

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PENSAMIENTO Y CONDUCTA SUICIDA EN UNA ADOLESCENTE¹

Por: Juan Camilo Sánchez Echeverri²

Resumen

El presente estudio indaga por los factores asociados al pensamiento y conducta suicida de una mujer adolescente residente en el Valle de Aburra, que presentó un intento de suicidio cuando cursaba su formación de básica secundaria. La información se recopila por medio de la entrevista semiestructurada y posteriormente se elabora un análisis del discurso. Se realiza una revisión de la literatura existente, que arrojó resultados referentes al suicidio de adolescentes en Medellín, se extiende a regiones del departamento de Antioquia y algunos países del continente americano. Es un estudio de caso, que permite un relato personal y detallado de las posibles razones que impulsan o contribuyen a tomar esta decisión. La comprensión teórica del suicidio se apoya en las causas multifactoriales del modelo biopsicosocial, los factores de riesgo definidos y clasificados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, Secretaría de Salud de Medellín y los autores Chehil y Kutcher. Además de los conceptos de pensamiento y conducta suicida. Los resultados evidencian presencia de ideación, planeación, intento y autolesiones, asociadas a factores de riesgo.

Palabras clave: Factores de riesgo, pensamiento, conducta, suicidio, adolescente.

Introducción

El suicidio es un acto que puede estar mediado por una planificación consciente o una respuesta impulsiva, los factores asociados a una ideación o intento son de naturaleza multicausal, diversos factores se conjugan.

Si bien la complejidad del fenómeno del suicidio no permite que hasta la fecha exista una escala o herramienta diagnóstica confiable que permita predecir con exactitud el riesgo

¹ Este artículo constituye el informe de investigación para optar al título de psicólogo de la Universidad EAFIT. Año 2019. Asesor Juan Gabriel Carmona, profesor del pregrado en Psicología de la Universidad EAFIT.

² Estudiante del pregrado en Psicología de la Universidad EAFIT.

suicida de los pacientes, según la literatura actual existen características que están más asociadas con factores de riesgo y otras con elementos protectores. (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2014, p.34)

Esto implica que no hay una sola razón o evento que influya la decisión que alguien toma de desistir de su vida por medios propios. La lingüística desde una de sus ramas de estudio, la etimología, presenta el origen y el significado de la palabra *suicidio*: deriva del lat. mod. *suicidium*, y este del lat. *sui* ‘de sí mismo’ y *cidium*, de la raíz de *caedere* ‘matar’, significa ‘acción de matar’. Suicidarse es quitarse voluntariamente la vida (RAE, 2019). Durkheim (2005) afirma: “El término suicidio se aplica a cualquier muerte que sea directa o indirectamente resultado de un acto positivo o negativo realizado por la propia víctima” (p.40). El presente estudio entiende el suicidio a partir de la posterior definición: “Muerte causada por el mismo individuo como resultado de un comportamiento en el cual había clara intencionalidad” (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2014, p.12). La claridad es la pretensión de pasar al acto con un suicidio consumado, la palabra *comportamiento* agrupa una acción y simultáneamente un pensamiento. El apoyo de la anterior referencia son dos definiciones operativas: *Ideación suicida* e *Intento suicida*. La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2014) los define de la siguiente manera:

Ideación suicida: Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida. Estos pensamientos pueden variar desde ideas transitorias de querer morirse hasta planes específicos de cómo hacerlo. *Intento suicida*: Es aquella conducta potencialmente dañina que es realizada por un individuo contra sí mismo con intencionalidad de causarse la muerte. (p.12)

Según lo anterior, el suicidio se compone de un pensamiento o una conducta, cuando no es una consumación del acto. Los términos corresponden a gestos o intentos que alguien realiza para quitarse la vida por medios propios. Empero, una persona puede suicidarse por ayuda de un tercero y se denomina *suicidio asistido* que difiere de la *eutanasia*, donde a pedido del paciente una tercera persona le administra un agente letal (Bastos, Pertile, Carvalho y Bonamigo, 2018).

El suicidio puede explicarse desde dos conceptos principales, los pensamientos y las conductas suicidas, que son comunes y compartidas por varios autores. Los *pensamientos suicidas* son relativamente comunes entre los adolescentes, muchos jóvenes respaldarán la contemplación

de terminar con sus vidas. El pensamiento puede darse durante o después de un estresante importante, se indica que pocos de estos individuos realmente se involucrarán con actos deliberados de autolesión o suicidio consumado (Chehil y Kutcher, 2007).

