n= 2989) sin diferencias estadísticamente significativas por regiones ($\chi^2_{(gl=7)}=2.55$, p=.92). Los intentos de suicidio tuvieron una frecuencia de 10.03% (n=677) y no hubo diferencias estadísticamente significativas por regiones ($\chi^2_{(gl=7)}=2.10$, p=.95). Las conductas suicidas que incluyen simultáneamente ideación e intento suicida fueron reportadas por un 7.39% (n= 501) de los participantes, sin diferencias estadísticamente significativas por regiones ($\chi^2_{(gl=7)}=.52$, p=.99).

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que la ideación suicida se reportó con un porcentaje más alto (44.12%) que el encontrado en estudios similares en adolescentes como el 6.8% encontrado en la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas entre Estudiantes ENCODE 2012,⁸ o el 9.1% encontrado por la ENSANUT continua 2022. Una posible explicación para esto fue que la encuesta se aplicó durante 2021 periodo en el cual se mantuvo el confinamiento preventivo para COVID-19. Esto tuvo graves consecuencias para la salud mental de las personas en el mundo, con aumentos registrados en la prevalencia de la ideación suicida en diferentes lugares bajo confinamiento.¹⁹⁻²¹ Es importante conocer esta información, particularmente para México, puesto que ha tenido un aumento constante de las conductas suicidas durante las últimas décadas y porque cada una de estas conductas incrementa el riesgo de tener otras. Actuar sobre la ideación suicida supone poder disminuir los riesgos para tener intentos de suicidio o bien suicidio consumado.^{7,8}

En cuanto a los intentos de suicidio el porcentaje fue muy similar, aunque ligeramente más

Cuadro 1. Porcentajes de las conductas suicidas reportadas por los participantes (n=6775) por región geográfica de México*

Región	Intentos de suicidio %	IC95 %	Ideación suicida %	IC95 %	**Ambas conductas suicidas %	IC95 %
Noroeste	10.63	9.09-12.21	45.02	38.82-51.54	7.45	6.37-8.53
Noreste	9.10	5.78-12.80	44.11	33.31-54.91	7.88	4.85-10.91
Oeste	14.23	11.20-17.45	38.99	30.91-47.07	8.25	6.48-10.02
Centro Norte	9.98	8.23-11.79	39.02	32.20-45.84	8.32	6.87-10.09
Centro Sur	11.23	8.57-14.08	40.05	30.24-49.86	7.97	6.52-9.42
Este	10.34	8.88-11.80	37.99	32.68-43.30	6.98	6.01-7.95
Suroeste	12.63	10.67-14.69	41.09	34.73-47.45	7.37	6.23-8.51
Sureste	8.06	4.83-11.69	34.22	21.36-47.08	5.98	3.44-8.52
Total	10.03	9.07-10.99	44.11	39.93-48.29	7.39	6.69-8.09
	$\chi^2_{(gl=7)}=2.55$, p=.92		$\chi^2_{(gl=7)}=2.10$, p=.95		$\chi^2_{(gl=7)}=.52$, p=.99	

*Región geográfica = se utilizaron las ocho regiones geográficas, naturales, históricas, económicas y culturales de México.(12)

**Ambas conductas suicidas = reporte de ideación e intento de suicidio de manera simultánea.



alto (10.03%) que el reportado por ENSANUT continua 2022 (9.1%). El porcentaje de las conductas suicidas en conjunto (ideación suicida más intentos de suicidio) fue muy similar al de estudios preliminares con un 7.34% reportado en comparación con el 7.6% en la ENSANUT continua 2022.²²

También es importante mencionar que la frecuencia reportada en este estudio fue mayor a la reportada en otros países al mismo tiempo y en el mismo grupo etario como en Taiwán donde la frecuencia del intento de suicidio fue de 4.7% y de la ideación suicida de 20%,²³ o en España donde la frecuencia de la ideación suicida alcanzó un 25%.²⁴

Es importante mencionar que no hubo diferencias estadísticamente significativas por región geográfica para ninguna de las conductas suicidas, lo que implica que las conductas suicidas son un problema que afecta por igual a los adolescentes mexicanos de todas las regiones del país. Una posible explicación para esto está relacionada con el confinamiento preventivo por la pandemia de COVID-19, ya que las personas compartían más condiciones que en otros momentos y tuvieron que cambiar sus hábitos para trabajar, estudiar y en las relaciones interpersonales, los cuales fueron mediados en gran parte por aplicaciones electrónicas e internet.²⁵

El presente estudio muestra que, en condiciones de confinamiento es muy importante hacer prevención de las conductas suicidas en adolescentes, especialmente de la ideación, que tuvo un aumento importante en esta población. Esto puede deberse a una interrupción en su desarrollo, puesto que en esta etapa se espera que se alejen del núcleo familiar y establezcan una nueva identidad, lo que fue imposible en el confinamiento.²⁶

Por consiguiente, resaltamos que, ante cualquier señal de alerta asociada con conductas suicidas

en adolescentes²⁷ durante un periodo de confinamiento se atiendan lo más pronto posible, identificando el nivel de riesgo, tamizando los factores asociados y dando intervención temprana al respecto.²¹

CONCLUSIÓN

Durante el confinamiento preventivo por COVID-19, la ideación suicida se reportó con mayor frecuencia en adolescentes mexicanos que en estudios similares. En cambio, los intentos de suicidio y ambas conductas en conjunto (ideación e intentos de suicidio), no mostraron diferencias significativas por región geográfica de México.

AGRADECIMIENTOS

A José Guillermo Castillo Koschnick por su ayuda con el censo de escuelas públicas y el contacto con UNICEF. Agradecemos la colaboración de los estudiantes: Evelyn Jazmín Wong Casas, Melissa Isabel Barrientos Mendoza, Cinthya Guadalupe Ramírez Tolentino, Rodrigo Rojas Zepeda, Pamela Karisni Ortiz Hernández, Dulce Yendi Zúñiga Morales, Aby Domínguez Ramos, Angel Iván Colín Betanzos, Karina Domínguez Villanueva, Samantha Gálvez Guzmán, y a las autoridades de los subsistemas educativos CONALEP, CETIS, y CBETIS.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme, World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health gap action programme (mhGAP). 2019; 164 p.
2. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Oct 24;5(1):74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0.
3. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 1st ed. Organización Panamericana de la Salud; 2021 Washington, D.C.; 1:147p.
4. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates. Geneva; 2021.
5. Sánchez-Cervantes FS, Serrano-González RE, Márquez-Caraveo ME. Suicides in adolescents younger than 20-year-olds. Mexico 1998-2011. *Salud Ment*. 2015 Oct; 38(5): 379-389. doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.051.
6. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016 Ene; 3(1):9-18.
7. Luna-Contreras M, Dávila-Cervantes CA. Effects of depression and self-esteem on suicide ideation in high school adolescent students in Mexico City. *Pap Poblac*. 2021 Nov 26(106):75-103. doi:10.22185/24487147.2020.106.31
8. Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. *Rev Chil Pediatr*. 2019 Dec;90(6):606-616. doi:10.32641/rchped.v90i6.1012.
9. Día mundial para la prevención del suicidio: datos nacionales comunicado de prensa Núm. 542/23. México: INEGI; 2023 Sep;1-7
10. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Design of the Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 and planning and design of the Ensanut Continua 2020-2024. México: *Salud Publica Mex*; 2022;64(5):522-9.
11. Censo de escuelas, maestros y alumnos. México: Secretaría de Educación Pública 2017. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/censo-de-escuelas-maestros-y-alumnos-de-educacion-basica-y-especial>
12. Bassols A. Geografía Subdesarrollo y Regionalización. 5th ed. México: Nuestro Tiempo; 1979. 253 p.
13. Comunicado de Prensa Núm. 422/20 08 de septiembre de 2020 Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio Datos Nacionales. México: INEGI; 2020 Sep;1-7.
14. Lemos S, Vallejo G, Sandoval M. Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR). *Psicothema*. 2002; 14(4):816-22
15. Declaración de Helsinki. Antecedentes y posición de la Comisión Nacional de Bioética. México: CONBIOÉTICA; 2021; 1-7
16. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2014.
17. Rädde barnen (Society). So you want to involve children in research? A toolkit supporting children's meaningful and ethical participation in research relating to violence against children. Suecia: Save the Children; 2004; 80 p.
18. Priebe G, Bäckström M, Ainsaar M. Vulnerable adolescent participants' experience in surveys on sexuality and sexual abuse: Ethical aspects. *Child Abuse Negl*. 2010 Jun;34(6):438-47. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.10.005.
19. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Allbright MC, Dailley NS. Trends in suicidal ideation over the first three months of COVID-19 lockdowns *Psychiatry Res*. 2020 Nov;293:113390. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113390..
20. Czeisler MÉ, Ma RIL, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Rashid Njai ;, et al. Hospitalization Rates and Characteristics



- of Children Aged <18 Years Hospitalized with Laboratory-Confirmed COVID-19-COVID-NET, 14 States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Aug 14;69(32):1081-1088. doi: 10.15585/mmwr.mm6932e3.
21. Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide ideation and attempts in a pediatric emergency department before and during COVID-19. *Pediatrics.* 2021 Mar;147(3):e2020029280. doi: 10.1542/peds.2020-029280.
 22. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez-García A. Suicidal behavior in Mexico: comparative analysis between adolescent and adult population. *Salud Publica Mex.* 2023 Jun 15;65:s110-s116. doi:10.21149/14815.
 23. Hoekstra PJ. Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. Vol. 29, *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020 Jun;29(6):737-738. doi:10.1007/s00787-020-01570-z.
 24. Gracia R, Pamias M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord.* 2021 Sep 1;292:139-141. doi:10.1016/j.jad.2021.05.044.
 25. Gordon-Hacker A, Bar-Shachar Y, Egotubov A, Uzefovsky F, Gueron-Sela N. Trajectories and Associations Between Maternal Depressive Symptoms, Household Chaos and Children's Adjustment through the COVID-19 Pandemic: A Four-Wave Longitudinal Study. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2023 Jan;51(1):103-117. doi: 10.1007/s10802-022-00954-w.
 26. Duarte RE, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez S. emergencia sanitaria COVID-19, salud psicológica y estrés: factores a considerar. 1st ed. Duarte R, Velasco-Rojano AE, Rodríguez S, editors. Vol. 1. México: Newton Tecnología Educativa; 2021; 91 p.
 27. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Ramírez-Tolentino CG, Ortiz-Hernández PK, Rodríguez-Caballero A. Intentos suicidas en adolescentes: herramientas para personal de salud. *Pediatra de la Academia.* 2023 May; 1(3):33–38.

<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2730>

Barreras para identificar intentos de suicidio y factores de riesgo en adolescentes: análisis de un caso clínico

Barriers to identify suicide attempts and risk factors in adolescents: Analysis of a clinical case.

Abigail Casas Muñoz,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Victoria Abril Agatón-Peralta²

Resumen

ANTECEDENTES: Los intentos de suicidio no son explícitos en todos los casos, así como tampoco los posibles factores de riesgos y/o desencadenantes de estas conductas, sobre todo, en la población adolescente. Identificarlos es crucial para brindar una atención integral y prevenir desenlaces fatales.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 14 años, que acudió al servicio de urgencias por la ingestión de 40 pastillas, refiriendo de manera inicial que fue con fines recreativos. Se ingresó para manejo de intoxicación por paracetamol. Se reportan las valoraciones: médica, de trabajo social, de salud mental y mediante un tamizaje de factores de riesgo. Se analizaron las barreras para la identificación de los factores de riesgo y de la conducta suicida.

CONCLUSIONES: A través del análisis de este caso clínico se identificaron cuatro principales barreras para la identificación de adolescentes con intentos de suicidio y sus principales factores de riesgo. Las cuales estuvieron relacionadas con: a) el conocimiento y habilidades para la identificación y registro del intento de suicidio; b) las limitaciones para identificar los posibles factores de riesgo de la conducta suicida; c) la falta de sistematización para la evaluación de niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio y d) la necesidad de colaboración y comunicación multi e interdisciplinarios, en ocasiones interinstitucional y/o intersectorial, para la atención integral de pacientes con intentos de suicidio. Además, se identificaron las ventajas de contar con instrumentos de tamizaje para la valoración de adolescentes con intentos de suicidio y para la sistematización del proceso.

PALABRAS CLAVE: Intento de suicidio; Factores de riesgo; Adolescente; intervención médica temprana.

Abstract

BACKGROUND: Suicide attempts are not explicit in all cases, and neither are the possible risk factors or triggers of these behaviors, especially in the adolescent population. Identifying them is crucial to provide comprehensive care and preventing fatal outcomes.

CLINICAL CASE: A 14-year-old male patient went to the emergency department for ingesting 40 pills, initially referring it for recreational purposes. He was admitted for the management of drug poisoning. The assessments are reported: medical, social work, mental health, and through a screening of risk factors. Barriers to the identification of risk factors and suicidal behavior were analyzed.

CONCLUSIONS: Through the analysis of this clinical case, four main barriers to identifying adolescents with suicide attempts and their main risk factors were identified. These were related to a) the knowledge and skills for the identification and registration of the suicide attempt; b) limitations to identifying potential risk factors for suicidal behavior; c) the lack of systematization for the evaluation of children and adolescents

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Licenciatura de Psicología, Universidad Latina (Campus Sur), Ciudad de México.

Recibido: 7 de julio 2023

Aceptado: 13 enero 2023

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
eduardorojanova@gmail.com
abycas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Agatón-Peralta VA. Barreras para identificar intentos de suicidio y factores de riesgo en adolescentes: análisis de un caso clínico. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (Supl 1): S54-S59.

with suicide attempts, and d) the need for multi- and interdisciplinary collaboration and communication, sometimes inter-institutional and intersectoral, for the comprehensive care of patients with suicide attempts. In addition, the advantages of having screening instruments for the assessment of adolescents with suicide attempts and the systematization of the process were identified.

KEYWORDS: Suicide Attempted; Risk factors; Adolescence; Early medical intervention.

ANTECEDENTES

La conducta suicida es una de las principales causas de muerte entre niños, niñas y adolescentes (NNA).¹ Los cambios en la adolescencia la vuelven un periodo de alta vulnerabilidad a las conductas suicidas.^{2,3} Los intentos de suicidio no son explícitos en todos los casos, así como tampoco los posibles factores de riesgos y/o desencadenantes de estas conductas, sobre todo en la población adolescente.⁴ Por lo que sospechar, evaluar y atender oportunamente, puede prevenir un desenlace fatal y ayudar al personal de salud a llevar a cabo las mejores prácticas para la atención de NNA con intentos de suicidio en el servicio de urgencias.⁵

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 14 años y 5 meses de edad, acudió al servicio de urgencias por la ingestión de aproximadamente 40 pastillas (paracetamol, paracetamol+tramadol, diclofenaco, Neomicina+Caolin+Pectina, trimebutina), por motivos recreativos.

Inició su padecimiento con ocho vómitos de contenido gastroalimentario (16:00 horas), mientras se encontraba en la escuela, en donde ingirió las pastillas (11:00 hrs). Llamaron al padre (17:00 horas) y le solicitaron recogerlo para llevarlo a un hospital. Acudieron a uno, pero no le brindaron

atención por ser persona menor de 18 años y le sugirieron acudir a un hospital pediátrico.

A su llegada al servicio de urgencias (21:20 horas), se encontró con frecuencia cardíaca de 63 latidos por minuto (pm), frecuencia respiratoria de 20 pm, SatO₂ ambiental 96%, temperatura de 36.5°C, peso 60 kg, talla 166 cm, IMC 21.8, poco reactivo y somnoliento, con palidez generalizada de mucosas y tegumentos, orientado en tiempo lugar y persona, resto sin alteraciones.

Se ingresó a la sala de urgencias, el motivo de ingreso fue intoxicación por paracetamol. Se inició manejo con ayuno, N-aceltiscetina (1gm/kg) y Carbón activado (0.8gm/kg/dosis). Se tomaron estudios de laboratorio: tiempos de coagulación, biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y pruebas de funcionamiento hepático sin alteraciones; niveles de paracetamol en sangre 29mcg/mL.

Inicialmente el adolescente refirió que quería “darse un viaje”. Posteriormente le comentó al padre que quiso terminar con su vida, pero que estaba arrepentido. La madre refirió como detonante el antecedente de una cirugía que le realizaron a ella 45 días previos y su ausencia de casa, desde entonces estuvo en casa de la abuela materna para su cuidado. Durante este periodo el adolescente se quedó bajo el cuidado del padre, quien “no le pone límites” sic. El pa-

ciente pertenece a una familia nuclear, convive con padre, madre y hermana de 19 años, cursa tercer año de secundaria, con buen rendimiento escolar (promedio de 10).

