

Capítulo 6 Riesgo suicida en adolescentes de secundaria: Su relación con cohesión y adaptación familiar en Tlaxcala

Chapter 6 Suicide risk in secondary school adolescents: Its relation to cohesion and family adaptation in Tlaxcala

QUITL-MELÉNDEZ, María Mónica Anastacia*†, NAVA-ERNULT, Alejandra y JIMÉNEZ-CANSECO, Sacnité

Universidad Autónoma de Tlaxcala

ID 1^{er} Autor: *María Mónica Anastacia, Quitl-Meléndez* / **ORC ID:** 0000-0002-1060-6896

ID 1^{er} Coautor: *Alejandra, Nava-Ernult* / **ORC ID:** 0000-0002-0656-3256

ID 2^{do} Coautor: *Sacnité, Jiménez-Canseco* / **ORC ID:** 0000-0002-6082-4533

DOI: 10.35429/H.2020.5.2.112.121

M. Quitl, A. Nava y S. Jiménez

maquitl4@hotmail.com

A. Marroquín, J. Olivares, L. Cruz y A. Bautista. (Coord) Educación. Handbooks-©ECORFAN-Mexico, Querétaro, 2020.

Resumen

La presente investigación tiene por objetivo analizar la relación de riesgo suicida, cohesión y adaptación familiar en adolescentes de secundaria en Tlaxcala. Los participantes fueron 50 adolescentes de 12 a 14 años; 28 mujeres y 22 hombres. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA) en línea de Hernández y Lucio (2011); que consta de 50 reactivos y tres subescalas: ideación e intencionalidad suicidas; depresión y desesperanza; ausencia de circunstancias protectoras; así como el índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida. La Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), confiabilizada y validada en México por Ponce, Gómez, Terán, Irigoyen y Landgrave (1999- 2002), con un Alfa de Cronbach de .70. Los resultados mostraron que riesgo suicida se relacionó negativa y significativamente con cohesión ($r = -.599^{**}$ $p < .001$), pero no con adaptación ($r = -.262$ $p < .058$). Se concluye que la familia es un factor de protección para evitar el riesgo suicida.

Riesgo suicida, Adaptación, Cohesión, Adolescente

Abstract

The objective of this research is to analyze the relationship of suicide risk, cohesion and family adaptation in secondary school adolescents in Tlaxcala. The participants were 50 adolescents from 12 to 14 years old; 28 women and 22 men. The instruments used were: the *Suicide Risk Inventory for Adolescents* (IRISA) online by Hernández and Lucio (2011); consisting of 50 items and three subscales: suicidal ideation and intent; depression and hopelessness; absence of protective circumstances; as well as the index of psychological distress associated with suicide risk. The Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale (FACES III), trusted and validated in Mexico by Ponce, Gómez, Terán, Irigoyen and Landgrave (1999-2002), with a Cronbach's Alpha of .70. The results showed that suicide risk was negatively and significantly related to cohesion ($r = -.599^{**}$ $p < .001$), but not with adaptation ($r = -.262$ $p < .058$). It is concluded that the family is a protection factor to avoid suicide risk.

Suicide risk, Adaptation, Cohesion, Adolescent

6. Introducción

El suicidio es considerado un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) menciona que 800 mil personas se suicidan al año y es considerada como la segunda causa de muerte en los grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y de 25 a 29. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) menciona que, en México, esta tendencia se mantiene, reporta que ocurre mayormente en hombres que, en mujeres, cuya escolaridad fue del 33.3% con secundaria completa y 30.2% con primaria terminada. La mayoría de los suicidios se comenten en viviendas particulares (76.3%) y el método es por ahorcamiento (80.3%). Sin embargo, se ha observado un incremento en poblaciones entre 10 y 17 años. De 2008 a 2018 se registraron al menos 52 suicidios infantiles (Valadez y López, 2020).