El pensamiento suicida se divide en: *ideación suicida*, *intención suicida* y *plan suicida*. El primer concepto se refiere a pensamientos, fantasías, reflexiones y preocupaciones sobre la muerte, la autolesión y la muerte autoinfligida. Cuanto mayor sea la dimensión y la persistencia de los pensamientos suicidas mayor es el riesgo de eventual suicidio (Chehil y Kutcher, 2007).

La intención suicida se refiere a la expectativa y el compromiso del paciente de morir por suicidio. La fuerza de la intención del paciente de morir puede reflejarse en la creencia subjetiva del paciente en la letalidad del método elegido, que puede ser más relevante que la letalidad objetiva del método elegido. (Chehil y Kutcher, 2007, p.13)

El *plan suicida* es la acción premeditada de elaborar detalladamente el objetivo de suicidarse, prestando atención a un método y la particularidad de su letalidad y accesibilidad. El momento elegido y el escenario de igual manera hacen parte del plan suicida. A nivel mundial los métodos comunes de suicidio son la ingestión de pesticidas, el uso de armas de fuego y la sobredosis de medicamentos. Escribir una nota de suicidio, preparar un testamento, regalar pertenencias personales o bienes, acciones tomadas para asegurar o garantizar el acceso a medios o métodos de suicidio son características de un plan premeditado y bien pensado (Chehil y Kutcher, 2007).

Por otra parte, el *comportamiento suicida* incluye los intentos de suicidio, intentos abortados u otro comportamiento autodestructivo o autolesivo, se especifica que el comportamiento es un factor de riesgo significativo para el suicidio. Es necesario recalcar que el momento, la intención, el método y las consecuencias corresponden a detalles precisos de conocer. De igual forma el contexto de vida, si ocurrieron con intoxicación o uso crónico de alcohol u otras sustancias y los sentimientos actuales del paciente sobre los comportamientos (Chehil y Kutcher, 2007).

Hasta aquí se ha explicado el término suicidio y los diversos conceptos que lo estructura desde varias posturas. A partir de ahora se expone y explica los factores de riesgo conexos al suicidio. El modelo biopsicosocial para la salud engloba múltiples factores influyentes para el

desequilibrio de la homeostasis (Engel, 1977). Se define somatizar cuando el cuerpo y la mente se influyen entre sí para la génesis de una afección, no atribuyendo a una sola causa la pérdida de la salud. La OMS (1946) asegura: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Siguiendo el sentido de las dos referencias anteriores, cuando alguien carece de una condición de completo bienestar las causas de alteración ocurridas al organismo son producto de múltiples factores, bien sean biológicos, psicológicos o sociales.

Aunque el suicidio, la ideación o las conductas pueden implicar afectación de la salud no constituye una enfermedad. El DSM 5 no lo conceptualiza con el título de patología, es un rasgo entre otros muchos que al sumarse conforman el cuadro de síntomas para ser el síndrome de una enfermedad mental. Alguien con rasgos de personalidad límite o con ánimo depresivo puede pensar sobre la minusvalía personal, tener ideación y en un período crítico tener un intento de suicidio (APA, 2014). Sucede igual con la CIE 10, donde ambos manuales no consideran el suicidio un trastorno.

Factores psiquiátricos comprenden afectación emocional, consumo y abuso de sustancias, desordenes de personalidad y ansiedad. Factores médicos corresponden a comorbilidad de la enfermedad crónica o infecciosas de difícil manejo por su sintomatología y estigma social, igualmente la enfermedad terminal y el dolor son un factor. La raza, el estatus marital, vivir solo, pérdidas recientes, el desempleo, dificultades financieras y legales, o la tenencia de armas de fuego son factores sociales de riesgo. La familia y la predisposición genética son un factor cuando hay historia de suicidio en sus miembros o de enfermedades. Los intentos previos son un factor de riesgo para un suicidio completo u otro posible intento. Factores adicionales, vale decir, ser de género femenino, avanzada edad, alta hospitalaria reciente o la desesperanza constituyen riesgo (Massachusetts General Hospital, 2010). Secretaría de Salud (2015) conceptualiza según la evidencia científica algunos de los factores de riesgo a partir de los cuales se realiza la indagación. Dentro del material revisado hay factores similares con lo expuesto anteriormente, estos factores son clasificados como sociales, clínicos, traumas de infancia, eventos estresantes y pertenecer a población vulnerable; son aclarados de la siguiente forma:

Sociales. Contiene la variable género, las mujeres presentan mayores intentos de suicidio. Las defunciones en Medellín registran una edad entre los 18 y 25 años y entre los 45 y 59. El

aislamiento social, condición de viudez, ser desempleado o el fácil acceso a armas o tóxicos son factores preponderantes para el suicidio. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015) reveló que Colombia registró 2.068 suicidios en el año 2015; el decenio 2006-2015 acumuló 18.618 casos, con una media de 1.862 eventos por año, 155 mensual y aproximadamente cinco por día. La mayoría de los suicidios durante 2015 (48,74%) sucedieron con edades comprendidas entre los 15 y 34 años.

Clínicos. Abarca los trastornos mentales diagnosticados a la persona que correlacionan con ideación o intentos suicidas, es decir, los trastornos del estado del ánimo, la psicosis y los trastornos de personalidad. Los antecedentes familiares también son considerados, tanto los registros clínicos mentales y de manera semejante las conductas suicidas que hayan presentado en algún período de su vida. Otro riesgo clínico que aumenta la posibilidad son los intentos previos y el consumo de drogas está relacionado con el fenómeno (Secretaría de Salud de Medellín, 2015).

Experiencia de vida temprana. Es un factor que predispone al sujeto de presentar un intento o un suicidio consumado, son las experiencias de vida a temprana edad, esto es, historial de abuso infantil, aspectos referentes a la crianza, estilos de afrontamiento y características de la personalidad (Levenson, 2005). Traumas de infancia, por ejemplo, padecer maltrato sea físico, sexual o psicológico, vivir la separación de los padres, interactuar con confluentes como el consumo de sustancias o comorbilidad psiquiátrica, son factores de riesgo identificados en la ciudad, en comparación con la primera referencia (Secretaría de Salud de Medellín, 2015).

Eventos estresantes. Frecuentemente el detonante del suicidio puede ser tomado a la ligera como la razón que genera el acto sin tener presente la naturaleza multifactorial del suicidio. El estrés puede ser causado por separaciones de pareja, una pérdida sensible, problemas familiares o dificultades en ámbitos sociales, educacionales o laborales (Secretaría de Salud de Medellín, 2015). Chehil y Kutcher (2007) exponen sobre el manejo del riesgo suicida con orientaciones para profesionales de la salud, describen algunos factores estresantes que pueden ser especialmente preocupantes durante la adolescencia e incluyen aquellos asociados con la: experiencia o percepción de vergüenza o humillación, experiencia o intimidación percibida, exclusión social o rechazo, experiencia o fracaso percibido y experiencia o miedo percibido a la pérdida de un ser querido. Chehil y Kutcher (2007) afirman:

Los comportamientos de autolesión y el suicidio completo en la adolescencia son a menudo precedidos por un desencadenante (generalmente un estresante psicosocial agudo) como la ruptura de una relación, el rechazo de pares, las dificultades en casa, la escuela o con la ley. En general, los jóvenes son más propensos que los adultos a ser impulsivos y exhibir estrategias de afrontamiento inmaduras, particularmente cuando están bajo estrés. (p.72)

Población vulnerable y perteneciente a grupos. Algunas situaciones conllevan malestares psíquicos prioritarios de atención. Así, por ejemplo, el desplazamiento de un campesino que puede sufrir la pérdida de un integrante familiar, mudarse del contexto rural o el cambio de roles. Las personas en situación de calle, los procesados penalmente, gestantes o que presenten una discapacidad física, son propensos a tener conducta suicida. Agregando a lo anterior, las orientaciones sexuales entrañan vulnerabilidad porque socialmente recae estigma sobre ellas (Secretaría de Salud de Medellín, 2015). Acerca del estigma social del suicidio, Chehil y Kutcher (2007) afirman:

Muchas culturas, consideran el suicidio vergonzoso, pecaminoso, débil, egoísta o manipulador. Estas creencias son sostenidas tanto por la sociedad en su conjunto como por aquellos que experimentan pensamientos suicidas. Esto actúa para reforzar tanto el secreto como el silencio. Dichas creencias pueden contribuir a sentimientos de aislamiento, autodesprecio y autodeprecación a personas que experimentan pensamientos suicidas, y vergüenza y culpa de quienes han tenido seres queridos que se han suicidado. (p.2)