Durante la valoración por trabajo social se identificaron como factores de riesgo que: recibió tratamiento por Déficit de Atención e Hiperactividad, cursó su educación en escuela especial y que recientemente estaba muy rebelde. Sobre la cirugía de la madre se especificó que fue por un tumor, por lo que la canalizaron a cancerología. Dos días previos al padecimiento actual, se quedaron en casa de la abuela materna para que conviviera con la madre, pero esta acción molestó al adolescente, quien lo hizo saber al padre.

En la valoración por salud mental se identificaron los siguientes factores de riesgo: una dinámica familiar actual caracterizada por discordia, en el adolescente sintomatología de trastorno depresivo mayor (desde hace seis meses), *cutting* en antebrazos, ideas de muerte (hace 9 meses), con ideación suicida el día de la ingesta de las pastillas, por lo que las consumió de forma impulsiva, rendimiento escolar “ni bueno ni malo” sic. Al momento de la valoración sin ideas de muerte o suicidas, pero se confirmó la intencionalidad suicida del padecimiento actual. Sobre la salud de su madre refirió estar tranquilo, debido a que le informaron que se encontraba estable. No manifestó *bullying*.

Con el consentimiento del padre y asentimiento del adolescente, los autores aplicamos un tamizaje de autoreporte, a través de una tableta, sobre los principales factores de riesgo de conductas suicidas (**Cuadro 1**), que incluyó: a) tamizaje de ideación e intento suicida, (mediante el cuestionario ASQ, validado en adolescentes, pero no mexicanos); b) presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-V (cuestionario PHQ9, validado en población mexicana, pero no en adolescentes); c) tamiza-

je de 21 Experiencias Adversas en la Infancia, relacionadas con la violencia, situaciones que generan disfunción familiar y situaciones sociales adversas (cuestionario ACE-IQ, validado por los autores en adolescentes mexicanos)(6), y d) prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, validado en adolescentes mexicanos por los autores).^{6,7} Los resultados del tamizaje se describen en el **Cuadro 1**. Estos instrumentos fueron aplicados en la sala de urgencias con el paciente monitoreado. Observamos que cuando contestó la sección de *bullying* su frecuencia cardíaca incrementó 10 latidos sobre el basal que estuvo manejando (de 62 a 72 latidos pm), lo que puede interpretarse como un síntoma de incomodidad psicológica al reportar esta experiencia, pero sólo lo manifestó a través de una reacción fisiológica.

Una vez normalizados los niveles de paracetamol, se inició manejo farmacológico con sertralina, por indicación del área de salud mental. Quienes además explicaron al adolescente y al padre los objetivos psicofarmacológicos y el plan de seguimiento, brindaron psicoeducación sobre psicofármacos, sobre el trastorno depresivo mayor y estrategias terapéuticas, con seguimiento ambulatorio por consulta externa. El paciente fue egresado posterior a 41 horas de estancia hospitalaria.

DISCUSIÓN

Este caso clínico nos permite hacer un análisis de las principales barreras del personal de salud para la identificación del intento de suicidio y sus factores de riesgo, en la atención de un adolescente con intento de suicidio.

La primera barrera está relacionada con la identificación, reconocimiento y registro del intento de suicidio. En este caso, el diagnóstico preponderante y la indicación para la hospitalización fue la intoxicación por paracetamol, un diagnóstico de salud física. El diagnóstico

Cuadro 1. Resultado del tamizaje mediante autoreporte, para identificar los principales factores de riesgo relacionados con el intento de suicidio

Instrumento aplicado	Respuestas del paciente
ASQ (Ask Suicide-Screening Questions). Preguntas de tamizaje de suicidio	Reportó Ideación suicida reciente, sin síntomas durante la evaluación, no reportó intentos previos.
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) Cuestionario de Salud del Paciente.	Respondió positivamente a ocho síntomas depresivos que han ocurrido en más de la mitad de los días de la semana. Por lo que se clasifica como un episodio de depresión mayor.
ACE-IQ (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire) Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia	Respondió positivo a las siguientes EAI: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad grave de la madre. • Negligencia emocional, señaló que sus padres no entienden sus problemas. • Reportó haber recibido, realizado y ser testigo de bullying por la preferencia sexual*. *Se elevó su frecuencia cardiaca cuando contestó estos reactivos.
ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.	Consumió bebidas alcohólicas, una vez en los últimos tres meses.

de “probable intento suicida” se describe en las notas del segundo día de estancia hospitalaria. Esto refleja la necesidad en el personal de salud de conocer e Identificar las manifestaciones clínicas y formas de presentación de los intentos de suicidio cuando la intencionalidad no es explícita, ya que estas formas de presentación son más frecuentes en adolescentes.^{4,8-11} En relación con lo anterior, también podemos resaltar la importancia de reconocer a la salud mental como parte de la salud y que los intentos de suicidio son una amenaza no sólo para la salud física y mental, sino para la integridad y la vida de niñas, niños y adolescentes,¹² lo que los convierte en una urgencia médica y también en una indicación para hospitalizar.¹¹ Si estas conductas no son identificadas y atendidas oportunamente, la posibilidad de que recurran o incluso sean fatales es alta, ya que el principal predictor de un suicidio consumado es el antecedente de un intento de suicidio.¹³

La segunda barrera que podemos advertir en este caso, fue la limitación para identificar los

posibles factores de riesgo y/o detonadores de la conducta suicida. Esto puede deberse a la falta de conocimiento y habilidades para hacerlo. Se ha identificado que los pediatras no se sientan suficientemente preparados para manejar un paciente con intento de suicidio. Además, es imprescindible valorar de manera intencionada los posibles factores de riesgo y/o detonadores, ya que su oportuna identificación, tiene un alto potencial preventivo.^{14,15}

El antecedente del déficit de atención e hiperactividad fue referido a la trabajadora social, pero no fue identificado por el personal médico. Este antecedente es importante, ya que la impulsividad es un factor de riesgo para las conductas suicidas.^{16,17} Otro antecedente importante son las autolesiones,^{10,17} las cuales no fueron referidas en la valoración en el servicio de urgencias, hasta la evaluación por el área de salud mental.

Otra limitante para identificar los factores de riesgo son las habilidades para interrogar sobre situaciones que pueden ser incómodas, inclusive

para el personal de salud, si no se cuenta con habilidades para hacerlo. Para este fin, un área de oportunidad en adolescentes es la obtención de información a través de instrumentos de autoreporte.¹⁸ Como en este caso, mediante el tamizaje se identificaron los factores de riesgo identificados durante el proceso de atención, pero además se detectaron otros dos factores relevante para este intento de suicidio y que no había sido identificado en ninguna de las evaluaciones clínicas previas, el adolescente reportó que sus padres no entienden sus problemas y que ha recibido, realizado y presenciado bullying por la preferencia sexual. Debido a la reacción fisiológica que le generó tratar esta última situación durante el tamizaje, es probable que no lo hubiera podido abrir en una entrevista en el servicio de urgencias. Esto muestra alguna de las ventajas que los instrumentos de autoreporte brindan, como la posibilidad de abrir temas que son difíciles para ellos, sobre todo de comentar cara a cara.¹⁹ Otra ventaja tiene que ver con la privacidad para poder hacerlo, situación difícil de lograr debido a la organización estructural y funcional en los servicios de urgencias. También se puede evitar la revictimización, al interrogar en una sola ocasión sobre los principales factores de riesgo.⁹ Este tamizaje se realizó con base a lo reportado en la literatura, sobre los principales factores de riesgo relacionados con los intentos de suicidio en adolescentes.²⁰ Podemos mencionar además, que otras ventajas de contar con instrumentos de tamizaje validados en adolescentes mexicanos, serán la sistematización y como apoyo para la toma de decisiones para eficientizar la derivación a los servicios de salud mental, sobre todo, en los establecimientos de salud que no cuentan con ellos.¹⁵

Como tercera barrera podemos mencionar la falta de sistematización para la evaluación de niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio. Contar con protocolos de atención e instrumentos de valoración, facilita la identificación y atención de pacientes con intentos de

suicidio. Ya que ayuda a realizar las valoraciones de manera sistematizada, con la consiguiente identificación y atención de manera oportuna.^{21,22}

Finalmente, la cuarta barrera en este caso, se puede atribuir a que la atención de pacientes con intentos de suicidio, requiere la colaboración y comunicación multi e interdisciplinarias, en ocasiones interinstitucional y/o intersectorial, ya que se trata de una problemática multifactorial.²³ Como se pudo evidenciar en este caso, la identificación de los factores riesgo requirió la intervención de diferentes profesionales. Pero, además de la identificación, cobra mucha relevancia en estos casos la comunicación. No sólo para brindar una atención integral, sino también para generar un plan de seguridad al considerar el alta.^{5,24}

CONCLUSIONES

A través del análisis de este caso clínico se identificaron cuatro principales barreras para la identificación de adolescentes con intentos de suicidio y sus principales factores de riesgo. Las cuales estuvieron relacionadas con: a) el conocimiento y habilidades para la identificación y registro del intento de suicidio; b) las limitaciones para identificar los posibles factores de riesgo de la conducta suicida; c) la falta de sistematización para la evaluación de niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio y d) la necesidad de colaboración y comunicación multi e interdisciplinarias, en ocasiones interinstitucional y/o intersectorial, para la atención integral de pacientes con intentos de suicidio. Además, se identificaron las ventajas de contar con instrumentos de tamizaje para la valoración de adolescentes con intentos de suicidio y para la sistematización del proceso. Por último, es importante para el personal que atiende a niñas, niños y adolescentes con sospecha de conducta suicida, conocer los factores de riesgo, para indagar sobre ellos de manera intencional, así

como una exploración física detallada, para la identificación de autolesiones en otras partes del cuerpo (factor de riesgo).

REFERENCIAS

- Ong MS, Lakoma M, Gees Bhosrekar S, Hickok J, McLean L, Murphy M, et al. Risk factors for suicide attempt in children, adolescents, and young adults hospitalized for mental health disorders. *Child Adolesc Ment Health*. 2021;26(2):134-42.
- 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.
- Vargas HB, Saavedra JE. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neuropsiquiatr*. 2013;75(1):19.
- 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.
- 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.
- Casas Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Loredó Abdalá A. Adaptación y validación de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en adolescentes mexicanos de una población semirural. *Rev Int Investig en Adicciones*. 2022;8(1):30-9.
- 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.
- 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.
- Fleta Zaragoza J. Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Bol la Soc Pediatr Aragon La Rioja y Soria*. 2017;47:37-45.
- 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.
- 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>
- Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L. Conducta suicida en México : análisis comparativo entre población adolescente y adulta. 2023;65:110-6.
- Sendra-Gutiérrez JM, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón MF. Suicidal behaviour characteristics and factors associated with mortality in the hospital setting. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(4):234-43.
- Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr*. 2020;32(4):595-600.
- Delbazi-Paz, Belén; M, Ana Carolina L, María Agustina, Lumello; Flavia S. G. Análisis de impulsividad y agresividad mediante Barratt Impulsiveness Scale y Buss-Perry Aggression Questionnaire en argentinos. Año [Internet]. 2020;5(7):1-15.
- 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.
- 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.
- Warner CH, Appenzeller GN, Grieger T, Belenkiy S, Breitbach J, Parker J, et al. Importance of anonymity to encourage honest reporting in mental health screening after combat deployment. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1065-71.
- Dilillo D, Mauri S, Mantegazza C, Fabiano V, Mameli C, Zuccotti GV. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Ital J Pediatr*. 2015;41(1):1-8.
- De la Torre M. Manejo Inicial De La Ideación Suicida. *Guía Desarro por el Cent Psicol Apl*. 2013;1-35.
- 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.
- 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.
- de Freitas APA, Borges LM. From Reception To Triage: Care Of Suicide Attempts In Hospital Emergencies. *Estud Psicol*. 2017;22(1):50-60.

<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2753>

Factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura

Risk factors for suicidal behaviors in adolescents, literature review.

Abigail Casas Muñoz,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Nahomi Patricia Gallardo Pérez,² Karla Sánchez Olivera,³ Corina García Piña,⁴ Diana Molina Valdespino⁵

Resumen

Las conductas suicidas se consideran una continuidad que van, desde aspectos cognitivos: ideación suicida y planeación suicida; hasta conductuales: intento suicida y suicidio. El suicidio en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial y ocurre más en países en desarrollo, donde la identificación temprana se complica debido a que los recursos y servicios son escasos y limitados. En México, la mortalidad por suicidios ha aumentado sostenida e ininterrumpidamente. De ahí la importancia de saber identificar los factores de riesgo en los pacientes, con enfoque en el modelo ecológico. Identificarlos oportunamente puede ayudar a prevenir su consumación y brindar un mejor tratamiento. El objetivo de esta revisión es brindar al personal de salud una revisión actualizada, sobre los factores de riesgo para las conductas suicidas en adolescentes desde el modelo ecológico, para que puedan realizar la identificación y atención temprana.

Con esta revisión podemos concluir que la conducta suicida es un fenómeno complejo, de orden biopsicosocial, de interés mundial y creciente entre la población adolescente y joven. El modelo ecológico permite identificar y analizar los factores de riesgos para las conductas suicidas en adolescentes, desde los niveles individual, familiar, comunitario y social. Conocer estos factores de riesgo es el primer paso para identificar y prevenir el suicidio. Existen algunas diferencias de género en estos factores de riesgo, que deben considerarse para la identificación de pacientes con conductas suicidas. Un grupo que requiere más investigación, son las personas que pertenecen a las comunidades indígenas.

PALABRAS CLAVE: Ideación suicida; Intento de Suicidio; Suicidio consumado; Factores de riesgo; Adolescente.

Abstract

Suicidal behaviors are considered a continuum from cognitive aspects: suicidal ideation and suicidal planning, to even behavioral: suicide attempt and suicide. Adolescent suicide is a public health problem worldwide, and it occurs more in developing countries, where early identification is complicated due to scarce and limited resources and services. In Mexico, mortality from suicides has increased steadily and uninterruptedly. Hence, the importance of knowing how to identify patient risk factors, focusing on the ecological model. Identifying them promptly can help prevent their consumption and provide better treatment. This review aims to provide health personnel with an updated review of the risk factors for suicidal behavior in adolescents from the ecological model. So that they can carry out early identification and care.

With this review, we can conclude that suicidal behavior is a complex phenomenon of a biopsychosocial nature, of worldwide interest and growing among the adolescent and young population. The ecological model allows for identifying and analyzing risk factors for suicidal behavior in adolescents from the individual, family, community, and social levels. Knowing these risk factors is the first step in identifying and preventing suicide.

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Residente de primer año de Cirugía General, Hospital General Regional 251 Metepec IMSS, Estado de México.

³ Curso de Especialidad en Pediatría, del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁴ Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

⁵ Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: 19 de julio 2023

Aceptado: 13 de enero 2024

Correspondencia

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

Este artículo debe citarse como:

Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Gallardo-Pérez NP, Sánchez-Olivera K, García-Piña C, Molina-Valdespino D. Risk factors for suicidal behaviors in adolescents, literature review. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (Supl 1): S60-S72.



There are some gender differences in these risk factors, which must be considered to identify patients with suicidal behaviors. A group that requires more research is the people who belong to indigenous communities.

KEYWORDS: Suicidal Ideation; Suicide attempted; Suicide completed; Risk factors; Adolescence.