De acuerdo con Chávez (como se citó en Valadez y López, 2020), en el menor, existe un lazo con las redes sociales que los incitan, a través de juegos, a efectuar autolesiones. Por ello, el INEGI (2019) señala que los jóvenes son más vulnerables a tener un comportamiento suicida, lo que se debe, principalmente, a que hay características biológicas, psicológicas y sociales muy específicas que experimentan y que los llevan a padecer mayores dificultades emocionales. Ante esto, la Asociación Psiquiátrica Mexicana (como se citó en Valadez y López, 2020), menciona que las generaciones de 12 a 17 años enfrentan más problemas de salud mental: 16.6% presentan ansiedad, 10.48% problemas de afecto; 8.63% abusan de sustancias como alcohol y drogas, 4.47% tienen conductas disruptivas o de tipo antisocial, 1.02% trastornos de alimentación. La base de las enfermedades mentales se asocia no sólo con causas personales, sino que también socioculturales que influyen en el comportamiento de las personas.

Por tanto, el comportamiento suicida como problema epidemiológico-social está ligado a una serie de agentes sociodemográficos, socioambientales, psicológicos y biológicos que predisponen al individuo. Es así que la familia, como unidad social, constituye la base fundamental para el crecimiento físico, psicológico y social de todo individuo que va transformándose a través del tiempo.

De acuerdo a Minuchin (1992) las funciones de la familia sirven a dos objetivos: uno interno, la protección psicosocial a sus miembros; otro externo, la acomodación a una cultura. Todo subsistema familiar posee funciones específicas a sus miembros y es en él que se logra el desarrollo de habilidades interpersonales, por lo que ocupa ser protegido de la interferencia por parte de los otros subsistemas (líneas de autoridad y de responsabilidad).

De tal manera, la familia juega un papel esencial para el establecimiento de un sistema saludable donde el adolescente configure hábitos y comportamientos. Se asume como funcionalidad familiar la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa; Uribe et al., (como se cita en Vélez y Betancurth, 2016) comprenden que el funcionamiento familiar, se convierte en un aspecto clave durante la adolescencia y la constitución del apoyo social percibido, debido a que es una etapa en donde se enfrenta a intensos cambios que inciden en su propio comportamiento.

Ante ello, Paniagua, González y Rueda (2014) en Colombia, mostraron que existe asociación del riesgo de orientación suicida en un adolescente escolarizado con la acumulación de tensiones en la familia, escasa búsqueda de apoyo, mal funcionamiento familiar, vulnerabilidad en valores morales y la presencia de sintomatología depresiva. Por su parte, en Cuba, Alvarez, Camilo, Barceló, Sánchez y Fajardo (2017) encontraron en adolescentes quienes atentaron contra sus vidas, que los principales factores predisponentes fueron: antecedentes familiares hereditarios, violencia domiciliaria, así como trastornos de conducta y depresión.

En un estudio realizado por Piedrahita, García, Mesa y Rosero (2011) quienes identificaron en un grupo de niños y adolescentes hospitalizados en Colombia y en su grupo familiar, factores protectores, sobre todo en valores y creencias y roles-relaciones, y factores de riesgo en los patrones percepción-manejo de la salud y tolerancia-enfrentamiento al estrés, relacionados con el intento de suicidio. Por otro lado, Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006) mostraron en estudiantes entre 15 y 24, que, en la prevalencia de vida, la mayoría presentó deseos pasivos de morir, la prevalencia de ideación suicida fue mayor en el último año, las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar desligada y separada, además de antecedentes familiares de intento suicida y el hecho de vivir solo.

Es así que, Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez y Durán (2011) identificaron en adolescentes de 10 a 19 años la existencia de asociación del intento de suicidio con deseos de hacerse daño, elaboración de planes anteriores para cometer dicho acto, presencia de desesperanza, maltrato físico, disputa, desconfianza y malas relaciones con los padres, antecedentes familiares de suicidio y enfermedad psiquiátrica, sentirse atormentado, y problemas con la pareja, entre otros. A su vez, Aguirre-Florez, Cataño-Castrillón, Constanza, Marín-Sánchez, Rodríguez-Pabón, Rosero-Pantoja, Valenzuela-Díaz y Vélez-Restrepo (2014) encontraron niveles de riesgo suicida en estudiantes de bachillerato en Colombia, sobresaliendo la depresión y la disfuncionalidad familiar como factores asociados. Un hallazgo importante fue que el acoso entre pares aumenta en gran proporción el riesgo suicida.