La ausencia del metabolito de la serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético, 5-HIAA) del líquido cefalorraquídeo es un factor bioquímico vinculado con ideas o conductas suicidas. Dajas (2016) asevera:

A comienzos de la década del setenta, Marie Åsberg, en el Hospital Karolinska, en Estocolmo, demostró que existían bajos niveles del metabolito de la serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético, 5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes que habían realizado un intento severo de autoeliminación. Los niveles más bajos del metabolito, a su vez, se relacionaron con alta violencia del intento. (p.88)

Handbook of General Hospital Psychiatry (2010) de nuevo identifica correlación entre el ácido 5-HIAA y la conducta suicida violenta. De igual manera expone un factor biológico, el cual

determina que la edad influye, siendo el suicidio la tercera causa de muerte de adolescentes. Respecto al sexo hay prevalencia de suicidios consumados por población masculina.

El factor psicológico emerge con la personalidad y la sugestión. Un tipo específico de personalidad no ha sido fijado para saber quién podría o no manifestar conductas suicidas. La rigidez psicológica, un carácter inmaduro, dificultades para la resolución de problemas y pensamientos negativos son generales a población con conducta suicida. La sugestión y el aprendizaje conducen a patrones de comportamiento que son imitados por el público, cuando es una celebridad involucrada, el colectivo tiende a realizar similar conducta. Otro de los factores que influyen son las toxicomanías, especialmente el alcoholismo y si el trabajo se pierde o no genera satisfacción predispone para intento de suicidio (Vallejo, 1997).

Se evidencia las múltiples causas relacionadas a un evento cuando alguien decide desistir de su propia vida, esto implica que el suicidio no puede ser atribuido a una sola razón objetiva. La población adolescente es un foco importante de estudio, una etapa con alta vulnerabilidad cuando se vincula con el suicidio, siendo una de sus principales causas de mortalidad. Chehil y Kutcher (2007) afirman: “El suicidio en personas jóvenes, como el suicidio en adultos, es complejo, con múltiples factores dinámicos de interacción que contribuyen al evento en cada caso individual” (p.71). La adolescencia puede ser un punto transitorio configurado a partir de un constructo social que puede ser antecedido por una serie de fases rituales. Cuando el adolescente experimenta su proceso normal de crecimiento y reunión de experiencias nuevas y habilidades para la vida, no está exento de eventos estresantes y presión por parte de diferentes contextos: el hogar, la escuela, el trabajo, los compañeros y la comunidad.

La cultura y la sociedad juegan un papel importante en la determinación de lo que se consideran pruebas y tribulaciones normales de la adolescencia en diferentes entornos. Para muchas culturas, la adolescencia representa un momento de cambio, de asumir nuevas responsabilidades, de planificar y prepararse para el futuro. También es un momento en que muchos jóvenes se exponen y experimentan con “diferentes formas de ser y de expresarse”. (Chehil y Kutcher, 2007, p.71)

Es adolescente quien se encuentre entre los 11 y 20 años de edad. Un período que se precisa según los principales desarrollos que exponen las ocho etapas del ciclo vital común a las sociedades industrializadas de occidente. Para efectos de este estudio en la línea de la teoría de la

psicología evolutiva, se comprende por adolescente quien transita entre estas edades experimentando una serie de cambios en el desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009). La organización mundial de la salud (2019) sostiene:

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

En Colombia desde un contexto jurídico la edad varía con respecto a los períodos comprendidos anteriormente, que a su vez difieren entre sí, aun compartiendo el principio del desarrollo de procesos biológicos. La constitución no considera los cambios evolutivos de la persona, sino que se asigna un límite numérico para ser un sujeto con nuevos derechos y deberes amparados por la ley. El congreso de Colombia (2006) decreta:

Artículo 3°. Sujetos titulares de derechos. Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.

Por ello se considera viable abordar la presente temática por medio del análisis de los factores asociados a la ideación, planeación, intento y lesiones de un gesto suicida de una adolescente, mediante una postura multifactorial que considera la biología, el factor psicológico y el contexto social. Los conceptos pensamiento y conducta orienta la comprensión del suicidio.