ANTECEDENTES

El suicidio es un problema de salud pública que impacta significativamente a jóvenes de todo el mundo al ser la cuarta causa más común de muerte para personas de 15 a 19 años a nivel mundial.¹ En América Latina y el Caribe la tasa de suicidio para personas de 15 a 29 años fue de 6,2 por 100.000 habitantes.^{2,3} En México los casos de suicidio han aumentado constantemente durante los últimos 30 años,^{4,6} la tasa estimada de suicidios entre jóvenes de 15 a 29 años aumentó de 8.1 muertes por cada 100,000 personas en 2015 a 10.4 por 100,000 en 2021.⁷ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2021 mostró que 5.3 % de los adolescentes de 10 a 19 años había intentado suicidarse al menos una vez en su vida, y 6.3 % había experimentado pensamientos suicidas.⁸

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la propia vida, ya sea por una acción u omisión.⁹ Los suicidios consumados, es decir, aquellos con un desenlace fatal, se acompañan de un amplio espectro de pensamientos y comportamientos relacionados que se consideran parte de la conducta suicida; entre los que se pueden encontrar las ideas persistentes sobre la muerte, la ideación suicida o el pensar en quitarse la propia vida, los planes estructurados de suicidio y los intentos de suicidio con o sin autolesiones.¹⁰

De acuerdo con los Centros para el control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), las conductas suicidas se pueden clasificar en tres grados o niveles de riesgo, el primero de planeación, el segundo de intentos y el tercero el suicidio consumado.¹¹ Cada nivel incrementa el riesgo para experimentar el siguiente, siendo el principal factor de riesgo para cometer el suicidio haber tenido intentos previos.¹²

La conducta suicida se puede prevenir, ya que se sabe que alrededor de la mitad de las personas que cometieron suicidios consumados consultaron con algún servicio de salud en los meses previos al suceso,^{13,14} por esta razón es importante que los pediatras puedan identificar los factores de riesgo, para ubicar cuando niñas, niños y adolescentes necesitan una intervención oportuna que ayude a evitar que lleguen a un desenlace fatal. Si bien es cierto los pediatras no necesariamente son profesionistas en salud mental, deben poder dar atención de primer contacto, evaluar el riesgo y referir a la persona al servicio adecuado para su tratamiento.¹⁵

Las conductas suicidas son un fenómeno complejo y multifactorial, la literatura sobre factores de riesgo para la conducta suicida se concentra en su mayoría en países de altos ingresos y no existen suficientes estudios que organicen comprensivamente estos factores y sus posibles interacciones.^{16,17}

Un modelo que puede permitir la organización de los factores de riesgo es el modelo ecológico de Bronfenbrenner, que desde la década de 1970 plantea que el desarrollo psicológico del ser humano se puede analizar a través de su interrelación con el entorno.¹⁸ Esta perspectiva, sostiene que el ambiente es la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, y lo concibe como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en cuatro niveles concéntricos desde lo individual hasta lo social: el primer nivel u ontosistema se refiere a la persona, el segundo o microsistema se refiere a la familia, el tercero o exosistema a las comunidades y el cuarto o macrosistema a la sociedad en general. El modelo ecológico postula que la salud está influenciada por factores interrelacionados en estos cuatro niveles. Esta perspectiva fomenta la colaboración multisectorial y enfatiza el uso de datos para traducir la investigación en prácticas y políticas públicas.¹⁸

A continuación, se presenta una revisión de la literatura científica sobre los factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes, que se encuentra organizada de acuerdo con el modelo ecológico. Por lo que el objetivo del presente estudio es que las y los profesionales de la salud que atienden niñas, niños y adolescentes cuenten con información actualizada, completa y ordenada. Que les permita entender cuándo una niña, niño o adolescente podría tener riesgo de experimentar conducta suicida, para que puedan realizar la identificación y atención temprana. Para facilitar el trabajo de estos profesionales, se incluyen al final del documento la referencia para un curso sobre empoderamiento para personal de salud ante las conductas suicidas y un directorio de servicios amigables de salud en México.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión cualitativa de la literatura. Se realizaron 13 búsquedas en la

base de datos PubMed, del 8 al 26 de mayo del 2023. Se utilizaron los términos MeSH: Suicide, Suicidal Attempted, Suicidal behaviour, Suicidal Ideation, Risk Factor, Adolescent, Children. Se emplearon los filtros de búsqueda: tiempo (10 años), tipo de artículo (Meta-Analysis, revisión sistemática) y edad (child: birth-18 years). Las búsquedas nos dieron como resultado treinta y siete artículos, los cuales se revisaron y analizaron. Se recolectaron todos los riesgos relativos (RR) y razones de momios u Odds Ratio (OR).

El OR y el RR son las dos medidas de asociación más utilizadas en epidemiología. El cálculo directo de los riesgos es factible si se dispone de prevalencias o incidencias significativas. Los datos transversales pueden servir para calcular razones de momios (OR) a partir de prevalencias. Los diseños de estudios de cohortes permiten el cálculo directo de riesgos relativos (RR) a partir de incidencias. El OR describe la proporción de probabilidades de enfermedad dado el estado de exposición, o alternativamente la proporción de probabilidades de exposición dado el estado de enfermedad, es decir el incremento o la disminución del riesgo de presentar una condición dada.¹⁹

FACTORES DE RIESGO

Para abordar las conductas suicidas se debe comenzar por la identificación de los factores de riesgo. Los cuales abarcan desde los sistemas sanitarios y la sociedad hasta los niveles comunitario, relacional e individual (**Figura 1**). Estos factores suelen actuar de forma acumulativa para aumentar la vulnerabilidad a la conducta suicida. Se han generado modelos para tratar de entender los factores de riesgo en las conductas suicidas,⁽²⁰⁾ sin embargo, consideramos que el modelo ecológico tiene ventajas sobre otros modelos, ya que nos proporciona información rápida y práctica sobre la identificación e interacción de estos factores de riesgo,⁽²¹⁾ los cuales describimos a continuación.

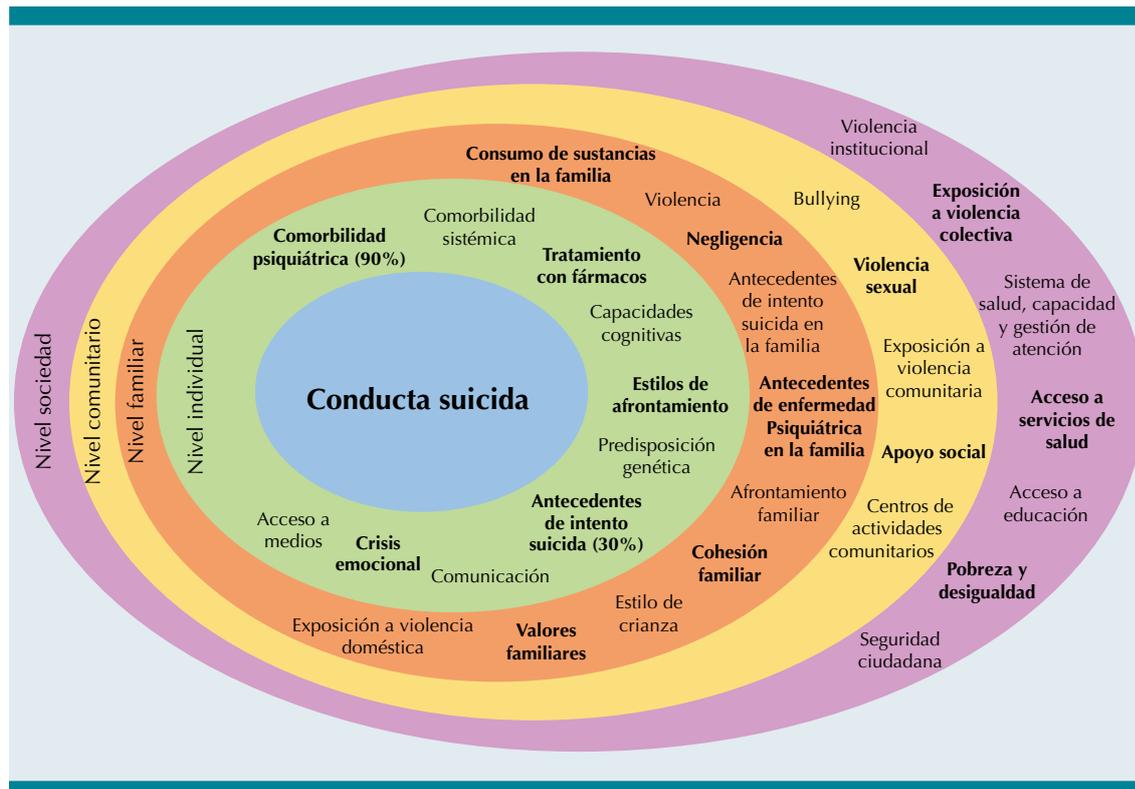


Figura 1. Principales factores de riesgo y protección de las conductas suicidas en adolescentes por contextos (niveles), de acuerdo con el modelo ecológico. Creación propia.

Factores de riesgo individuales y de la personalidad (ontosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes

En el **Cuadro 1** se enumeran los factores de riesgo relacionados con las características individuales y de personalidad de las y los adolescentes, con base en el incremento del riesgo que representan para cada una de las conductas suicidas. Estos factores están relacionados con el antecedente de conductas suicidas y el acceso a medios para hacerlo, la comorbilidad psiquiátrica y su tratamiento farmacológico, los problemas emocionales, el consumo o abuso de sustancias, pertenecer a minorías, las conductas de riesgo, comorbilidades sistémicas y

enfermedades crónicas. En este nivel destacan sobre todo: el antecedente de intento de suicidio previo, que puede incrementar hasta 31 veces el riesgo en los hombres ($OR = 31.33$) de llevar a cabo un nuevo intento de suicidio; el antecedente de autolesiones que puede incrementar hasta 22 veces el riesgo ($OR = 22.53$) de llevar a cabo un suicidio consumado;^{20,22} los problemas emocionales que pueden incrementar en los hombres hasta 9 veces ($OR = 8.78$) un intento de suicidio o hasta 5 veces ($OR = 5.02$) que lleven a cabo un suicidio consumado; pertenecer a una minoría ($OR = 5.87$, para personas trans) o alguna subcultura ($OR = 5.96$),^{23,24} y comorbilidades como padecer cáncer ($OR = 4.4$ a 15.22).²⁵⁻³²

Cuadro 1. Factores de riesgo a nivel individual (ontosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes (continúa en la siguiente página)

Factor de riesgo	Conductas suicidas*	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
Antecedente de conductas suicidas y acceso a medios para suicidarse				
Antecedente de autolesión		RR= 4.97 ⁽³⁴⁾	RR= 9.14 ⁽³⁴⁾	OR =22.53 ⁽³⁴⁾
Antecedente de intento suicida			OR m= 6.96 ⁽³³⁾ OR h= 31.33 ⁽³³⁾	
Antecedente de ideación suicida			OR m= 4.39 ⁽³³⁾ OR h= 3.97 ⁽³³⁾	
Acceso a medios para el suicidio			OR h= 1.6 ⁽³³⁾	OR h= 4.00 ⁽³³⁾
Comorbilidad psiquiátrica y su tratamiento farmacológico				
Antecedente de trastornos de salud mental			OR m= 3.37 ⁽³³⁾ OR h= 4.27 ⁽³³⁾	OR m= 3.64 ⁽³³⁾ OR h= 4.92 ⁽³³⁾
Desordenes afectivos o síntomas depresivos	OR= 6.04 ⁽⁴⁷⁾ OR= 6.58 ⁽²¹⁾	OR= 6.32 ⁽⁴⁸⁾	OR m= 1.5 ⁽³³⁾ OR= 3.02 ⁽⁴⁸⁾	
Desordenes de ansiedad	OR= 3.5 ⁽²¹⁾		OR m=2.03 ⁽³³⁾ OR h=3.79 ⁽³³⁾	
Trastorno bipolar		RR = 7.66 ⁽⁴⁹⁾	OR m= 1.43 ⁽³³⁾	
Trastorno de conducta alimentaria			OR m= 5.27 ⁽³³⁾	
Uso de antidepresivos	RR= 1.38 ⁽⁵⁰⁾			
Problemas emocionales				
Conducta disruptiva			OR h= 8.78 ⁽³³⁾	OR h= 5.02 ⁽³³⁾
Desesperanza			OR=1.74 ⁽³³⁾	
Eventos negativos (e.g., muerte de un familiar, terminar una relación, peleas con personas cercanas, etc.)				OR m= 1.99 ⁽³³⁾ OR h= 2.56 ⁽³³⁾
Problemas interpersonales			OR m= 1.13 ⁽³³⁾	
Consumo o abuso de sustancias				
Abuso de sustancias			OR m= 4.44 ⁽³³⁾ OR h= 3.11 ⁽³³⁾	OR h= 5.26 ⁽³³⁾
Consumo de cannabis <15 años		RR= 3.97 ⁽²⁴⁾	RR= 5.23 ⁽²⁴⁾	
Inicio temprano del trastorno por consumo de cannabis		RR=3.33 ⁽²⁴⁾	RR= 4.14 ⁽²⁴⁾	
Alta frecuencia de consumo de cannabis			RR= 4.60 ⁽²⁴⁾	
Tabaquismo	OR = 3.69 ⁽²⁵⁾	OR= 3.79 ⁽⁵¹⁾		
Abuso de alcohol			OR m= 2.69 ⁽³³⁾ OR h= 2.14 ⁽³³⁾	
Inicio del consumo de alcohol <15 años			RR=1.79 ⁽²¹⁾	
Exposición a humo de tabaco	OR = 1.37 ⁽²⁵⁾	OR=1.22 ⁽²⁸⁾		
Consumo de otras drogas			RR= 5.40 ⁽²¹⁾	
Pertenecer a minorías				
LGBTQ+	OR = 3.5 ⁽³⁵⁾	OR= 4.11 ⁽⁵¹⁾	OR homo= 3.71 ⁽³⁵⁾ OR bis= 4.87 ⁽³⁵⁾ OR trans= 5.87 ⁽³⁵⁾	

Cuadro 1. Factores de riesgo a nivel individual (ontosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes (continuación)

Factor de riesgo	Conductas suicidas*	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
Gay, Lesbiana, Bisexual		OR= 2.31 ⁽⁴⁸⁾	OR= 2.23 ⁽⁴⁸⁾	
Heterosexual con atracción o comportamiento hacia el mismo sexo		OR= 1.26 ⁽⁴⁸⁾	OR= 1.03 ⁽⁴⁸⁾	
Aun no definido su identidad sexual		OR= 2.64 ⁽⁴⁸⁾	OR= 1.61 ⁽⁴⁸⁾	
Subculturas alternativas (e.g., gótico, emo, punk)		OR = 3.41 ⁽⁵²⁾	OR = 5.96 ⁽⁵²⁾	
Conductas de riesgo				
Problemas legales	OR= 3.36 ⁽⁴⁷⁾			
Comportamiento sexual temprano ≥14 años		OR= 1.26 ⁽⁴⁸⁾	OR= 1.27 ⁽⁴⁸⁾	
Comportamiento sexual temprano ≤13 años		OR= 1.18 ⁽⁴⁸⁾	OR= 1.51 ⁽⁴⁸⁾	
Uso problemático (adictivo o compulsivo) de redes sociales		OR = 2.81 ⁽²⁶⁾		
Comorbilidades y enfermedades crónicas				
Trastornos del sueño		OR= 2.35 ⁽³⁶⁾	OR = 1.92 ⁽³⁶⁾	
Asma		OR= 1.52 ⁽²⁷⁾	OR = 1.60 ⁽²⁷⁾	OR= 2.14 ⁽²⁷⁾
Acné	OR= 1.50 ⁽²⁹⁾		OR= 1.51 ⁽³⁰⁾	
Dermatitis atópica	OR m= 1.11 ⁽³⁰⁾	OR m= 1.22 ⁽³⁰⁾	OR m= 1.28 ⁽³⁰⁾	
Psoriasis	OR= 1.25 ⁽³⁰⁾		OR= 1.40 ⁽³⁰⁾	
obesidad		OR= 1.13 ⁽³¹⁾	OR= 1.65 ⁽³¹⁾	
obesidad extrema		OR= 1.81 ⁽³¹⁾	OR= 2.28 ⁽³¹⁾	
Infección por <i>Toxoplasma gondii</i>	OR= 1.43 ⁽³²⁾			
Después del diagnóstico de Cáncer	RR=2.5 ⁽²⁹⁾			
Diagnóstico de melanoma	RR=1.20 ⁽²⁹⁾			
Cáncer de hueso			OR= 4.8 ⁽⁵³⁾	
Cáncer de mama			OR= 5.16 ⁽⁵³⁾	
Cáncer de vejiga urinaria			OR= 4.40 ⁽⁵³⁾	
Más de 5 años con diagnóstico de cáncer de riñón y pelvis.			OR= 15.22 ⁽⁵³⁾	
*Conductas suicidas sin especificar: puede referirse a ideación, intento o suicidio consumado		RR = Riesgo Relativo OR = Razón de Momios M = Mujeres H = Hombres	Homo = homosexual Bis = bisexual Trans = transexual	

Factores de Riesgo a nivel familiar (en el microsistema)

En el **Cuadro 2** se resumen los factores de riesgo relacionados con la familia y sus interacciones. Se han encontrado fuertes asociaciones entre las tendencias suicidas en jóvenes y el maltrato infantil, con un incremento en el riesgo de consumir un suicidio de hasta 34 veces (OR = 33.77) en los adolescentes hombres que lo han vivido y un incremento de 11 veces (OR = 11.02) en las mujeres adolescentes. El antecedente de conductas suicidas previas en miembros de la familia también incrementa el riesgo tanto en hombres (OR = 7.83) como en mujeres (OR = 5.68) adolescentes de consumir un suicidio.^{33,34} La vulnerabilidad en los jóvenes con antecedentes familiares de trastornos mentales o comportamiento suicida puede reflejarse en sus tendencias a experimentar mayores tasas de

trastornos mentales o de abuso de sustancias y comportamientos suicidas.³³ De aquí la importancia de que el personal de salud que atiende a niñas, niños y adolescentes conozca y esté sensibilizado sobre estos factores de riesgo, así como con instrumentos para la detección oportuna de estas problemáticas que afectan la dinámica familiar y pueden ir gestando en niñas, niños y adolescentes el riesgo de que desarrollen en la adolescencia conductas suicidas. Para poder llevar a cabo una detección temprana, así como una atención y/o derivación oportuna para su atención.