Por su parte, Di Rico, Paternain, Portillo y Galarza (2016) mostraron que la experiencia de soledad y el apoyo social de padres, y de compañeros de clase, exhiben las asociaciones de mayor magnitud con riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados en Argentina. En tanto, Vélez y Betancurth (2016) mostraron que en la adolescencia el funcionamiento familiar se relaciona directamente con el puntaje de las dimensiones afectivas de los estilos de vida de los adolescentes escolarizados en Colombia. Por su parte, González, Criado, Araque, Cala, Smith, Jiménez, Salazar y Sierra (2011) demostraron que la efectividad de la funcionalidad familiar fue baja en el 60,9% de las familias, debido a que presentaron dificultades en su estabilidad y crecimiento familiar con la persona que ha intentado suicidarse

Diferentes autores y estudios demuestran que la función afectiva familiar es una forma de proteger la salud familiar integral, cuando los padres o adultos ejercen la disciplina consistente y el apoyo emocional, los adolescentes tienen menos problemas y se alejan de conductas riesgosas que se caracterizan por amenazar su desarrollo personal, su salud y sus roles sociales. Por tanto, la familia como fuente de apego durante esta etapa, se convierte en un contexto cohesivo que mitiga los factores y las situaciones de riesgo para esta población que atraviesa complejos cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, propios de esta etapa y por tanto deben ser comprendidos y sorteados en el entorno familiar.

De tal manera, Olson (1991) distingue cinco funciones básicas que son realizadas por todas las familias: Apoyo mutuo, autonomía e independencia, reglas, adaptabilidad a los cambios y la comunicación que tiene la familia entre sí; a través del Modelo Circumplejo que él propone, usa la perspectiva sistémica de cohesión y adaptabilidad para describir la dinámica conyugal y familiar. La cohesión familiar comprende el grado de separación o conexión de una persona respecto a su sistema familiar; la adaptabilidad familiar, se refiere al grado de flexibilidad y aptitud para el cambio del sistema familiar.

Ante tal situación, la ideación suicida y el intento suicida derivan de la consumación del suicidio en hasta el 10% de los casos, es por ellos que la identificación de estas conductas debe ser consideradas como una importante señal de alarma. El suicidio puede ser prevenible y los esfuerzos deben estar dirigidos a identificar a personas en riesgo y a mejorar la salud mental, por tal motivo es esencial crear estrategias de prevención como plan de acción para reducir las tasas de suicidio y promover la salud mental y el bienestar. (INEGI, 2019). Por tanto, el objetivo de la presente investigación es analizar la relación de riesgo suicida, cohesión y adaptación familiar en adolescentes de secundaria en Tlaxcala.

6.1 Metodología

6.2 Participantes

La presente investigación es cuantitativa de tipo descriptivo. Los sujetos participantes fueron 50 adolescentes de secundaria en Tlaxcala quienes fueron identificados por la institución con problemas de conducta, bajo aprovechamiento escolar, con conductas auto lesivas y de acoso escolar; de los cuales el 58% pertenecen al sexo femenino y 42% al masculino; el 50% de primer grado y 50% de segundo grado; y cuyas edades fueron: 48% de 13 años, 34% de 12 años y 18% de 14 años. Dentro de las características sociodemográficas se encontró que el 48% de los adolescentes viven con ambos padres, el 26% vive solo con la madre, el 10% con la madre y otros familiares, el 6% con el padre, otro 6% con ambos padres y otros familiares, 2% vive con otros familiares y otro 2% vive en familia reconstruida.