Las anteriores aclaraciones hacen parte de la construcción conceptual del tema tratado. A continuación, se contextualiza diversidad de estudios realizados sobre los factores incidentes en suicidio para población adolescente. En 2006 se realizó un diagnóstico integral de la salud mental de los adolescentes en Medellín pertenecientes a escuelas de carácter público y privado. El estudio determinó para el indicador de ideación suicida estar conexo con el estrés postraumático, siendo el de mayor incidencia en los resultados (Secretaría de Salud de Medellín, 2006).

En lo referente a Antioquia, se estudió una muestra de 144 personas con la particularidad de ser un estudio de género, la variación de factores sociodemográficos, clínicos y características del acto entre hombres y mujeres. Utilizó la autopsia psicológica, una herramienta de análisis del ámbito de la psicología jurídica. Consiste en una investigación de un escenario recreando los momentos previos de un suicidio, un perfil de personalidad y posibles causantes reales del hecho (González, Rodríguez, Aristizábal, García, Palacio y López, 2010). Explorando una muestra menor a la anterior con 14 representantes legales, 16 niños y adolescentes, se encontró que factores protectores, vale decir, dinámicas familiares, axiomas de valores, las creencias o las relaciones, podrían contribuir a evitar un paso al acto (Piedrahita, García, Mesa y Rosero, 2011).

Pérez (2013) puntualiza que el suicidio es colectivo, a partir de una investigación etnográfica, los datos son obtenidos del instrumento de recolección encuesta. Enfatiza la vulnerabilidad de los jóvenes campesinos y factores subjetivos del género, los hombres se suicidan la mayor parte de los casos en contraste a los recurrentes intentos de las mujeres. Por otra parte, la persistencia en la adolescencia es un factor reiterativo. En el barrio la Cruz, comuna tres de Medellín, se evaluó el estado mental de jóvenes escolarizados y se relaciona el surgimiento de riesgos psicosociales, por ejemplo: la farmacodependencia, la depresión o el riesgo suicida a la particular situación de su contexto sociodemográfico (Tobón, López y Ramírez, 2013).

Lima y Dalbosco (2013) exponen factores de riesgo para desarrollar conductas suicidas o pensamientos. Los trastornos psicológicos, uso de alcohol, drogas, exposición a la violencia, conflictos familiares, historia de suicidio familiar y experiencias estresantes. Identifican la constante de género, de ser el intento suicida frecuente en mujeres y los consumados por los hombres, correspondiendo a razones de método que suele ser violento en los varones.

Han investigado porqué adolescentes entre 13 y 18 años de la comuna 16 de la ciudad consideran el suicidio. Los resultados señalan que la sensación de soledad, la falta de autoestima y las dificultades familiares son los factores causantes de pensamientos suicidas en esta muestra, compaginado a la desinformación de los adolescentes sobre el fenómeno. La conclusión, los jóvenes carecen de atención por parte de sus padres, hay mala comunicación, ausencia de apoyo y afecto lo que repercute en inseguridades y baja autoestima que correlaciona con las ideaciones suicidas (Estrada, Uribe y Valencia, 2014).

Se caracterizó el suicidio en Antioquia con la investigación de defunciones de adolescentes comprendiendo los años entre 2000-2010, evaluando las variables: persona, tiempo y lugar. La investigación expuso que el promedio de muertes estaba entre los 16 años con prevalencia de los hombres solteros. Se concluyó que es prioritaria la prevención con población adolescente en el departamento de Antioquia (Medina, Díaz y Rozo, 2014).

Con estudiantes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín se realizó un estudio determinando una muestra aleatoria de 604 participantes, concluyendo que los valores familiares son fundamentales para evitar orientación al suicidio, incluso se conjugaron variables sociodemográficas e indicadores de salud mental. La acumulación de tensiones familiares, escasa búsqueda de apoyo, vulnerabilidad en valores morales y la presencia de sintomatología depresiva contribuyen a la orientación al suicidio en jóvenes estudiantes (Paniagua, González y Rueda, 2014).

Un estudio fue realizado para determinar las características de las personas que cometieron suicidio en ámbitos clínicos y epidemiológicos, mediante suicidios consumados en Medellín entre los años 2008 y 2010, empleando una muestra de 389 casos se encontró prevalencia de los varones. Adicionalmente de correlacionar el uso de métodos violentos con situaciones de tensión familiar o habitar lugares de estrato bajo (Ortega, Manrique, Tovilla, López y Cuartas, 2014).