Factores de Riesgo a nivel comunitario (en el exosistema)

Los factores de riesgo que se han asociado con las conductas suicidas en el nivel comunitario están relacionados sobre todo con las experien-

Cuadro 2. Factores de riesgo a nivel familiar (microsistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes

Factor de riesgo	Conductas Suicidas*	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
Violencia				
Maltrato infantil			OR m= 3.77 ⁽³³⁾ OR h= 2.76 ⁽³³⁾	OR m=11.02 ⁽³³⁾ OR h= 33.77 ⁽³³⁾
Abuso: Sexual Físico Emocional			OR= 3.73 ⁽²²⁾ OR= 4.11 ⁽²²⁾ OR= 3.98 ⁽²²⁾	
Negligencia física			OR= 3.42 ⁽²²⁾	
Situaciones que pueden generar disfunción familiar				
Historia familiar de conductas suicidas			OR h= 2.84 ⁽³³⁾	OR m= 5.68 ⁽³³⁾ OR h = 7.83 ⁽³³⁾
Historia familiar de trastornos de salud mental, abuso de alcohol u otras sustancias			OR m= 2.27 ⁽³³⁾ OR h= 2.63 ⁽³³⁾	
Divorcio o separación de los padres			OR h= 1.56 ⁽³³⁾	
Nivel educativo de los padres bajo			OR = 1.12 ⁽⁵⁴⁾	
*Conductas suicidas sin especificar: puede referirse a ideación, intento o suicidio consumado			RR = Riesgo Relativo OR = Razón de Momios M = Mujeres H = Hombres	

cias de violencia entre los pares u otras personas cercanas o conocidas (**Cuadro 3**). La violencia por *bullying*, *ciberbullying* y/o ambas son de los factores que mayormente incrementan el riesgo de desarrollar conductas suicidas. Por ejemplo, el *bullying* puede incrementar hasta seis veces (OR = 6.30) el riesgo de desarrollar intentos de suicidio entre las mujeres adolescentes y cuatro veces entre los hombres (OR = 3.8). La combinación de *bullying* y *ciberbullying* puede incrementar hasta ocho veces (OR = 7.8) el riesgo de desarrollar ideación suicida entre las y los adolescentes. Otra experiencia violenta, como la violencia sexual forzada, la cual puede presentarse tanto a nivel familiar como comunitario, puede incrementar cinco veces (OR 5.12) el

riesgo de desarrollar ideación suicida. Conocer la relevancia de estos factores de riesgo, nos debe llevar a buscar su identificación temprana, y a poner especial atención actualmente por el aumento de estas problemáticas en nuestro país.³³⁻³⁵

Factores de Riesgo a nivel social (en el macrosistema)

A nivel social, el factor que se ha relacionado el desarrollo de conductas suicidas es la inseguridad alimentaria [Riesgo Relativo (RR) = 1.92],³⁶ específicamente para la ideación suicida se incrementa el riesgo 1.6 veces (RR = 1.56) (36) y para el intento de suicidio se incrementa dos veces (RR = 1.90).³⁶

Cuadro 3. Factores de riesgo a nivel comunitario (exosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes

Factor de riesgo	Conductas Suicidas	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
Violencia				
<i>Bullying</i>			OR m= 6.30 ⁽³³⁾ OR h= 3.8 ⁽³³⁾	
<i>Ciberbullying</i>		OR = 1.5 ⁽²³⁾	OR = 2.1 ⁽²³⁾	
<i>Bullying y ciberbullying</i>		OR= 7.8 ⁽⁵¹⁾		
Violencia comunitaria			OR m= 1.68 ⁽³³⁾ OR h= 1.83 ⁽³³⁾	
Violencia sexual		OR m= 1.86 ⁽³⁷⁾	OR m= 1.94 ⁽³⁷⁾ OR h= 3.32 ⁽³⁷⁾	
Forzado a tener relaciones sexuales		OR=5.12 ⁽⁵¹⁾		
Violencia de pareja			OR m= 2.19 ⁽³³⁾	
Amenaza de publicar medios sexualmente explícitos sin consentimiento		OR= 1.88 ⁽⁵⁵⁾	OR= 3.56 ⁽⁵⁵⁾	
Publicación no consensuada de medios sexualmente explícitos		OR= 1.82 ⁽⁵⁵⁾	OR= 2.2 ⁽⁵⁵⁾	
Otras				
Exposición a conductas suicida Un año después			RR = 1.93 ⁽⁵⁶⁾ RR= 1.70 ⁽⁵⁶⁾	
Ausentismo escolar		OR = 1.20 ⁽⁵⁷⁾		
*Conductas suicidas sin especificar: puede referirse a ideación, intento o suicidio consumado			RR = Riesgo Relativo OR = Razón de Momios M = Mujeres H = Hombres	

Factores de riesgo por Género

Al analizar el incremento en el riesgo de desarrollar conductas suicidas, podemos remarcar que identificamos algunas diferencias por género. En lo que respecta a los intentos de suicidio en los adolescentes hombres, los siguientes factores incrementan más el riesgo que en las mujeres: el antecedente de intento de suicidio (OR 31.33 vs 6.99),²⁰ la conducta disruptiva (problemas para controlar sus emociones y su comportamiento, llevándolo a problemas de comportamiento con las normas sociales y la autoridad) (OR 8.78)³³ y la violencia sexual (3.32 vs 1.94).³⁷ Para el suicidio consumado en los hombres, los factores que incrementan más el riesgo están relacionados con vivir maltrato infantil (OR 33.77 vs 11.02) y el abuso de sustancias (OR 5.26) (33).³³

En cambio, para las mujeres en lo referente a los intentos de suicidio, el *bullying* (OR 6.3 vs 3.8),³³ incrementa más el riesgo que para los hombres.

En lo que respecta a los factores de riesgo para las personas que pertenecen a la comunidad LGBTQ+, se ha reportado mayor riesgo para intentos de suicidio, en quienes se identifican como transexuales (OR 5.87) y bisexuales (OR 4.87).^{22,23}

Factores de riesgo en personas que pertenecen a comunidades indígenas

México es uno de los países con mayor diversidad cultural a nivel mundial, existen 68 pueblos indígenas oficialmente reconocidos. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2020 del INEGI, el 6.14% de la población habla alguna lengua indígena; y el 18.41 % de la población se autoidentifican como personas indígenas.³⁸ Existen estudios de conductas suicidas en adolescentes que se han enfocado en la identificación de factores de riesgos asociados a factores sociales, familiares, socioeconómicos, individuales o clínicos. Sin embargo, hay una

ausencia importante de datos desagregados por condición específica de los sujetos -más allá del sexo y la edad-, como son los factores culturales vinculados a las conductas suicidas. Especialmente, los que se refieren a los procesos de identidad étnica entre los adolescentes de regiones con alta proporción de población indígena o con conflictos interétnicos importantes, realidad común en gran parte del país y de otros países Latinoamericanos.³⁹ En el año 2009, en la Observación General N°11, el Comité de los Derechos del Niño mencionaba que “En algunos Estados partes, las tasas de suicidio de los niños indígenas son considerablemente más altas que las de los niños no indígenas. En esas circunstancias, los Estados deberían formular y aplicar una política de medidas preventivas y velar por que se asignen más recursos financieros y humanos a la atención de salud mental para los niños indígenas, de forma tal que se tenga en cuenta su contexto cultural, previa consulta con la comunidad afectada. Para analizar y combatir las causas de ese fenómeno el Estado parte debería entablar y mantener un diálogo con la comunidad indígena”.⁴⁰ Por lo que es importante el planteamiento sobre hacer investigación en las comunidades indígenas, para poder identificar sus factores de riesgo y como tratarlos. Tal es el caso del estrés que sufren por integrarse a la sociedad occidental, lo cual puede llevarlos a pensamientos suicidas e incluso intentos.⁴¹

IMPLICACIONES ECONÓMICAS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Es importante tener en cuenta los costos que generan las conductas suicidas. Se tienen pocos estudios económicos del costo que generan, que incluyen los costos directos, que son los costos de atención médica (especialmente departamentos de emergencia y hospitalización), transporte en ambulancia e investigaciones por parte de médicos forenses. Pero también los costos indirectos, que son principalmente pérdidas de productividad por muerte prematura

o pérdida de tiempo por lesiones. Los costos económicos indirectos consisten en el valor actual neto de los sueldos y salarios futuros, los beneficios complementarios y el valor de la productividad familiar perdida o reducida por el suicidio o intento de suicidio. Estos costos indirectos son los que mayor repercusión económica tienen.⁴² También hay información del costo económico de los intentos suicidios en pacientes con alguna enfermedad mental. Los costos médicos directos en salud tras un intento de suicidio son significativos y aumentan conforme se presentan nuevos intentos, al igual que el tipo de método que utilice para un intento suicida.⁴³ Si bien los costos emocionales del suicidio y del intento suicida son difíciles de estimar, sabemos que estos afectan directamente a la familia e incluso a la comunidad, ya que puede ser un factor de riesgo para que algún miembro cercano presente un intento suicida.⁴⁴ Es por esto que debemos siempre tener presente que cada muerte por suicidio representa una tragedia individual y se estima que afecta indirectamente a muchas personas, incluidos familiares, amigos y la comunidad. Simplemente no conocemos la escala y la magnitud de las personas afectadas por el suicidio, y la prevalencia de aquellos en la sociedad que pueden necesitar tanto la prevención del suicidio como el apoyo y los servicios posteriores cuando se cometió un suicidio.⁴⁵ De ahí la importancia de poder detectar a tiempo las posibles conductas suicidas y prevenir tanto los costos como un posible fatídico desenlace.

CONCLUSIONES

La conducta suicida es un fenómeno complejo y de orden biopsicosocial, de interés mundial y un problema de salud pública de creciente frecuencia entre la población adolescente y joven. El modelo ecológico nos permite identificar y analizar los factores de riesgos para las conductas suicidas en adolescentes, desde los niveles individual, familiar, comunitario y social. Cono-

cer estos factores de riesgo son el primer paso para identificar y prevenir el suicidio. Existen algunas diferencias de género en estos factores de riesgo, que deben considerarse para la identificación y atención de las y los adolescentes con conductas suicidas. Un grupo que requiere más investigación, son las personas que pertenecen a las comunidades indígenas.

Recomendaciones para el personal de salud

El personal de salud que atiende niñas, niños y adolescentes tiene una oportunidad única para detectar los factores de riesgo asociados con las conductas suicidas, ya que son parte de la primera línea en la atención de salud de niñas, niños y adolescentes, además de ser uno de los primeros contactos para pedir ayuda que las personas buscan ante las preocupaciones familiares. Por lo anterior, y considerando las graves consecuencias de este problema de salud pública, es necesario que brinden una atención integral a la persona, sus familias, sus comunidades y las sociedades en general.

Una vez que el personal de salud identifica alguno de estos factores es importante que conozca y se apegue a las guías nacionales e internacionales para el manejo de la conducta suicida en niñas, niños y adolescentes.¹⁵ Los pasos a seguir son:

1. Evaluar si existe un riesgo de autolesión/ suicidio y si el riesgo es inminente. Para hacer esto puede usar la herramienta ASQ-MODORIS,⁴⁶ que es parte del Modelo dinámico de órdenes de riesgo de suicidio propuesto por la Secretaría de Salud a través del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, se trata de un instrumento de cinco preguntas con instrucciones para determinar los niveles de riesgo y poder referir a instituciones de salud de primer, segundo o tercer nivel si es necesario.

2. No deje sola a la persona y explique la situación a su familia.
3. Canalice al servicio de salud adecuado si tiene la posibilidad.

Para que pueda apoyarse para practicar como hacer la evaluación del riesgo le compartimos el curso gratuito prevención del suicidio para trabajadores de atención primaria de la salud de la Organización Panamericana de la Salud en la siguiente liga: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14615:paho-launches-virtual-course-on-suicide-prevention-for-primary-healthcare-workers&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Y para apoyarle en la canalización le presentamos el directorio de servicios amigables de salud en México: <https://dgb.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2023/05/Directorio-Servicios-Amigables-2023>.

Agradecimiento

Agradecemos la colaboración documental de este trabajo al Dr. Enrique Moreno Alanís, a la Dra. Patricia Solís Iniesta y a la Lic. Pamela Karisni Ortiz Hernández.

REFERENCIAS

1. Ghebreyesus T. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health [Internet]. Geneva; 2019 Jan. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/89966>
2. The World Bank. The World Bank. 2023.p. 1–5 Tasas de mortalidad por suicidio. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?locations=XP>
3. Bando DH, Brunoni AR, Fernandes TG, Benseñor IM, Lotufo PA. Taxas de suicídio e tendências em São Paulo, Brasil, de acordo com gênero, faixa etária e aspectos demográficos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(3):286–93.
4. Sánchez-Cervantes FS, Serrano-González RE, Márquez-Caraveo ME. Suicides in adolescents younger than 20-year-olds. *Mexico 1998-2011*. *Salud Mental*. 2015;38(5):379–89.
5. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016;3(1):2016–25.
6. Luna-Contreras M, Dávila-Cervantes CA. Effects of depression and self-esteem on suicide ideation in high school adolescent students in Mexico City. *Papeles Poblac*. 2021;26(106):75–103.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Día mundial para la prevención del suicidio: datos nacionales comunicado de prensa número 542/23. Mexico City; 2023 Sep [cited 2023 Oct 5]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
8. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Design of the Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 and planning and design of the Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex*. 2022;64(5):522–9.
9. Pan American Health Organization. Suicide mortality in the americas. in: suicide mortality in the americas. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2021. p. 1–80. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275124765>
10. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Dec 1 [cited 2023 Oct 5];5(1):1227–39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/>
11. Campillo-Serrano C, Fajardo-Dolci G. Suicide prevention and suicidal behavior. *Gac Med Mex*. 2021 Sep 1;157(5):564–9.
12. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 1st ed. Vol. 1, Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. 1–147 p.
13. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex*. 2010;52(4):292–304.
14. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez-García A. Suicidal behavior in Mexico: comparative analysis between adolescent and adult population. *Salud Publica Mex*. 2023;65.
15. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme, World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings : mental health gap action programme (mhGAP). 164 p.
16. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: What can pediatricians do? Vol. 32, *Current Opinion in Pediatrics*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 595–600.
17. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez MG. ACEs and mental health problems as suicidality predictors in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl*. 2023;
18. Bronfenbrenner U, Evans GW. *Developmental Science in the 21 st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings*. 2000.
19. Schmidt CO, Kohlmann T. When to use the odds ratio or the relative risk? Relative Risk and odds ratio in epidemiology. *Int J Public Health*. 2008;53:165–7.

20. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018;373(1754).
21. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*. 1994;3(2):1643–7.
22. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegaro VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res*. 2017;256:353–8.
23. Suzuki K, Asaga R, Sourander A, Hoven CW, Mandell D. Cyberbullying and adolescent mental health. *Bullying: A Public Health Concern*. 2013;31(3):73–88.
24. Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME, Menendez D. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *J Psychiatr Res*. 2017;91:74–82.
25. Chen VCH, Kuo CJ, Wang TN, Lee WC, Chen WJ, Ferri CP, et al. Suicide and other-cause mortality after early exposure to smoking and second hand smoking: A 12-year population-based follow-Up study. *PLoS One*. 2015;10(7):1–12.
26. awachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Community Health* (1978). 1996;50(3):245–51.
27. Zhang Y, Cheng J, Li Y, He R, Choudhry AA, Jiang J, et al. Suicidality among patients with asthma: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;256(June):594–603.
28. Guan Q, Huan F, Wang Y, Wang L, Shen L, Xiong J, et al. The relationship between secondhand smoking exposure and mental health among never-smoking adolescents in school: Data from the Global School-based Student Health Survey. *J Affect Disord*. 2022;311(May):486–93.
29. Gupta MA, Pur DR, Vujcic B, Gupta AK. Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2017;35(3):302–11.
30. Barlow R, Payyazhi G, Hogan S, Grindlay D, Choi D, Verma M, et al. Suicide and Suicidality in Children and Adolescents with Chronic Skin Disorders: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2023;103(7):1–7.
31. Zeller MH, Reiter-Purtill J, Jenkins TM, Ratcliff MB. Adolescent suicidal behavior across the excess weight status spectrum. *Obesity*. 2013;21(5):1039–45.
32. Soleymani E, Faizi F, Heidarimoghadam R, Davoodi L, Mohammadi Y. Association of *T. gondii* infection with suicide: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–7.
33. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019;64(2):265–83.
34. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, García-Anguita A, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(10):733–41.
35. Di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide among Sexual Minority Youths. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145–52.
36. Liu JW, Tu YK, Lai YF, Lee HC, Tsai PS, Chen TJ, et al. Associations between sleep disturbances and suicidal ideation, plans, and attempts in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sleep*. 2019;42(6):1–10.
37. Baiden P, Xiao Y, Asiedua-Baiden G, LaBrenz CA, Boateng GO, Graaf G, et al. Sex differences in the association between sexual violence victimization and suicidal behaviors among adolescents. *J Affect Disord Rep*. 2020;1(September):100011.
38. Mamo D, Parellada A, Rose G, Sierra SP, Thorsell S. THE INDIGENOUS WORLD 2023. 2023. 720 p.
39. Tereucán Angulo J, Briceño Olivera C, Gálvez-Nieto JL, Hauri Opazo S. Identidad étnica e ideación suicida en adolescentes indígenas. *Salud Publica Mex*. 2017;59(1):5–6.
40. Unicef. Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. *Crc/Gc/2001/1*. 2001;1–350.
41. Cruz Pérez O, Lara García GA. Problemáticas psicosociales en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México. primera ed. Mntebello. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México: UNICACH; 2015. 132 p.
42. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46(3):352–62.
43. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Direct medical costs of suicide attempts by patients in Columbia's Antioquia Mental Hospital. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2020;42:1–8.
44. Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(10):1489–99.
45. Ceren J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(2):529–34.
46. Vázquez García A. Evaluación del Riesgo Suicida Tamizaje ASQ MODORIS PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. Mexico City; 2022 Jan.
47. Soto-Sanz V, Castellví P, Piqueras JA, Rodríguez-Marín J, Rodríguez-Jiménez T, Miranda-Mendizabal A, et al. Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behaviour in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(1):5–19.