6.3 Materiales y procedimiento

Se utilizó una entrevista sociodemográfica, también, el Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRISA) versión extendida en línea (Hernández y Lucio, 2011), con una alfa de Cronbach de .95. Consiste en una escala de frecuencia con 50 reactivos con tres subescalas y un índice; subescala 1: ideación e intencionalidad suicidas, subescala 2: depresión y desesperanza, subescala 3: ausencia de circunstancias protectoras, e índice de malestar psicológico asociado al riesgo suicida. Además, contiene tres reactivos críticos o significativos: a) ideación suicida, b) plan(es) suicida(s) y c) intento(s) suicida(s) previo(s). Los resultados arrojan niveles de riesgo: alto, tentativa, ideación, alerta y sin riesgo, así como también las respuestas abiertas del estudiante.

Además, la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III), confiabilizada y validada en México por Ponce, Gómez, Terán, Irigoyen y Landgrave en 1999 y 2002, con un Alfa de Cronbach de .70. Consiste en una escala tipo Likert que integra 20 preguntas, 10 para evaluar la cohesión familiar y 10 para evaluar la adaptabilidad familiar, distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares. Las preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5: nunca 1; casi nunca 2; algunas veces 3; casi siempre 4; siempre 5.

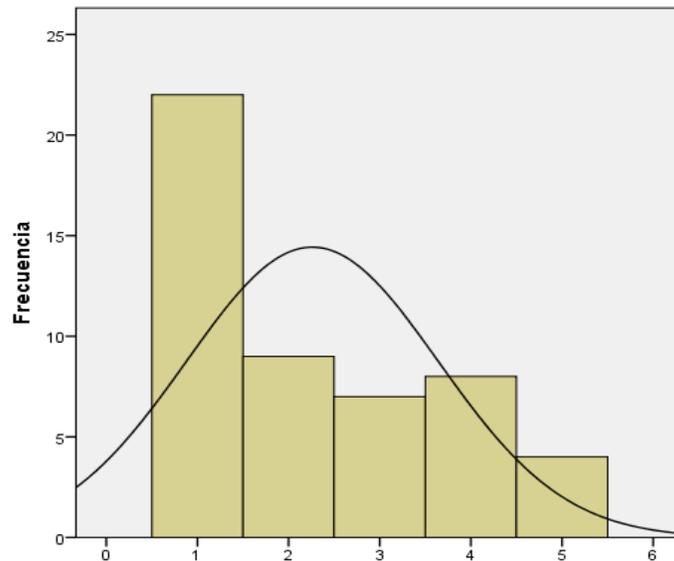
6.4 Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación, se obtuvo el consentimiento de las autoridades escolares y de los adolescentes, cuya participación fue voluntaria. Se les explicó a los estudiantes la importancia de su participación y se les comunicó que los datos serían tratados de forma confidencial. Los instrumentos se aplicaron de forma colectiva en grupos de 25. Los instrumentos se calificaron por medio de la base de datos IRISA website y de forma manual. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.

6.5 Resultados

Se realizó un análisis de frecuencias para determinar los niveles de riesgo suicida, en el cual se obtuvo una $M = 2.26$ y una $DE = 1.38$; el total mínimo fue 1 y el máximo de 5. En la Gráfica 6.1 se observa una curvatura hacia la izquierda, lo cual indica que la mayoría de los sujetos respondieron a niveles bajos de riesgo suicida.