Factores clínicos, cabe resaltar, padecer de un trastorno mental incide en comportamiento suicida y fue el objetivo de una investigación en Medellín dirigida a jóvenes con déficit de atención e hiperactividad, este artículo buscó patología y examinó el comportamiento de 447 participantes, las variables fueron: sociodemográficas, clínicas, de crianza y eventos vitales. Características comunes que explican el comportamiento suicida de adolescentes fueron: el sexo femenino, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico y el consumo de cocaína. En consecuencia, se concluye que el diagnóstico temprano a niños es pertinente para la prevención en la adolescencia (Restrepo, Bonfante, Torres, Berbesi y Sierra, 2014).

La prevención ha sido recurrente por diversos estudios. En este sentido, se elabora una estrategia de intervención para el período de crisis en niños y adolescentes empleando el análisis de 18 entrevistas con al menos un intento de suicidio por parte del participante. Se asociaron dos características al suicidio: el tipo anómico y el exaltado. El comportamiento de alguien en crisis puede volverse eruptivo y desembocar desastres (Jaramillo, Escobar, Camacho y González, 2015).

En 2016 se investigaron bases de datos para conocer documentos producidos entre 2010 y 2016 sobre la ideación suicida en Colombia, predictor de posibles intentos o suicidios consumados a futuro. Las investigaciones de carácter cuantitativo de tipo descriptivo o correlacional abordadas principalmente, desde el campo de la psicología clínica fueron predominantes, haciendo énfasis en el componente cognitivo y especialmente con muestras de adolescentes y jóvenes adultos. Dentro de las conclusiones está el déficit de investigación para prevenir o intervenir la ideación suicida (Salamanca y Siabato, 2016).

Cuesta (2017) investiga los aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes por la constante necesidad de atención al aumento del suicidio a nivel mundial y la especial tendencia a ser proclive en los jóvenes. Delimita los aspectos asociados al suicidio: epidemiología, la fisiopatología del suicidio, los factores de riesgo y el perfil psicopatológico de los adolescentes.

Es predominante la correlación con trastornos psicológicos, abuso de sustancia, esquizofrenia y depresión, al igual que la ansiedad para que un hombre de occidente cometa suicidio, contrastando con población asiática donde el mayor factor de riesgo es la impulsividad (Navarro, 2017). Una investigación con adolescentes escolarizados, 919 con edades entre los 13 y 18, a través de auto informe se caracterizó las conductas suicidas y factores de riesgo, las variables que se relacionaron fueron: edad, ausencia de padres, intento de suicidio familiar, consumo de tabaco, alcohol y drogas, ideación suicida reciente, ideación antigua, autoestima, cohesión y adaptabilidad familiar, sintomatología depresiva, desesperanza, impulsividad motora, impulsividad cognitiva, impulsividad no planeada y eventos vitales estresantes (Silva, Valdivia, Vicente, Arévalo, Dapelo y Soto, 2017).

Así mismo, el suicidio es un asunto prioritario de salud pública a nivel mundial (OMS, 2014). Se hace un balance de las pérdidas anuales en el mundo y la cifra alcanza los 800,000. Esto hace que el suicidio sea la segunda causa de muerte violenta en el mundo. De acuerdo con la organización es un evento multifactorial determinado por asuntos sociales, psicológicos o culturales, puede tener múltiples desencadenantes; el fácil acceso a plaguicidas, venenos o armas de fuego es un factor que contribuye a una tasa alta de suicidios consumados. Destacan que se puede evitar y por tal razón se alienta la prevención, una razón por la cual se declara interés en el específico grupo poblacional. También porque las mujeres tienen más intentos frente a los hombres, junto con la alta predisposición de cometer suicidio que la adolescencia supone. La

investigación se justifica en términos de conocimiento, el aporte de nueva información referente a factores incidentes ayudaría a subrayar el impacto social que generaría la resolución del problema. Ya sea en términos prácticos guiando la creación de nuevos programas de prevención y promoción de la salud. Incluso de sopesar vacíos del conocimiento de rutas de atención. Por consiguiente, se aplica una entrevista semiestructura a una mujer adolescente que presentó ideación e intento de suicidio en el año 2017. Un suicidio no solo es un evento devastador para los sobrevivientes de personas suicidas allegadas, sino que también deteriora la movilidad social. Por los datos y cifras anteriores se justifica la formulación de la siguiente pregunta de investigación que orienta este trabajo: ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados al pensamiento y conducta suicida de una mujer adolescente residente en Medellín?