48. Zhao Y, Montoro R, Igartua K, Thombs BD. Suicidal Ideation and Attempt Among Adolescents Reporting “Unsure” Sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same-Sex Attraction or Behavior: Forgotten Groups? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(2):104–13.
49. Johnstone OK, Marshall JJ, McIntosh LG. A Review Comparing Dialectical Behavior Therapy and Mentalization for Adolescents with Borderline Personality Traits, Suicide and Self-harming Behavior. *Adolesc Res Rev*. 2022;7(2):187–209.
50. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(12):1358–67.
51. Baiden P, Tadeo SK. Investigating the association between bullying victimization and suicidal ideation among adolescents: Evidence from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Child Abuse Negl*. 2020;102(February):104417.
52. Hughes MA, Knowles SF, Dhingra K, Nicholson HL, Taylor PJ. This corrosion: A systematic review of the association between alternative subcultures and the risk of self-harm and suicide. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(4):491–513.
53. Zhou H, Xian W, Zhang Y, Yang Y, Fang W, Liu J, et al. Suicide among cancer patients: adolescents and young adult (AYA) versus all-age patients. *Ann Transl Med*. 2019;7(22):658–658.
54. Chen PJ, MacKes N, Sacchi C, Lawrence AJ, Ma X, Pollard R, et al. Parental education and youth suicidal behaviours: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022;31.
55. Srivastava A, Rusow J, Schragger SM, Stephenson R, Goldberg JT. Digital Sexual Violence and Suicide Risk in a National Sample of Sexual Minority Adolescents. *J Interpers Violence*. 2023;38(3–4):4443–58.
56. Randall JR, Nickel NC, Colman I. Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *J Affect Disord*. 2015;186:219–25.
57. Epstein S, Roberts E, Sedgwick R, Polling C, Finning K, Ford T, et al. School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(9):1175–94.



<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 Donajé 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 ENSA-NUT 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 ingesti3n (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 caracteristicas 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	
Autolesiones Signos de envenenamiento o intoxicación <ul style="list-style-type: none"> Consumo de medicamentos (benzodiazepinas, analgésicos, antidepresivos). Sobredosis de medicamentos o sustancias (limpiadores, insecticidas, plaguicidas, combustibles, etc.). Lesiones <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 	Otros motivos sin evidencia de autolesiones* Quejas médicas <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 Traumas físicos <ul style="list-style-type: none"> Politraumatismo Participación en accidentes vehiculares Lesiones crónicas (osteomielitis, alveolitis de la mandíbula) Lesiones repetitivas. Alteraciones neurológicas <ul style="list-style-type: none"> Somnolencia Confusión Disminución del estado de alerta Pérdida del conocimiento Letargo extremo Excitación motriz Motivos psiquiátricos <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 	Antecedentes <ul style="list-style-type: none"> Historia previa de intento suicida Desapego a tratamiento farmacológico crónico Consumo de alcohol o sustancias Dolor crónico De la persona que acompaña <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: LGBTQ+, 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 cuenta 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 mental. *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.



<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2756>

Estructura del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México

Structure of the National Program for the Prevention of Suicide in Mexico.

Alejandro Vázquez García,¹ Paulina Arenas Landgrave,² Diana Iris Tejadilla Orozco,¹ Pamela Espinosa Méndez¹

Resumen

ANTECEDENTES: Durante las últimas dos décadas las tasas de suicidio disminuyeron en todas las regiones del mundo, excepto en la región de las Américas; en México, incrementaron especialmente en el grupo de adolescentes y jóvenes. En atención a esta problemática, México ocupa el sexto lugar en la región de las Américas en desarrollar durante el 2020, un Programa Nacional para la Prevención de Suicidio (PRONAPS) que lo aborda desde una perspectiva contextual de salud pública.

OBJETIVO: Describir la estructura del Programa Nacional para la Prevención de Suicidio en México, con base en el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud y el modelo escalonado de atención al riesgo suicida, Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS).

RELEVANCIA: Una de las principales estrategias para la prevención del suicidio a nivel global es aumentar el acceso a los servicios de salud, el cual debe acompañarse de una atención de calidad fundamentada en el abordaje, manejo y tratamiento de la suicidalidad desde modelos con evidencia clínica, que puedan implementarse desde la comunidad hasta los servicios de salud especializados. Estas acciones se priorizan en el PRONAPS bajo cinco ejes centrales: organización y coordinación intersectorial e interinstitucional; vigilancia epidemiológica; intervención; capacitación; e investigación, para proporcionar y sostener una atención integral a las personas con riesgo suicida. Es la primera vez en el país que se estructuran e implementan estas acciones de manera articulada a nivel intersectorial, por lo que uno de los principales retos del PRONAPS es mantener su gobernanza.

PALABRAS CLAVE: Programa Nacional; Prevención del suicidio; Estrategias; México.

Abstract

INTRODUCTION: During the last two decades, suicide rates decreased in all regions of the world, except in the region of the Americas; in Mexico, they increased especially in the group of adolescents and young people. In response to this problem, Mexico is the sixth country in the region of the Americas to develop a National Program for Suicide Prevention (PRONAPS) that addresses it from a contextual public health perspective.

OBJECTIVE: To describe the structure of the National Program for Suicide Prevention in Mexico, based on the model of Integrated Health Services Networks and the tiered model of attention to suicide risk, Dynamic Model of Suicide Risk Orders (MODORIS).

RELEVANCE: One of the main strategies for suicide prevention at the global level is to increase access to health services, which should be accompanied by quality care based on the approach, management and treatment of suicidality from models with clinical evidence, which can be implemented from the community to specialized health services. These actions are prioritized in PRONAPS under five central axes: intersectoral and interinstitutional organization and coordination; epidemiological surveillance; intervention; training; and research, to provide and sustain comprehensive care for people at risk of suicide. This is the first time in the country that these actions are structured and implemented in an articulated manner at an intersectoral level, so one of the main challenges of PRONAPS is to maintain its governance.

KEYWORDS: National Program; Suicide prevention; Strategies; Mexico.

¹ Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones.

² Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Recibido: 19 de julio 2023

Aceptado: 13 de enero 2024

Correspondencia

Alejandro Vázquez García
vazquezg.alejandrog@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Vázquez-García A, Arenas-Landgrave P, Tejadilla-Orozco DI, Espinosa-Méndez P. Estructura del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (Supl 1): S89-S99.

ANTECEDENTES

El suicidio, acto deliberado de terminar con la propia vida, es un serio problema de salud pública, que a nivel global se estima en 703,000 muertes cada año. Abarcó el 1.3% del total de muertes en 2019, por encima de la malaria, VIH, cáncer de mama, guerras y homicidios.¹

Asociado a esta problemática, se calcula que el aumento de dos de los principales trastornos mentales, ansiedad y depresión, fue de más del 25% durante el primer año de la pandemia.²

Entre el año 2000 y el 2019, las tasas de suicidio a nivel global se redujeron en un 36%. En la región mediterránea la reducción fue de un 17%, mientras que en la región europea y del pacífico occidente disminuyó en un 47% y 49% respectivamente; la única región en la que se reporta un incremento de 17% es la región de las Américas;² dentro de ésta, la tasa de suicidio en México, aumentó 435% de 1990 a 2021, principalmente en la población de niñas(os) y adolescentes entre 10 y 14 años, al ocupar el cuarto lugar dentro de las principales causas de muerte, así como en el grupo de jóvenes entre 15 y 24 años, en el que ocupa el tercer lugar.³

El comportamiento suicida o suicidalidad es un fenómeno complejo, que incluye desde la ideación suicida, planes, preparativos e intentos hasta el suicidio.⁴ En México, las estimaciones de ideación suicida alguna vez en la vida, son 7.6% para adolescentes y 7.7% en adultos. El reporte de intentos de suicidio, alguna vez en la vida es de 6.5% en adolescentes y 3.5 en adultos. Cabe señalar, que tanto la ideación como los intentos, ocurren con más frecuencia en mujeres que en hombres.⁵ Por lo tanto, es un problema que hay que atender con perspectiva de género, del desarrollo y desde un enfoque contextual.

El comportamiento suicida en niños y adolescentes se presenta en momentos de gran

vulnerabilidad y sufrimiento, que se exacerban ante sucesos de vida altamente estresantes, por lo que el déficit en las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento positivo, así como la falta de redes de apoyo efectivo,⁶ permite visualizar la importancia de las intervenciones a nivel de salud pública que contribuyan a la promoción de factores protectores para las infancias.

Dicho lo anterior, hay que considerar que el suicidio no es sólo un problema de salud, sino también social, de justicia, equidad, seguridad, educación entre otros. A lo que se suma, la mala calidad de los servicios, los bajos niveles de conocimiento sobre salud mental, la violencia, estigmatización y discriminación, que impiden que las personas busquen ayuda para atender sus problemas de salud mental oportunamente.⁷ Ante este panorama, es necesario conocer las acciones que se han desarrollado e implementado en el mundo para la prevención del suicidio desde una perspectiva de salud pública.

Programas, planes y estrategias nacionales a nivel mundial

En el **Cuadro 1**⁸⁻¹⁸ se resumen los programas o planes nacionales a nivel mundial donde se presentan las principales estrategias que han implementado diversos países. Con base en dicha información, se observa que el programa más antiguo es el de Canadá que surgió hace 45 años y le sigue el de Australia con 31 años, hasta el de España que se documenta en 2021; la media es de 17.27 años; más de una década. También se da cuenta, que en 82% de éstos cuentan con acciones de gobernanza en sus documentos; en el 55% describen una estructura organizacional para llevarla a cabo y el 27% no especifican las leyes, normas, consejos o comités en los que se apoyan para alcanzar la implementación de las estrategias y cómo coordinarlas; pero sí mencionan que son programas aprobados por legisladores o que forman parte de los planes nacionales de salud. Únicamente dos de los

Cuadro 1. Resumen de las estrategias de los planes o programas nacionales (continúa en la siguiente página)

País	Año de implementación	Nombre del programa o protocolo	Estrategias centrales
Región Europea			
Alemania⁸	2001	Programa Nacional de Prevención del Suicidio de Alemania	Gobernanza Colaboración del Ministerio de Salud con Asociaciones y ONG's Red Integrada Nacional Estrategias Acceso a servicios de salud Prevención del suicidio en poblaciones vulnerables Restricción de medios letales
Suiza⁹	2016	Plan de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio	Estrategias Acceso a servicios de salud Fortalecimiento de la comunidad Sensibilización y promoción Restricción de medios letales Vigilancia epidemiológica Medios de comunicación
España¹⁰	2021	Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del suicidio	Estrategias Acceso a servicios de salud Línea de intervención en crisis Capacitación Medios de comunicación
Región del Pacífico Occidental			
Australia¹¹	1992	Prevención de Suicidio: Australia	Gobernanza Plan Nacional de Salud Mental y Prevención de Suicidio Comité nacional para la Prevención de Suicidio Comisionado Nacional para la Prevención del Suicidio Supervisores Investigación Políticas públicas Estrategias Acceso a servicios de salud Guardianes informados Línea de intervención en crisis Posvección Sensibilización y promoción Restricción de medios letales Vigilancia epidemiológica

Cuadro 1. Resumen de las estrategias de los planes o programas nacionales (continúa en la siguiente página)

País	Año de implementación	Nombre del programa o protocolo	Estrategias centrales
Japón ¹²	2007	Política de Principios Generales para la Prevención del Suicidio	<p>Gobernanza Elaboración de políticas públicas Coordinación Regional Ordenamiento de los niveles de atención al riesgo suicida</p> <p>Estrategias Acceso a servicios de salud Capacitación Guardianes informados Identificación temprana Medios de comunicación Posvención Sensibilización y promoción</p>
Corea ¹³	2013	Plan nacional de Acción para la Prevención del Suicidio	<p>Gobernanza Elaboración de políticas públicas</p> <p>Estrategias Acceso a servicios de salud Capacitación Guardianes informados Línea de intervención en crisis Sensibilización y promoción</p>
Región de las Américas			
Canadá ¹⁴	1978	Centro de prevención de suicidio de Québec	<p>Gobernanza Consejo de Administración Elaboración de políticas públicas</p> <p>Estrategias Acceso a servicios de salud Capacitación Posvención Sensibilización y promoción</p>
Estados Unidos ¹⁵	2001	Administración de Salud Mental y Uso de Sustancias	<p>Gobernanza Elaboración de políticas públicas</p> <p>Estrategias Acceso a servicios de salud Capacitación Línea de intervención en crisis y mensajería de texto Vigilancia epidemiológica</p>
Chile ¹⁶	Instalación gradual y paulatina desde el año 2008 en las 15 regiones del país.	Programa Nacional de Prevención del Suicidio	<p>Gobernanza Plan regional intersectorial Sistema de estudio de suicidios e intentos de suicidio</p> <p>Estrategias Acceso a servicios de salud Capacitación Guardianes informados Línea de intervención en crisis Medios de comunicación Vigilancia epidemiológica</p>

Cuadro 1. Resumen de las estrategias de los planes o programas nacionales (continúa en la siguiente página)

País	Año de implementación	Nombre del programa o protocolo	Estrategias centrales
Uruguay ¹⁷	2011	Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio	Gobernanza Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio Comisión asesora Grupos departamentales intersectoriales e interinstitucionales Elaboración de políticas públicas Estrategias Acceso a servicios de salud Capacitación Medios de comunicación Posvención Restricción de medios letales Sensibilización y promoción Vigilancia epidemiológica
Argentina ¹⁸	2015	Ley simple: Prevención del suicidio	Gobernanza Elaboración de políticas públicas Estrategias Acceso a servicios de salud Capacitación Línea de intervención en crisis Medios de comunicación Sensibilización y promoción Vigilancia epidemiológica

planes o programas, no señalan el tipo de apoyo político que los respaldan.

Cada programa, ley o plan incluye de tres a siete estrategias; entre las que se encuentran: el acceso a servicios de salud, un programa de capacitación, comunidades con guardianes informados, líneas de atención en crisis, manejo responsable de la información en medios de comunicación, posvención en escuela y para sobrevivientes, restricción de medios letales, vigilancia epidemiológica, sensibilización y promoción universal.

Entre éstos, destacan las estrategias para mejorar el acceso a servicios de salud en el 100% de los países, seguida de los programas de capacitación y educación continua en un 73% de éstos, le siguen la sensibilización y promoción universal en un 64%; éstas tres como columna vertebral

para alfabetizar a la comunidad, generar la capacidad para identificar a las personas en riesgo, el manejo y la atención por parte de los profesionales de la salud (especializados y no especializados).

De forma equitativa, en un 55% se encuentran las estrategias para la vigilancia epidemiológica, el manejo responsable de la información por los medios de comunicación y las líneas de intervención en crisis.

En un 36% de los programas o planes se encuentran por igual la estrategia comunitaria de guardianes informados, posvención y restricción de medios letales.

En el cuadro 1 podemos observar que, de los países de la Región Europea, Alemania cuenta con tres estrategias, España con cuatro y Suiza

con seis; predominan el acceso a los servicios de salud, el manejo responsable de la información por los medios de comunicación y la restricción a medios letales.