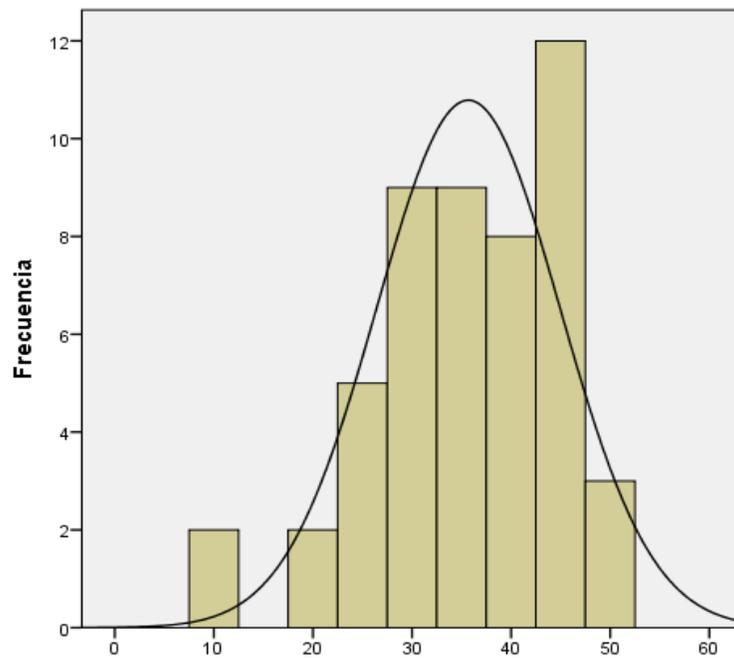
Gráfico 6.1 Niveles de riesgo suicida



Media = 2,26 Desviación típica = 1,38 N = 50
Fuente: (SPSS versión 21)

Para determinar los niveles de cohesión que presentaron los sujetos evaluados se obtuvieron una $M = 35.68$ y una $DE = 9.24$; el total mínimo fue de 10 y el máximo de 50. Se muestra una curvatura inclinada hacia la derecha, que indica que la mayoría de los sujetos de la muestra se encontraron en niveles altos de cohesión familiar (Gráfico 6.2)

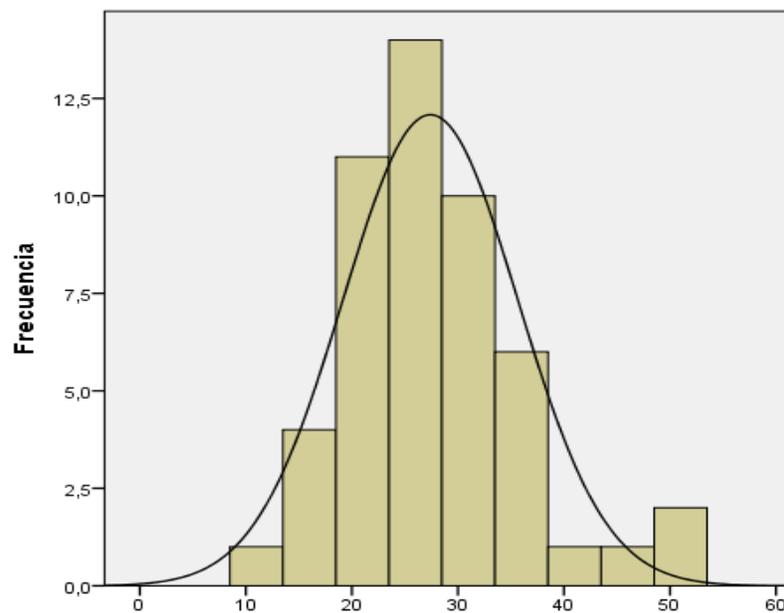
Gráfico 6.2 Niveles de cohesión familiar



Media = 35,68 Desviación típica = 9,24 N = 50
Fuente: (SPSS versión 21)

Para determinar los niveles de adaptación en la Gráfica 6.3 se muestra una $M = 27.4$ y una $DE = 8.25$; el total mínimo fue de 11 y el máximo de 50. Se observó una asimetría ligeramente hacia la izquierda que indica niveles medios de adaptación familiar.

Gráfico 1.3 Niveles de adaptación familiar



Media = 27,4 Desviación típica = 8,25 N = 50
Fuente: (SPSS versión 21)

Para analizar la relación entre riesgo suicida, cohesión y adaptación familiar se realizó un análisis de correlación de Pearson. El análisis mostró que existe una relación negativa y significativa de riesgo suicida con cohesión familiar ($r = -.599^{**}$ $p < .001$), lo que indica que entre mayor sea el grado de cohesión, menor será la presencia de riesgo suicida y entre menor sea el grado de cohesión, mayor será la presencia de riesgo suicida, tomando en cuenta que la cohesión implica el grado de separación o conexión que el individuo tenga respecto a su familia.

En tanto, adaptación familiar no se relacionó significativamente con riesgo suicida ($r = -.262$ $p < .058$), señalando que la flexibilidad y la aptitud que tenga la familia ante los cambios, no es indicativo para la presencia del riesgo suicida.