Por otro lado, se puede observar que, de la Región Asia Pacífico, tanto Australia como Japón cuentan con siete estrategias y Corea con 5; entre las que predominan el acceso a servicios de salud, guardianes informados en contextos comunitarios, sensibilización y promoción universal.

Para finalizar, de la Región de las Américas, tanto Chile como Argentina cuentan con seis estrategias y Uruguay siete, mientras que Canadá y Estados Unidos, en América del Norte, incluyen cuatro. Los países de América del Sur coinciden en la implementación de estrategias como acceso a servicios de salud, plan de capacitación, manejo responsable de la información por los medios de comunicación y vigilancia epidemiológica; mientras que los países de América del Norte únicamente coinciden en acceso a servicios de salud y un plan de capacitación.

Con respecto a México, fue hasta el año 2019 que se comenzó a trabajar de manera interinstitucional e intersectorialmente bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, para identificar los programas y estrategias que hasta la fecha se tenían a lo largo del país para aproximarse a la prevención del suicidio.

En este contexto se ha dado la reestructuración del sistema de salud de México con la creación del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA),⁷ órgano desconcentrado con el fin de fortalecer la rectoría, priorizando la mitigación de los problemas de salud mental y adicciones, con un enfoque comunitario.

En este marco, se considera al suicidio como uno de los principales problemas de salud pública a atender, lo que llevó en el 2020 al desarrollo del

Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS). Cuyo propósito es establecer mecanismos de intervención intersectorial para mejorar la salud mental de la población mexicana de manera homologada en todo el país y atender a las personas que solicitan atención por comportamiento suicida para mejorar su calidad de vida y reducir la mortalidad por suicidio.¹⁹

El objetivo de este trabajo es describir la estructura del Programa Nacional para la Prevención de Suicidio en México, con base en el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud y el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS) para analizar las fortalezas y retos del PRONAPS, mediante la revisión de las estrategias, planes y programas nacionales para la prevención del suicidio en el mundo.

Para lograr este objetivo, se realizó una revisión descriptiva del Programa Nacional para la Prevención del suicidio con base en cinco ejes: organización y coordinación institucional, 2) vigilancia epidemiológica, 3) intervención, 4) capacitación e 5) investigación. Para la revisión de las estrategias, planes o programas nacionales en el mundo, se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, PsycINFO, SciELO, Scopus, Cochrane Review (de 1970 a la actualidad) y fuentes documentadas como páginas oficiales de instancias de salud pública nacionales. Las palabras claves que se utilizaron fueron “suicide, suicide program, national program, prevention, national plan, emergency”. Los criterios de inclusión fueron documentos y revisiones sobre la implementación de programas, planes o estrategias de prevención del suicidio en contextos nacionales e internacionales, en los que se abordan las bases teóricas y contextuales sobre el suicidio; entrenamiento en habilidades de identificación, evaluación y manejo; disminución de factores de riesgo, identificación y disminución de brechas a la salud mental. Con base en estos criterios la búsqueda se limitó a 11 programas.



Programa Nacional para la Prevención del Suicidio

El PRONAPS se estructura en cinco ejes: 1) Organización y coordinación intersectorial e interinstitucional; 2) vigilancia epidemiológica; 3) intervención; 4) capacitación; y 5) investigación.

En cuanto a la organización y coordinación, el programa retoma el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)²⁰; además, se ordena y coordina con base en el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS)²¹ para articular los procesos de identificación, valoración, intervención, referencia y seguimiento a las personas con riesgo suicida, tanto en el sector comunitario como en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención en salud.

El MODORIS establece una estructura escalonada a la atención en cuatro niveles de riesgo suicida (leve, moderado, alto e inminente). Plantea un abordaje colaborativo para garantizar la referencia e indicaciones para el manejo dependiendo del contexto y momento del proceso de atención en el que se encuentren las personas en riesgo; alinea y vincula cada estrategia del PRONAPS¹⁹.

Para su gobernanza, el PRONAPS está articulado con las modificaciones a la ley general de salud en materia de salud mental y adicciones, que estipulan una mayor participación de los primeros niveles de atención en salud,²² además de los compromisos establecidos para la implementación de las estrategias, en reuniones del Consejo Nacional de Salud (CONASA).²³

A nivel de implementación, para fortalecer la gobernanza y el acceso a servicios de salud, cuenta con las estrategias de Gestión de Casos y Código 100, diseñadas para alcanzar la transversalidad sectorial y articular las acciones comunitarias con los servicios en los tres niveles de atención de salud; se coordinan, con otras estrategias de

salud mental,²⁴ como la implementación de la guía mhGAP y la reconversión de hospitales generales para que cuenten con servicios de salud mental con camas censables.

Para dar inicio a la implementación, primero se generan compromisos entre actores clave de las Secretarías Estatales de Salud, quienes brindan apoyo político y técnico a los responsables estatales de coordinar las estrategias.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, actualmente se analizan las muertes por suicidio por Estado, grupo de edad y sexo.²⁵ Además, dentro del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (SINBA)²⁶ se da seguimiento a las autolesiones, así como las citas de primera vez y subsecuentes de personas con ideación suicida o intento de suicidio.

En el eje de capacitación, cuenta con la “Formación Especializada para el Abordaje del Comportamiento Suicida” para el personal de salud.²⁵ También, se ha capacitado a la comunidad escolar, como primeros respondientes ante la presencia de ideación, intento de suicidio o suicidio.²⁷

Y por medio de otras plataformas digitales de acceso libre, se sensibiliza al personal de salud y población abierta sobre la identificación, tamizaje, plan de seguridad, manejo de personas con riesgo suicida y apoyo a sus familias.

A su vez, cada 10 de septiembre, en el marco del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, se realizan jornadas académicas internacionales, transmitidas en redes sociales. También, se ha capacitado a personal de la subdirección de comunicación de los servicios estatales de salud, en el “Manejo Responsable de la Información sobre Suicidio”.

Con respecto al eje III, de Intervención, a nivel comunitario, se han implementado Brigadas

Comunitarias de Salud Mental (BCSM),²⁸ que realizan acciones de identificación, intervención en crisis y referencia; así como promoción de la salud mental para la alfabetización y desestigmatización. Se activan Grupos de Apoyo Emocional (GAE); coordinados por personal de la misma comunidad para dar continuidad a la estrategia.²⁹ El propósito es alcanzar una mayor capacidad de identificación y manejo del riesgo suicida, desde los hogares; con la participación interinstitucional, por medio de sus primeros respondientes.²⁴

A la par, dentro del eje de intervención, con el objetivo de articular el proceso para garantizar el acceso a servicios de atención tanto de las acciones comunitarias como de los establecimientos de salud de los tres niveles de atención se cuenta con las estrategias de Gestión de Casos y Código 100.^{30,31} Las cuales incluyen protocolos para todos los perfiles administrativos y clínicos del personal de salud, especializados y no especializados en salud mental.

También se cuenta con estrategias de intervención, dirigidas a poblaciones vulnerables, tanto para Médicos Internos de Pregrado y Pasantes de Servicio Social de Medicina³², como para las personas privadas de la libertad.

Uno de los más grandes desafíos que tiene el país es brindar atención especializada a niños, niñas y adolescentes con riesgo suicida, por la falta de personal y personal capacitado. Sin embargo, actualmente se brinda el servicio de telemedicina por parte de especialistas del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Además de los esfuerzos estatales que ofrecen atención psicológica y psiquiátrica especializada, para este grupo etario.

En cuanto al eje de investigación, será relevante la evaluación de las estrategias para conocer su efectividad y reestructurar aquellas que no estén dando los resultados esperados. También, se

podrá caracterizar a la población atendida en los servicios de salud por autolesiones, intentos de suicidio e ideación suicida; lo que será útil para ajustar las estrategias hacia poblaciones específicas. Además, fortalecerá la investigación multidisciplinaria e intersectorial que se realiza en México.

CONCLUSIONES

El PRONAPS inició en 2020 y a la par se han generado paulatinamente cambios en la reestructuración de políticas públicas, servicios, trabajo coordinado en el sistema de salud y colaboración con otros sectores. En tanto que su implementación alcanza una mayor cobertura en el país, no serán del todo visibles las metas planeadas, tanto en la reducción de los suicidios, como en la mayor capacidad de atención a las personas en riesgo y un mayor conocimiento sobre el cuidado de la salud mental en la sociedad general; al igual que se observa en los resultados de otros países con respecto a su plan de acción, el cual indica que los avances han sido lentos.¹ Por lo tanto, el impacto de las acciones en materia de salud pública pueden observarse más claramente en el mediano y largo plazo.

Actualmente el PRONAPS, ha ampliado sus estrategias dentro del propio sistema de salud, generando las condiciones para disminuir la brecha de atención de los servicios de salud mental en los tres niveles de atención en salud y, además, se han aumentado las claves para la vigilancia epidemiológica del comportamiento suicida para la atención de primera vez y subsecuente por ideación e intento de suicidio dentro del Sistema Nacional de Información Básica en Salud (SINBA).

Por medio del plan de capacitación, se ha incluido al sector educativo, el sistema penitenciario, algunas asociaciones civiles; y por medio de la sensibilización, se cuenta con la colaboración del sector cultural y deportivo. Sin embargo,

para incidir sobre las determinantes sociales que vulneran la salud mental, es fundamental profundizar y extender la incidencia del programa en las políticas públicas sobre desarrollo social, interculturalidad, economía, empleo y justicia;³³ pues se reconoce ampliamente, que es un problema social, no únicamente de salud.³⁴

La implementación de estrategias para reducir la brecha de atención se ha basado en el trabajo colaborativo, generar voluntad política y asesoría técnico/administrativa, hasta alcanzar la implementación de protocolos por el personal operativo, quienes atienden a la población con riesgo suicida.

Las estrategias que se encuentran en etapa inicial son posvención, comunicación responsable en medios masivos y la vinculación con asociaciones nacionales sin fines de lucro.

Además, resulta pertinente ampliar la oferta de atención especializada en paidopsiquiatría y psicoterapia para niños, niñas y adolescentes, que atiendan el riesgo suicida de dicha población y apoyen a sus familias.

Una de las manifestaciones del impacto del PRONAPS será la sensibilización universal para la desestigmatización del comportamiento suicida en la sociedad civil, el personal de salud, las instituciones y en las personas que lo presentan,³⁵ la regulación de los medios de comunicación, el acceso a servicios de salud, así como el logro de la co-construcción de sociedades más saludables.²¹

Es un avance significativo, que México cuente con un programa para la prevención del suicidio equiparable a los que se han implementado en otros países del mundo, con una estructura para su gobernanza que se apoya en la ley general de salud y acuerdos de alto nivel jerárquico en la Secretaría de Salud, con la estrecha colaboración de instituciones educativas de alto prestigio

académico y con una amplia experiencia en investigación y atención clínica en la materia (Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México y Departamento de Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Aguascalientes), así como con la colaboración de organizaciones que coadyuvan a la óptima implementación de políticas públicas como la Organización Panamericana de la Salud. Este programa cuenta con siete estrategias, semejantes a las que se han implementado en todos los planes, programas o leyes del resto del mundo; sin embargo, es un programa joven, que debe evaluar y ajustar periódicamente cada una de sus estrategias y un reto central es promover factores sociales protectores intersectorialmente no solo para evitar las muertes por suicidio, sino para generar comunidades con una mayor calidad de vida que promuevan vidas con sentido.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre salud mental; 2022 [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>
2. World Health Organization (WHO). Suicide worldwide in 2019 [Internet]. World Health Organization, Geneva. 2021. 35 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve%0Ahttps://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
3. Instituto Nacional de Estadística Informática y Geografía. Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo, serie anual de 2010 a 2021. México: INEGI, 2023 [citado marzo 10, 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/app/tabula-dos/interactivos/?pxq=Salud_Mental_06_306e6294-db88-4feb-a0b5-1256fac3704d
4. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L. Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. 2023;65:110-6.
5. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: a global imperative. Ginebra: OMS, 2014.
6. Arenas, P. Comportamiento suicida en adolescentes. En: Reyes MA y Strosahl KD, editores. Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida. México: Manual Moderno; 2020. p. 155-170.
7. Secretaría de Salud. DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría

- de Salud. 29 de mayo de 2023. Diario Oficial de la Federación, 2023.
8. Naspro. Naspro [Internet]. Suizidpraevention.de. [citado el 21 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.suizidpraevention.de/>
 9. Federal Office of Public Health FOPH. Action plan on suicide prevention in Switzerland [Internet]. Admin.ch. [Consultado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>.
 10. Plataforma nacional para el estudio y la prevención del suicidio [Internet]. Plataforma nacional para el estudio y la prevención del suicidio. [Consultado el 21 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/>
 11. Suicide Prevention Australia. Suicide Prevention Australia [Internet]. Suicidepreventionaust.org. [Consultado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.suicidepreventionaust.org/>
 12. Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Yamada M. Implementation of gatekeeper training programs for suicide prevention in Japan: a systematic review. *Int J Ment Health Syst.* 2019;13(1). <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-018-0258-3>
 13. Korea - AstraZeneca Young Health Programme. Astrazeneca.com. <https://www.yhp.astrazeneca.com/programmes/korea.html>
 14. Accueil - Centre de prévention du suicide de Québec [Internet]. Centre de prévention du suicide de Québec. <https://www.cpsquebec.ca/en/>
 15. Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis [Internet]. Fcc.gov. <https://www.fcc.gov/linea-988-de-prevencion-del-suicidio-y-crisis>
 16. Bustamante F, Florenzano R. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura Suicide prevention programs for adolescents in schools: a review [Internet]. Scielo.cl. [Consultado el 15 de octubre de 2023].
 17. Ministerio de Salud pública. (2021). Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP ESTRATEGIA NACIONAL_PREVENCION_SUICIDIO_2021_2025.pdf
 18. Prevención del suicidio. Argentina.gob.ar. 2019. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/salud/prevencion-del-suicidio>
 19. Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. Sitio web del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. <http://www.consame.salud.gob.mx/pronaps.html>.
 20. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, DC: HSS; OPS; OMS; 2010. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
 21. Arenas-Landgrave P, Hermsillo-de-la-Torre, AE., Vázquez-García A., Reyes-Ortega M.A., Arenas-Castañeda PE., Tejadilla-Orozco DI., Espinoza-Méndez P., Molina-López A., Molina-Pizarro C. A. y Malo HM. Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: articulando los servicios de salud en México. Enseñanza e Investigación en Psicología.2023 <https://revistacneip.org/index.php/cneip/issue/view/18>
 22. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. 16 de mayo de 2022. Diario Oficial de la Federación, 2022.
 23. Secretaría de Salud. Consejo Nacional de Salud. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/consejo-nacional-de-salud>.
 24. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/campana-nacional-contra-las-adicciones-en-tiempos-de-covid-19-y-salud-mental>.
 25. Secretaría de Salud. Formación Especializada para el Abordaje del Comportamiento Suicida. <http://consame.salud.gob.mx/formacion.html>.
 26. Secretaría de Salud. Cubos Dinámicos. Sitio web del Sistema Nacional de Información Básica en Salud. <https://sinba.salud.gob.mx/CubosDinamicos>.
 27. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Telementoría en Salud Mental y Adicciones. <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/programa-nacional-de-telementoria-en-salud-mental-y-adicciones-281302>.
 28. Secretaría de Salud. Brigadas Comunitarias en Salud Mental. Sitio web del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. <https://www.gob.mx/salud/documentos/brigadas-comunitarias-en-salud-mental>.
 29. Secretaría de Salud. Grupos de Apoyo Emocional del PRONAPS. Sitio web del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. <https://www.gob.mx/salud/documentos/grupos-de-apoyo-emocional-del-pnps>.
 30. Secretaría de Salud. Gestión de Casos del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. Sitio web del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. <https://www.gob.mx/salud/documentos/gestion-de-casos-del-programa-nacional-para-la-prevencion-del-suicidio>.
 31. Secretaría de Salud. Programa Nacional para la Prevención del Suicidio: Código 100. Sitio web del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. <https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100>.
 32. Secretaría de Salud. Programa de detección temprana y atención de la salud mental para médicos internos de pregrado y pasantes de servicio social de medicina. Sitio web del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-deteccion-temprana-y-atencion-de-la-salud>



- mental-para-medicos-internos-de-pregrado-y-pasantes-de-servicio-social-de-medicina. Accedido el 14 de julio de 2023.
33. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(7): 579–88.
 34. White J. What can critical suicidology can do? *Death Stud*. 2017;41 (8):472–80.
 35. Jenkins TA, Robison M, Joiner TE. Dehumanization and mental health: clinical implications and future directions. *Curr Opin Behav Sci*. 2023;50:101257. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101257>



<https://doi.org/10.18233/apm.v45i1S.2872>

Propuesta de Protocolo de Atención para niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio

Proposal for a Care Protocol for children and adolescents with suicide attempts.

Abigail Casas Muñoz,¹ Ángel Eduardo Velasco Rojano,¹ Aarón Rodríguez Caballero,¹ Arturo Loredó Abdalá,¹ León Felipe Mendoza Vega,² Eduardo Cázarez Ramírez,² María Fernanda Rivera Valaguez³

Definición

El suicidio consumado es el acto de poner fin intencionalmente a la propia vida. Las conductas suicidas o pensamientos y conductas suicidas no fatales son: a) ideación suicida, pensamientos sobre quitarse la propia vida; b) plan de suicidio, con la elaboración de un método detallado para suicidarse y c) intento de suicidio, realizar una conducta autolesiva con intención de morir. La autolesión no suicida, se distingue de la conducta suicida porque la persona no intenta morir (p. ej. auto cortarse).¹

Epidemiología

El suicidio se ha reconocido como un problema de salud pública en el mundo, con importantes repercusiones sociales y económicas.^{2,3} Afecta sobre todo a la población joven y ambos sexos, con mayor frecuencia de suicidios consumados en hombres y mayor proporción de intentos de suicidio en mujeres.

Durante 2022 en México, fue la cuarta causa de muerte en la población de 15 a 29 años⁴ y hubo un aumento en el pensamiento suicida y los intentos suicidas del 2020 al 2022 en la población adolescente.⁵ Entre los principales factores de riesgo se encuentran un intento de suicidio previo y los problemas de salud mental.

¹ Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia-Prevención (CEAVI-P), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Departamento de Urgencias, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

³ Residente de primer año de Pediatría, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: 22 de diciembre 2023

Aceptado: 11 de marzo 2024

Correspondencia

Ángel Eduardo Velasco Rojano
eduardorojanova@gmail.com
abycas.md@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Loredó-Abdalá A, Mendoza-Vega LF, Cázarez-Ramírez E, Rivera-Valaguez MF. Proposal for a Care Protocol for children and adolescents with suicide attempts. Acta Pediatr Mex 2024; 45 (Supl 1): S100-S104.



Aproximadamente el 24% de las personas que consuman un suicidio han tenido contacto con algún servicio de Salud Mental en el año previo a su muerte. La cuarta parte de ellos comete suicidio en los tres meses siguientes al egreso hospitalario con predominio en la primera semana, aunque la mayor parte de los suicidios ocurre al siguiente día del egreso y el 28.4% de los decesos por suicidio recibió tratamiento antes de cometerlo.⁶ La pandemia de COVID-19 parece haber promovido la aparición de síntomas internalizados (depresión y ansiedad) en la población adolescente, generando un incremento de solicitud de atención en los servicios de salud por conductas suicidas.⁷

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los intentos de suicidio en niñas, niños y adolescentes no son explícitos en la mayoría de los casos, hasta 61% acude por problemas no identificados (sin evidencia de autolesiones o por síntomas somáticos).⁸ Por lo que el personal de salud de primer contacto tendrá que sospechar esta problemática. En el **Cuadro 1** se enumeran los principales motivos de consulta en los que se debe sospechar.

ABORDAJE INTEGRAL

La atención integral de las conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes requiere la participación del personal de salud y sus familiares, es clave no dejar sola a la persona, restringir el acceso a medios de suicidio, valorar el nivel de riesgo y dar el seguimiento adecuado con un plan de seguridad al alta.⁹⁻¹² En la **Figura 1** se ejemplifican algunos riesgos físicos a los que puede estar expuesta una persona que ingresa al servicio de urgencias o es hospitalizado.

Proceso de atención clínica

Para facilitar el abordaje integral en los servicios de salud de primer contacto se propone un

proceso de atención (**Figura 2**) para disminuir la variabilidad de la intervención entre los diferentes profesionales y apegado a lineamientos internacionales.¹³

El proceso inicia con el reporte de un intento abortado o interrumpido, o bien con la sospecha por el motivo de consulta, el primer paso consiste en determinar si la persona está médicamente estable, si no es así, debe estabilizar a la persona sin dejarla sola en ningún momento y en la medida de lo posible en un espacio seguro (**Figura 1**). Si viene agresiva o agitada se requerirá una interconsulta con salud mental. Posteriormente, hay que tamizar el nivel de riesgo suicida con el cuestionario ASQ (validado en adolescentes; se encuentra en proceso de validación por los autores para su uso en adolescentes mexicanos; **Cuadro 2**). Si responde No a todas las preguntas, se termina el tamizaje y se sigue con atención sistémica. En caso de que responda que Sí a alguna pregunta o se reúse a contestarla se debe hospitalizar al adolescente o referirlo a un lugar donde pueda ser hospitalizado y valorado por un servicio de salud mental.

Suicidio e intento de suicidio en usuarios hospitalizados

El suicidio y el intento de suicidio en usuarios hospitalizados se considera un evento centinela, es decir, derivado de la atención sanitaria, se considera una alarma y obliga a la institución a dar respuesta inmediata. Se debe prestar especial atención a las condiciones del ambiente físico para reducir el acceso a los medios suicidas en las instituciones y vigilar a la persona en todo momento para evitar que existan otros intentos en un periodo de tiempo en el que la persona es vulnerable.¹⁴

Plan de seguridad al alta

Es importante hacer recordar que la persona con conductas suicidas será especialmente vulnerable

Cuadro 1. Motivos de consulta para sospechar conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes

<p>Por uso de medicamentos o sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> -Consumo de medicamentos (benzodicepinas, analgésicos, antidepresivos) -Consumo de sustancias (limpiadores, insecticidas, plaguicidas, combustibles, etc.) -Consumo de alcohol o sustancias -Sobredosis de medicamentos -Signos de envenenamiento o intoxicación -Tratamiento farmacológico antidepresivo -Cambios en la medicación o dosis de fármacos para padecimientos psiquiátricos -Desapego al tratamiento farmacológico crónico (p. ej. Diabetes, Insuficiencia Renal, etc.) 	<p>Por lesiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Accidentes vehiculares con participación directa del niño, niña o adolescente -Sangrado -Evidencia de una herida autoinfligida -Politraumatismos -Lesiones repetitivas o crónicas (p. ej. osteomielitis, alveolitis mandibular) -Quemaduras -Ahorcamientos -Caídas de altura -Lesiones por objetos punzocortantes o armas de fuego -Cortes en la piel -Golpes -Punciones -Arrancamientos de cabello o cejas -Combinación de lesiones
<p>Por alteraciones del estado neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Somnolencia -Confusión -Disminución del estado de alerta -Pérdida del conocimiento -Letargo extremo -Excitación motriz -Agresividad 	<p>Por problemas de salud mental-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia previa de intento suicida -Expresión manifiesta de planes autolesivos (planeación suicida) Idea de autolesión, muerte y/o suicidio (ideación suicida) -Signos de depresión -Desesperanza* -Síntomas psicóticos**
<p>Por alteraciones del estado del ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desinterés generalizado -Tristeza -Aislamiento y dificultad severa para vincularse afectivamente -Afecto plano*** -Poca cooperación con el personal de salud -Mala higiene personal 	<p>Por dolores o quejas inexplicables-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor crónico o de difícil control -Dolores inexplicables o no justificados Dolor de espalda -Malestares estomacales (dolor abdominal) -Náuseas y/o vómito -Cefalea,
<p>Por preocupación manifiesta</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preocupación del familiar o tutor -Intento suicida interrumpido o abortado (reportado por el mismo, paciente, el familiar o la persona que acompaña) 	<ul style="list-style-type: none"> -Sospecha del personal de salud

*Indica que ya no vale la pena vivir y que sus problemas no tienen solución.

**Alucinaciones visuales o auditivas, catatonía, ideas delirantes.

***No reacciona emocionalmente a nada.

durante una ventana de dos años después del intento y requerirá seguimiento frecuente y periódico para poder manejar el riesgo.¹³ Para poder dar de alta a una persona con conductas suicidas es necesario elaborar un plan de seguridad con el que mitigará los riesgos. Los planes de seguridad incluyen seis elementos: 1) ubicar el teléfono de servicios de emergencias para momentos de crisis,

2) ubicar los principales servicios de atención para salud mental, 3) revisar en la medida de lo posible como hacer de su casa un espacio seguro, 4) ubicar personas que brinden apoyo emocional y para el cuidado de la salud, 5) identificar actividades que funcionen como distracciones positivas, 6) identificar lugares agradables y seguros para distracciones positivas.^{10,12}

Hospitalización	Urgencias
Ambiente físico (factor más importante), falta de entrenamiento del personal, renuencia a imponer restricciones, vigilancia infrecuente (poco personal, sobrecarga de trabajo), egreso prematuro	Acceso a insumos médicos (tubo para oxígeno, bolsas, vendas, ropa de cama, cinturones, medicamentos), poca vigilancia, estigmas, falta personal capacitado, subestimar el riesgo de suicidio

Figura 1. Riesgos potenciales en las áreas.

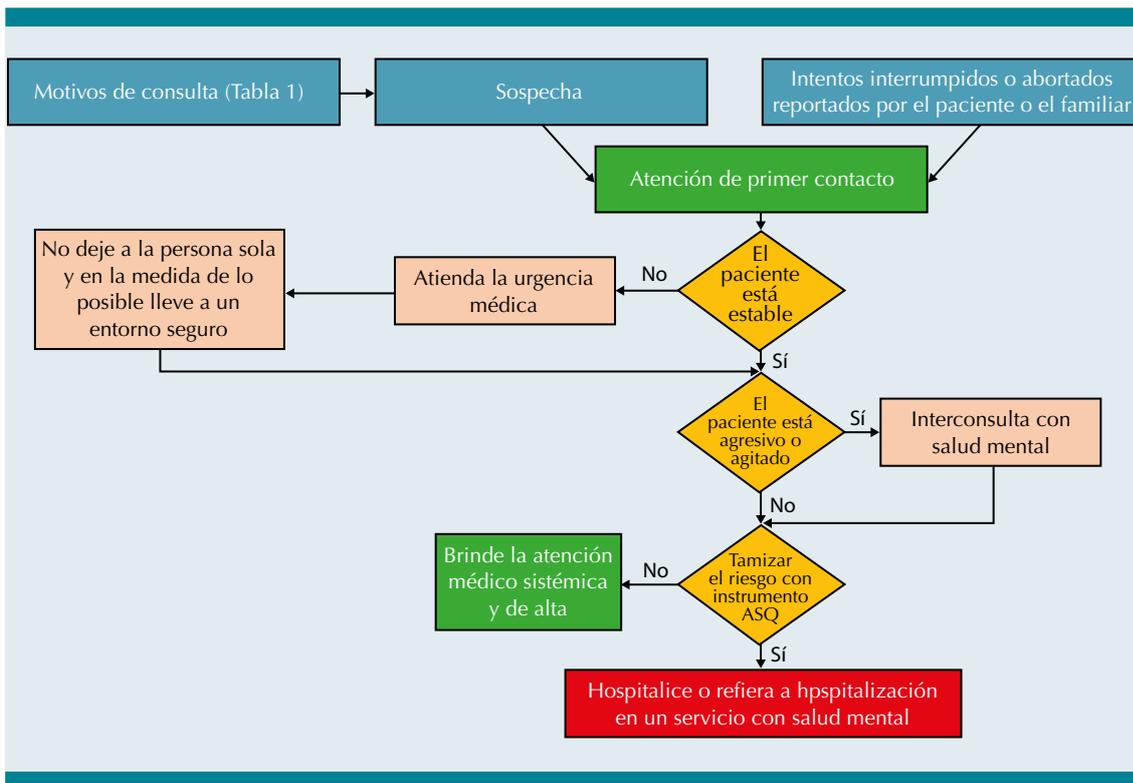


Figura 2. Propuesta de Protocolo de Atención para niñas, niños y adolescentes con intento de suicidio.

Cuadro 2. Cuestionario ASQ

Preguntas de tamizaje

1. En las últimas semanas ¿has deseado estar muerto?
2. En las últimas semanas ¿ha pensado que tú o tu familia estarían mejor si estuvieras muerto?
3. En la última semana ¿has pensado en suicidarte?
4. ¿Una vez has intentado suicidarte?
5. ¿En este momento estás pensando en suicidarte?

Opciones de respuesta: Sí/No/No quiero contestar

REFERENCIAS

1. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):133–54.
2. WHO. Suicide. 2021.
3. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Direct medical costs of suicide attempts by patients in Columbia's Antioquia Mental Hospital. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2020;42:1–8.
4. INEGI. Comunicado De Prensa Núm. 503/22 Estadísticas a Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio. 2022.
5. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2022. 324 p.
6. Juárez-Aranda SO. El suicidio como problema de salud mental. *Psiquis*. 2016;25(5):37–48.
7. Bera L, Souchon M, Ladsous A, Colin V, Lopez-Castroman J. Emotional and Behavioral Impact of the COVID-19 Epidemic in Adolescents. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(1):37–46.
8. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L. Conducta suicida en México : análisis comparativo entre población adolescente y adulta. 2023;65:110–6.
9. Colegio Profesional de Psicología de Aragón, Teléfono de la Esperanza, Asociación de Periodistas de Aragón, Asociación Nacional de Informadores de la Salud. Guía informativa para la detección y prevención del suicidio [Internet]. 2019. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803&L=0>
10. Servicios de Atención Psiquiátrica SAP, Institutos Nacionales de Salud Hospitales de Alta Especialidad, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Guía para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. Ciudad de México; 2020.
11. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 1st ed. Vol. 1, Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. 1–147 p.
12. Rueda López F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. Servicio Andaluz de Salud. 2010. Available from: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
13. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme, World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-Specialized health settings : mental health gap action programme (mhGAP). 164 p.
14. Olivera Cañadas G, Cañada Dorado A, Drake Canela M, Fernández-Martínez B, Ordóñez León G, Cimas Ballesteros M. Identificación de eventos centinela en atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017;32(5):269–77.

Normas para autores

Acta Pediátrica de México es el órgano oficial del Instituto Nacional de Pediatría, una publicación bimestral que tiene como propósito fundamental la divulgación de evidencia científica y de información generada como producto de investigación original básica, clínica, epidemiológica y social en el campo de la pediatría, que permita generar y mejorar los modelos de atención a la salud durante la infancia y la adolescencia.

Los tipos de artículos que se publican son: **Artículos originales, Casos clínicos y revisión de la literatura, Artículos de Revisión, Criterios pediátricos, Editoriales.**

ESPECIFICACIONES GENERALES DE SECCIÓN:

Artículo original: En esta sección se publican resultados de proyectos de investigación básica, clínica, epidemiológica en el campo de la pediatría, cuyo contenido no haya sido publicado en otros medios (impresos o electrónicos). La extensión de los artículos no deberá exceder de las **4,000 palabras** y contar con **máximo 5 ilustraciones, cuadros o gráficos.** **Especificaciones particulares**

Casos clínicos y revisión de la literatura: En esta sección se publican aquellos casos que por su actualidad, tema, diagnóstico, tratamiento y resolución, presenten una línea relevante, poco explorada u original en el ámbito de la pediatría y además aporten una revisión de la literatura médica actual. **El número de palabras no deberá exceder de 2,000** ni contar con más **5 ilustraciones, cuadros o gráficos.** **Especificaciones particulares**

Artículo de revisión: Se evaluará cualquier artículo de este tipo que sea sometido al comité, pero sólo se publicarán aquellos que por su calidad editorial, actualidad e importancia en el campo de la pediatría se consideren de valor excepcional. **El número de palabras no deberá exceder de 6,000** ni contar con más **3 ilustraciones, cuadros o gráficos.** **Especificaciones particulares**

Criterios pediátricos: En esta sección se publicarán artículos breves (**1500 palabras máximas**) cuya finalidad sea otorgar al pediatra de primer contacto (medicina aplicada en el consultorio) los conocimientos y habilidades indispensables para el reconocimiento, abordaje diagnóstico inicial, diferenciales, tratamiento y motivos de referencia de las patologías que más frecuentemente afectan a la niñez mexicana. Así como recomendaciones de atención y de infraestructura relacionados con el quehacer profesional del pediatra. **Especificaciones particulares**

Editorial: Los textos publicados serán por invitación expresa del Comité Editorial de *Acta Pediátrica de México* y se deberá procurar no exceder de **1,000 palabras.** Se recibirán artículos editoriales que se sometan en forma espontánea; sin embargo, la aceptación de estos se hará a criterio del Editor en Jefe de la revista.