De la misma manera, se analizó la relación entre los factores de riesgo suicida con cohesión y adaptación familiar mediante un análisis de correlación de Pearson cuyos resultados se muestran a continuación:

Tabla 6.1 Correlación de Pearson con factores de riesgo suicida y de cohesión y adaptación familiar

	Cohesión	Adaptación
Ideación e intencionalidad	-.567**	-.179
Depresión y desesperanza	-.510**	-.192
Factores protectores	-.615**	-.360*
Malestar emocional	-.460**	-.164

* $p < .05$. ** $p < .01$

Fuente: (Elaboración propia)

En la Tabla 6.1 se puede observar que ideación e intencionalidad, depresión y desesperanza, factores protectores y malestar emocional se relacionaron negativa y significativamente con cohesión ($p < .01$), que indica que estos aspectos serán menores o mayores de acuerdo al grado de conexión o separación que tenga el adolescente en su familia. En cuanto a factores protectores, se observó que se relaciona negativa y significativamente con adaptación ($p < .05$), lo que indica que la flexibilidad y la aptitud que tenga la familia ante los cambios, va a estar en función de la presencia o ausencia de factores de protección en la familia.

Por otro lado, respecto a los datos sociodemográficos y riesgo suicida se obtuvo una relación negativa y significativa con sexo ($r = -.318 *p < .05$). De la misma manera se observó que se relacionaron los factores de riesgo suicida: malestar emocional y sexo ($r = -.341 *p < .05$) e ideación e intencionalidad con quién vive ($r = -.311 *p < .05$). En tanto se encontró que adaptación se relacionó significativamente con sexo ($r = .385 **p < .01$) y negativamente con grado escolar ($r = -.279 *p < .05$)

6.6 Conclusiones

La adolescencia es considerada como una etapa de identidad sexual y relaciones sociales, su deseo de independencia contradice a menudo las reglas y expectativas que otras personas establecen. El suicidio y el intento de realizarlo constituyen una forma de riesgo de los adolescentes para enfrentar esos acontecimientos; en consecuencia, cuestionan lo histórico y social, creando un conflicto de generaciones. La ideación y el intento suicida en adolescentes tienen orígenes multifactoriales como biológicos, ambientales y sociales tales como el nivel socioeconómico bajo, el fracaso escolar y la desintegración familiar (Álvarez, Camilo, Barceló, Sánchez y Fajardo, 2017).

El incremento observado en las últimas décadas en la frecuencia de suicidios entre grupos de edad cada vez menores ha alertado a las autoridades sanitarias a nivel mundial para la búsqueda de estrategias que permitan la detección oportuna de riesgo y así implementar programas preventivos más eficientes (Espinoza-Gómez, Zepeda-Pamplona, Bautista-Hernández, Hernández-Suárez, Newton-Sánchez, y Plasencia-García, 2010).

Por tanto, en el análisis de la presente investigación se encontró que riesgo suicida se relacionó negativamente con cohesión familiar, mostrando que, a una mayor cohesión, habrá menor ideación e intencionalidad, depresión y desesperanza, factores protectores y malestar emocional, y viceversa; indicando con ello que el grado de separación o conexión emocional de un individuo respecto a su familia va a determinar el riesgo suicida. Ante ello, Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006) encontraron que la existencia de una prevalencia elevada de ideación suicida en adolescentes, está asociada a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar. Por lo que trabajos previos han reconocido que niveles bajos de cohesión familiar se asocian con un mayor riesgo de ideación suicida, otros han encontrado que la cohesión familiar es un factor protector contra la ideación suicida. Sin embargo, esto no indica que pertenecer a una familia con niveles altos de cohesión, implica menor riesgo de intento; como si es relevante que los problemas familiares son más precipitantes, por tanto, el grado de disfunción familiar repercute sobre el comportamiento de los jóvenes en una sociedad en continuo cambio.

Se mostró también que el riesgo suicida no se relacionó con adaptación familiar, lo que indicaría que la capacidad de una familia para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante y una situación excesivamente estable en cuanto su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos y situacionales, no determinan el riesgo suicida en la muestra estudiada.

De la misma manera, los resultados arrojaron en los sujetos estudiados, niveles bajos de riesgo suicida en la mayoría de los adolescentes, así como mayor cohesión y medianamente adaptación familiar. También resultó, que los factores de riesgo suicida: ideación e intencionalidad, depresión y desesperanza, factores protectores y malestar emocional se relacionaron negativa y significativamente con cohesión, en tanto que, factores protectores se relacionó negativa y significativamente con adaptación.

Ante esto, Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez y Durán (2011) mencionan que los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan están caracterizados por diferentes factores de riesgo, entre los que se encuentran: exposición a situaciones familiares adversas, los que presentan psicopatologías como depresión, tener una conducta disocial, baja autoestima, impulsividad, desesperanza, falta de comunicación con los padres, que limitan la participación social activa del adolescente e impiden la satisfacción de sus necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes lo padecen.

En este sentido, Cañón (2011) señala que los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en niños y adolescentes se encontraron la depresión debida en mayor parte a la dificultad para afrontar la frustración, la disfunción familiar, la no satisfacción de necesidades básicas. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, de venganza, altruismo o búsqueda de riesgo, tendencia a percibirse como perdedor, baja tolerancia a la frustración, dificultad para resolver conflictos, desesperanza y abandono.

Otro aspecto relevante hallado fue que el riesgo suicida se relacionó negativamente con el sexo, que indica que hay diferencias entre hombres y mujeres para el riesgo suicida. De la misma manera, resultó que los factores de riesgo suicida se relacionaron negativamente: malestar emocional con el sexo, e ideación e intencionalidad con quién vive, indicando que tanto para hombres como para mujeres hay diferencias en el malestar emocional; y que la ideación e intencionalidad del suicidio está determinado con quién vive; tomando en cuenta que la mayoría de los adolescentes de la muestra viven con ambos padres, hay quienes también lo hacen solo con la madre; con la madre y otros familiares; solo con el padre; con ambos padres y otros familiares; otros viven solo con otros familiares o es una familia reconstruida.

En tanto se encontró que adaptación se relacionó significativamente con sexo, indicando con ello, que el grado de flexibilidad al cambio en una familia se da de igual manera en mujeres que en hombres, no así por grado escolar, tomando en cuenta que se trata de estudiantes de primero y segundo de secundaria.

Por ello, el principal interés en adolescentes entre 10 y 15 años, antes de que se adopten comportamientos poco saludables, es orientarlos hacia factores protectores más que a las conductas de riesgo (Di Rico, Paternain, Portillo y Galarza, 2016). En este sentido, algunos autores sostienen que expresar afecto y brindar protección es una función primordial en la familia, en esta unidad psicosocial, los vínculos adecuados entre padres e hijos se sustentan en relaciones en las que se expresa cariño, y lazos fraternales entre sus miembros, tanto padres e hijos como en la pareja misma; lo que permite que los adolescentes fortalezcan su esfera emocional (Alonso como se cita en Di Rico, Paternain, Portillo y Galarza, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (2001) establece como factores protectores para el comportamiento suicida patrones familiares (buena relación con los miembros de la familia, apoyo familiar), estilo cognitivo y personalidad (buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, en su propia situación y logros, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades); búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes; receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, receptividad hacia los conocimientos nuevos.

Un estudio de Conner et al., (como se cita en Di Rico, Paternain, Portillo y Galarza, 2016) ofrece evidencia que señala que las relaciones cercanas y positivas con los padres, tienen un efecto protector Directo sobre la disminución del riesgo de ideación y tentativa suicida en niños y adolescentes. Al hablar de factores protectores en salud, significa hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud. De tal manera, el suicidio puede ser prevenible, y los esfuerzos deben Dirigirse al reconocimiento de personas en riesgo que contribuyan a mejorar la salud mental y promover el bienestar de los adolescentes mediante la planificación y el diseño de programas de intervención preventivos, eficientes y oportunos (INEGI, 2019).