REGISTRO DE ARTÍCULO

Para someter un manuscrito a revisión por pares, el autor deberá registrarse en la plataforma OJS de APM:

<https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/user/register>

Una vez que tenga su nombre de usuario y contraseña deberá de seguir los pasos que se señalan en la plataforma. Es importante mencionar que con el fin de generar mayor impacto de sus artículos, *Acta Pediátrica de México* les pide a sus autores que envíen su **texto en español e inglés;** de no contar con la versión en este último idioma, el artículo será sometido de igual forma.

LINEAMIENTOS GENERALES DE TEXTOS

Manuscrito: archivo en formato .doc o .txt

Letra: Arial 12 puntos

Interlineado: 1.5 espacio

Márgenes: superior e inferior 2 cm, derecho e izquierdo 3 cm.

A. Título. Descripción sintetizada (no mayor a 85 caracteres) del artículo que permita que la consulta electrónica del artículo sea sensible y específica.

Título en inglés: traducción fiel al inglés del título en español.

Título corto (no mayor de 40 caracteres).

B. Información sobre el autor o autores. Debe escribirse el nombre y apellidos completos de cada autor iniciando por el nombre. Con número (en supraíndice) a lado del último apellido, se debe de indicar su adscripción, especificando claramente el nombre del (los) departamento(s) o servicio(s) e institución(es) donde el artículo fue desarrollado. Se deberá incluir la información completa de contacto del autor de correspondencia.

C. Exención(es) de responsabilidad. Texto en el que el autor informa claramente que los hallazgos, opiniones o puntos de vista contenidos en el artículo son particulares al autor(es), y no como resultado de una posición oficial de la Institución donde labora o de la institución que financió la investigación.

D. Financiamiento. Esto incluye becas, equipo, fármacos y cualquier otro apoyo que se haya recibido para realizar el trabajo descrito en el artículo o para la redacción del mismo.

E. Número de palabras. Debe informarse el número de palabras que conforman el artículo sin incluir el resumen, agradecimientos, leyendas de tablas y figuras ni referencias.

F. Número de figuras y cuadros. Deberá informarse el número y título(s) de las figuras y cuadros que serán incluidas en el texto independientemente que se manden en archivo adjunto.

G. Declaración de conflictos de interés. Informar si el autor(es) forma(n) parte de un comité asesor de una compañía farmacéutica, o recibe(n) o ha(n) recibido, algún apoyo económico de una fuente comercial para realizar el artículo que está siendo sometido para evaluación.

H. Resumen: En los artículos originales, casos clínicos y artículos de revisión el resumen **no deberá de ser mayor a 250 palabras** y deberán estar estructurados según sea el caso:

Artículo original: Introducción/ Objetivo/ Materiales y métodos/ Resultados/ Conclusiones.

Casos clínicos y revisión de la literatura: Introducción/ Presentación de caso / Conclusiones

Artículos de revisión: Introducción/ objetivo / relevancia

EL resumen en todos los casos **no deberá exceder las 250 palabras**, contener referencias y si utilizan abreviaturas deberán ser apropiadamente presentadas en el texto previo a su uso. Los criterios pediátricos y editoriales no llevan resumen.

I. Palabras clave: se recomiendan 3 a 6 palabras que describan los aspectos principales de la investigación. Se sugiere a los autores buscar los términos en la base de datos de Descriptores Clínicos en Salud, así como términos en inglés presentes en el diccionario de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, conocidos como *Medical Subject Headings* (MeSH).

J. Título en inglés: deberá ser traducción fiel del título en español. **Abstract:** deberá ser traducción fiel del resumen en español. **Key Words:** deberán ser traducciones fieles de las palabras en español.

K. Cuerpo de texto: Un manuscrito con faltas de ortografía, referencias mal citadas, ideas sin conexión, entre otros errores comunes, reflejan el poco cuidado que se tuvo al escribirlo y puede considerarse representativo de la investigación realizada, por lo que pedimos revisar su manuscrito antes de enviarlo.

L. Referencias: Las referencias deben ser **numeradas consecutivamente** conforme aparecen en el texto y deben identificarse con números arábigos en supraíndice. Las referencias que son citadas solamente en tablas o figuras deberán ser numeradas de acuerdo con la secuencia establecida de aparición en el artículo.

Se debe ocupar el **sistema de La Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos**, disponibles en: <http://www.ncbi.nlm>

nih.gov/books/NBK7256/ y los títulos de las revistas deben ser abreviados con el estilo utilizado por Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals). En caso de artículos con más de 6 autores, se deberán citar sólo los primeros 6 autores como se indica en el siguiente ejemplo:

Hallal AH, Amortegui JD, Jeroukhimov IM, Casillas J, Schulman CI, Manning RJ, *et al.* Magnetic resonance cholangiopancreatography accurately detects common bile duct stones in resolving gallstone pancreatitis. *J Am Coll Surg.* 2005;200(6):869-75.

- M. Figuras y/o cuadros:** mencionar consecutivamente con número arábigo en el texto (i.e. figura 1), como figuras o cuadros. Insertarlas al final del texto y después de las referencias bibliográficas. En el caso de las figuras se deben anexar en una carpeta electrónica en formato .jpg o .tiff, con resolución mínima de 72 dpi. Los cuadros deben estar en formato editable (Excel y/o Word).

PROCESO EDITORIAL

Los manuscritos aceptados para revisión son sometidos a una primera revisión técnica, en la cual se examina la estructura general del artículo; posteriormente es revisado por el editor en jefe, así como los editores asociados y de sección, los cuales evalúan el contenido y relevancia del artículo. En este filtro se hacen algunas observaciones al autor y una vez aprobado el contenido del artículo se envía a revisión por pares, los cuales son expertos en la especialidad del artículo y evalúan el artículo; éstos sugieren cambios al autor y una vez realizados el artículo se aprueba para publicación y asignación de número en el que aparecerá. El tiempo estimado de publicación es de 4 meses.

Recepción del manuscrito →	Revisión técnica (5 días hábiles) →	Revisión editorial (10 días hábiles) →
Correcciones por parte del autor (10 días hábiles) →	Revisión por pares (15 días hábiles) →	Correcciones por parte del autor (10 días hábiles) →
Re revisión por pares (10 días hábiles) →	Aprobación editorial (10 días hábiles)	Programación de edición.

Nota: En todos los casos, los tiempos señalados son aproximados. Aquellos autores que dejen de enviar sus revisiones por **más de 15 días hábiles (3 semanas)** tendrán que someter su manuscrito de nueva cuenta.

ASPECTOS LEGALES Y DERECHOS DE AUTOR

Todos los trabajos sometidos para ser publicados en *Acta Pediátrica de México* deben ser inéditos y originales y no estar participando para su publicación en otra revista, mientras se encuentran bajo evaluación del Comité Editorial de *Acta Pediátrica de México*. Todos los trabajos serán publicados con pleno conocimiento de los autores.

Al someter un artículo para publicación, el (los) autores ceden a *Acta Pediátrica de México*, todos los derechos patrimoniales sobre el artículo en cuestión, a fin de que ésta lo edite, publique, reproduzca, difunda, comercialice, traduzca o autorice su traducción a cualquier idioma. Los derechos transferidos incluyen la publicación del artículo por cualquier medio, sea éste impreso, magnético o electrónico, o por cualquier otro soporte o medio de difusión que exista o pueda crearse en el futuro, así como la realización de publicaciones mediante la concesión de licencias totales o parciales a terceros.

Acta Pediátrica de México se reserva todos los derechos patrimoniales de los artículos aceptados para su publicación. No está permitida la reproducción total o parcial del material publicado en la revista, sin contar con la autorización expresa, por escrito del Editor en Jefe de la revista.

Cualquier punto no especificado en el presente documento, por favor comunicarse vía correo electrónico a: editor@actapediatrica.org.mx

Especificaciones Particulares de sección:

ARTÍCULOS ORIGINALES

A continuación, se enlistan los diferentes tipos de estudios que pueden ser motivo de un manuscrito para publicación en *Acta Pediátrica de México* como *Artículo Original*. Junto al tipo de estudio y entre paréntesis se sugiere una guía para el apropiado reporte de dichas investigaciones. Estas guías son declaraciones desarrolladas por expertos en metodología y en un esfuerzo de mejorar la calidad de los reportes de dichas investigaciones, muchas de ellas han sido apropiadamente validadas, y son respaldadas por la mayoría de revistas de alto impacto, así como colaboraciones de reconocimiento internacional.

Meta-análisis

- De ensayos clínicos (**PRISMA**)
- De pruebas diagnósticas (**PRISMA**)
- De estudios observacionales (**MOOSE**)
- De investigación cualitativa (meta-agregación) (**QARI**)

Revisión sistemática

- De ensayos clínicos (**PRISMA**)
- De estudios observacionales (**MOOSE**)
- De investigación cualitativa (**QARI – EPPI**)

Estudios experimentales

- Ensayo clínico doble ciego placebo controlado [ECA-DCPC (DBPC-CT)] (**CONSORT**)
- Cuasi-experimental (**TREND**)
- Antes y después (**TREND**)
- Ensayo clínico abierto (**TREND**)

Estudios observacionales

- Casos y controles (**STROBE**)
- Cohortes (**STROBE**)
- Descriptivos (series de casos) (**CARE**)

Además de cumplir con las Guías de Estilo de *Acta Pediátrica de México*, se solicita a los autores cumplir con los puntos listados en la guía correspondiente, se sugiere al autor familiarizarse con la red “equator” (Enhancing the Quality an Transparency Of Health Research), <http://www.espanol.equator-network.org/>, en donde se encuentran las principales guías para reportar/publicar investigaciones apropiadamente.

CASOS CLINICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

En esta sección se publican aquellos casos que por su actualidad, tema, diagnóstico, tratamiento y resolución, presenten una línea relevante, poco explorada u original en el ámbito de la pediatría. Se solicita a los autores que además de cumplir con las Guías de Estilo de *Acta Pediátrica de México*, los autores revisen las Guías “CARE” disponibles en www.CARE-statement.org

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se evaluará cualquier artículo de este tipo que sea sometido al comité, pero sólo se publicarán aquellos que por su calidad editorial e importancia en el campo de la pediatría se consideren de valor excepcional. Se solicita a los autores que además de cumplir con las Guías de Estilo de *Acta Pediátrica de México* revise la estructura sugerida:

Introducción: establecer con claridad el tema en revisión (concepto, importancia, frecuencia) y la forma en la que se va a discutir en el artículo.

Objetivo: proporcionar al pediatra lector un artículo referente con respecto a los conocimientos científicos y clínicos con respecto a **tema de revisión**. Desde un punto de vista crítico, actual y completo. Se sugiere a los autores incluir un cuadro con breves mensajes/puntos importantes que la audiencia deberá consolidar al finalizar la lectura del artículo.

Cuerpo del artículo:

Estructura lógica, coherente y clara para la audiencia.

Asegurarse de que el lector tenga un panorama de la estructura del artículo desde el principio.

Tres propuestas sugeridas:

Organización cronológica – desarrolla la discusión de los artículos considerados por el autor en orden cronológico. Permitiendo conocer y discutir el proceso de la generación del conocimiento desde sus bases, hasta las interrogantes en investigación actual.

Organización por áreas de estudio (temática o por tópicos) – desarrolla la discusión por segmentos o categorías, mencionando los artículos más relevantes y actuales del tema en revisión, permitiendo realizar contrastes, comparaciones, áreas de investigación actual, interrogantes, etc...

Organización en “pirámide invertida” – se inicia una discusión general del tema con una perspectiva amplia, y el autor se introduce poco a poco a temas más específicos y que se enfocan cada vez las principales preguntas que el autor quiere discutir.

Es importante que los artículos que se citen en la revisión se vinculen entre ellos y que den sentido a la revisión. Resumiendo en medida de lo posible, el estado actual del conocimiento del tema en revisión. Es importante hacer notar las fortalezas, debilidades y omisiones de la literatura. También es importante que el o los autor(es) den su punto de vista crítico y si es pertinente la experiencia que han tenido en su vida profesional.

Conclusiones: el o los autores deberán de ser capaces de sintetizar los puntos más importantes de la revisión. Los conceptos más sólidos, y las directrices de los aspectos discutidos en el cuerpo del manuscrito.

Futuras investigaciones: el o los autores deberán ser capaces de dar a conocer los huecos del conocimiento que actualmente están siendo investigados y futuras preguntas de investigación. Dar un panorama de lo que se aproxima con respecto al tópico en revisión.

CRITERIOS PEDIÁTRICOS

En esta sección sólo se publicarán aquellos manuscritos que sean solicitados por el Comité Editorial de *Acta Pediátrica de México*, de acuerdo a una planeación anual que será a dada a conocer en el primer número de cada año.

Objetivo – otorgar al pediatra de primer contacto (medicina aplicada en el consultorio) los conocimientos y habilidades indispensables para el reconocimiento, abordaje diagnóstico inicial, diferenciales, tratamiento y motivos de referencia de las patologías que más frecuentemente afectan a la niñez mexicana. Así como recomendaciones de atención y de infraestructura relacionados con el quehacer profesional del pediatra. En un máximo de 1000 palabras.

Criterios pediátricos de Enfermedad:

Nombre y concepto de la enfermedad: incluir sinonimia, nombres inapropiados comúnmente usados y el nombre aceptado.

Aspecto epidemiológico:

Frecuencia / prevalencia / incidencia: datos internacionales y de haber disponibles en México.

Edad de presentación: cuales son los picos de presentación y/o diagnóstico (en caso de ser congénita).

Sexo más afectado.

Comorbilidades asociadas y qué hay que buscar: frecuentemente la presencia de una enfermedad se asocia con otra, o con la existencia de complicaciones existentes al momento del diagnóstico.

Presentación clínica: cuáles son las formas de presentación más comunes, y si es pertinente dividir por edades los cuadros clínicos. Si existen triadas, pentadas etc... características...

Abordaje diagnóstico sugerido: cuál es el algoritmo diagnóstico recomendado (en ocasiones se presta para un diagrama de flujo, en otras a una lista de procesos).

Diagnóstico diferencial (3 patologías más importantes): mencionar los principales diferenciales, así como aquellos puntos clave que permiten realizar el diferencial.

Tratamiento: generalidades del tratamiento (grupos de intervención, grupos de medicamentos).

Cuando referir y a quién referir: que especialista debe valorar al paciente, ¿en qué momento?

Seguimiento: qué estudios y valoraciones y con qué frecuencia hay que solicitar.

Criterios pediátricos de estándares de atención e infraestructura:

Escenario de la atención: ubicar los sitios más frecuentes donde se presta el servicio/atención. (Consultorio / hospitalización / urgencias / terapia intensiva / comunidad / quirófano).

Generalidades: dar un panorama de las necesidades de atención/infraestructura.

¿Qué tan frecuente se requiere esta atención / infraestructura?

Principios básicos de la atención / infraestructura.

Propuesta de atención/infraestructura:

¿Cuál es el flujo de evaluación/proceso ideal para llevar a cabo la atención / infraestructura?, ¿qué modalidades existen?, ¿qué ventajas / desventajas – fortalezas / debilidades tiene la atención / infraestructura?, ¿quién y en qué momento debe estar involucrado en la atención / infraestructura? Puntos clave a recordar.

Dificultades:

¿Cuáles suelen ser las causas que dificultan el lograr una correcta atención / infraestructura?, ¿qué complicaciones o problemáticas pueden derivarse de la atención / infraestructura?

Puntos a explorar:

¿Qué hace falta para mejorar la atención / infraestructura lograda al día de hoy?

Criterios pediátricos de interpretación de estudios:

Marco teórico del estudio: concepto de la prueba, generalidades de la técnica y requisitos de las muestras a obtener.

Indicaciones clínicas: cuando está indicado dicho estudio.

Valores de referencia por edad: preferentemente un cuadro informativo con los valores (siempre acotar la referencia pertinente).

Factores que alteran el resultado: aquellos medicamentos, o factores externos al paciente, que pueden alterar los resultados de la prueba.

Interpretaciones en patologías más frecuentes: cuáles suelen ser las anomalías más frecuentemente encontradas, y que orientan a patologías o estados específicos.

Modificaciones de las pruebas en base a tiempo, tratamiento: ¿son pertinentes para seguimiento?, ¿son susceptibles de sufrir modificaciones en base al tiempo en el que son tomadas?

Criterios pediátricos de habilidades clínicas:

Sistema a explorar: respiratorio, gastrointestinal, neurológico, etc...

Instrumentos necesarios para la exploración: en caso de ser una exploración armada (generalidades del instrumento a utilizar).

Técnicas: esquemas e instrucciones precisas concisas y claras.

Valores o puntos de referencia: preferentemente en cuadros.

Esquemas ilustrativos de puntos clave: figuras representativas de aspectos técnicos.

Interpretación de anomalía: orientación clínica con respecto a resultados anormales, puntos de inicio de abordaje diagnóstico, referencia, hospitalización, conductas clínicas específicas al identificar anomalías, estudios a solicitar en base a la sospecha clínica derivada de la exploración.