En la prevención del suicidio se deben proponer estrategias para integrar hábitos de autocuidado en salud y las situaciones de riesgo por las que puede pasar un niño o adolescente, además de generar factores protectores. Es necesaria la intervención oportuna de las diferentes instituciones para evitarlo. Dado que existe un mayor incremento de intento de suicidio a menor de edad, los educadores y los padres deben reconocer las señales de riesgo que pueden presentar los adolescentes y aumentar estrategias de detección e intervención.

6.7 Referencias

- Aguirre-Florez, D.C., Cataño-Castrillón, J.J., Cañón, S.C., Marín-Sánchez, D.F., Rodríguez-Pabón, J.T., Rosero-Pantoja, L.A., Valenzuela-Díaz, L.P. y Vélez-Restrepo, J. (2014). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Rev. Fac. Med. Colombia*. 63(3), 419-429.
- Álvarez, C.M., Camilo, C.V.M., Barceló, R.M., Sánchez, M.Y. y Fajardo, V.Y. (2017). Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. Policlínico Docente “José Martí Pérez”, *Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba. MEDISAN*. 21 (2), 157-163.
- Cañón, B.S.C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina. Universidad de Manizales. *Facultad de Ciencias de la Salud. Colombia*. 11(1), 62-67.
- Cortés, A.A., Aguilar, V.J., Suárez, M.R., Rodríguez, D.E. y Durán, R.J.S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Integral*. 27(1), 33-41.
- Di Rico, E., Paternain, N., Portillo, N. y Galarza, A.L. (2016). Análisis de la relación entre factores interpersonales y riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de Necochea. *Perspectivas en Psicología. Argentina*. 13(2), 95-106.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C.M., Newton Sánchez, O.A. y Plasencia-García, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública. México*. 52, 213-219
- Hernández y Lucio, (2011) *Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes Manual de uso*. México, Asociación de Suicidología.
- INEGI. (2019). “Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)”. Comunicado de prensa Núm. 455/19. Pp.1-9.
- González, M.C., Criado, M.M.L., Araque, J.C., Cala, O.X., Smith, H.B., Jiménez, M.N., Salazar, S.T. y Sierra, S.M. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. Funcionalidad familiar en intento de suicidio. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. Colombia*. 43(1): 33-37.
- Minuchin, S. (1992). *Familias y terapia familiar*. España: Gedisa.
- Muñoz, M.J., Pinto, M.V., Callata, C.H., Napa, D.N. y Perales, C.A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima 2005. *Revista Perú Médica Exp Salud Médica*. Perú. 23 (4), 239-246
- OMS. (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Trastornos mentales y cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanía WHO/MNH/MBD/00.3
- OMS. (2019). Datos y cifras sobre el suicidio: infografía. www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

OMS. (2019). Cada 40 segundos se suicida una persona. Centro de prensa. www.who.int/es/news.room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds

Olson, D. H. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Falicov, C. J. (Comp). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. (pp. 99-129). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Paniagua, R.E., González, C.M. y Rueda, S.M. (2014). Orientación al suicidio en adolescente en una zona de Medellín. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Colombia 32 (3), 314- 321.

Piedrahita, L.E., García, M.A., Mesa, J.S. y Rosero, I.S. (2011). Identificación de los factores relacionado con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Colombia Médica. *Universidad del Valle, Facultad de Salud*. Colombia. 42 (3), 334-341.

Ponce Rosas, E.R., Gómez Clavelina, F.J., Terán Trillo, M., Irigoyen Coria, A.E. y Landgrave, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español México. *Atención Primaria* 30 (10), 624-630.

Valadez, Blanca y López Rafael. (19 de enero de 2020). INEGI: en el país cada mes se registran más de 50 suicidios infantiles. Ciudad de México. Milenio.

Vélez, A.C. y Betancurth, L.D.P. (2016). Funcionalidad familiar y dimensiones afectivas en adolescentes escolarizados. Caldas-Colombia 2013-2014. *Investigaciones Andina. Fundación Universitaria del Área Andina*. Colombia. 18(33), 1751-1766.