El objetivo general de este estudio es conocer los factores de riesgo relacionados al pensamiento y conducta suicida de una mujer adolescente residente en la zona nororiental de Medellín. Para lograr el objetivo general, se plantearon los siguientes objetivos específicos: identificar los factores de riesgo asociados a la conducta suicida (sociodemográficos, clínicos, experiencia de vida temprana, eventos estresantes y grupo vulnerable); identificar pensamientos suicidas en una mujer adolescente (ideación y planeación); e identificar conductas suicidas en una mujer adolescente (intención y lesiones).

Método

Dentro de las características del tipo de estudio la profundidad fue de carácter comprensivo, con relación al tiempo es transversal, el tipo de análisis de los datos es cualitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Es un estudio de caso, su objetivo busca documentar una experiencia, evento en profundidad o entender un fenómeno desde la perspectiva de quienes lo vivieron; una investigación que analiza profundamente una unidad integral para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Un caso puede seleccionarse por ser intrínsecamente interesante, se estudia para obtener la máxima comprensión del fenómeno, es un análisis de una entidad singular, su propósito es comprender la particularidad del caso (Monje, 2011).

La población correspondió a una adolescente del sexo femenino en etapa formativa de básica secundaria de 18 años de edad, residente en la ciudad de Medellín. Debido a las necesidades del estudio la entrevista semiestructurada es el instrumento de mejor flexibilidad, siendo una herramienta no estandarizada válida para la investigación cualitativa, porque puede hacerse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores, creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida o percepciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Se hace particular la información, siendo valiosa en profundidad y alcance de los resultados de indagación de causales de ideación o intento de suicidio asociados al pensamiento y conducta. Las preguntas son comprensibles y están vinculadas con el planteamiento de investigación. En la entrevista para obtener y registrar la información se utilizó la grabación de audio.

Posteriormente es escuchada, transcrita y recopilada la información tal cual fue expresada por la participante, posteriormente se sistematiza en matrices donde la información es codificada en dato, una unidad mínima de análisis por medio de códigos. Se hace síntesis de las respuestas, identifican los objetivos de investigación y se interpreta por medio de los constructos teóricos de las categorías: *factores de riesgo, conducta suicida y pensamiento suicida*, son analizados sus resultados con el material antecedentes de investigación y de esta manera se realiza la triangulación (Stake, 1999).

Consideraciones éticas

El presente estudio considera las políticas y las pautas formuladas y dictadas por el ministerio de salud por medio de la resolución número 8430 de 1993 donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

La ley 1090 dicta el código deontológico y bioético del ejercicio de la profesión de la psicología. Concordando, la información no será difundida por fuera del estricto marco para el que fue recabada, se debe omitir el nombre y datos de identificación del sujeto permitiendo salvaguardar la privacidad del participante. Es derecho del participante decidir si continua con las evaluaciones o procedimientos. Es pertinente dar a conocer a los participantes de los alcances, intención y límites de los procedimientos experimentales por medio de un consentimiento informado. La anterior disposición fue considerada para la elaboración del estudio.

Resultados

A partir del objetivo general y de los específicos se desarrolla las categorías y subcategorías, las cuales son: *factores de riesgo*, con las subcategorías: sociodemográficos, clínicos, experiencia de vida temprana, eventos estresantes y grupo vulnerable; *pensamientos suicidas*, con las subcategorías: ideación y planeación; *conductas suicidas*, con las subcategorías: intención y lesiones.

Factor de riesgo sociodemográfico, no dispone de material usualmente utilizado que contribuya a intentos de suicidio. Sin embargo, alude elementos de la cocina. La participante A comunica: “no, porque acá vive un niño entonces pues, no no acá no hay ninguna arma, pues aparte de las cosas normales de la cocina que uno también las puede tener como armas”. Un factor que contribuye negativamente es el vivir solo, sin embargo, la participante vive con R (pareja sentimental) y el hijo de una relación anterior. La participante A expresó: “yo vivo con mi mujer, y el niño hijo de ella”. Ser desempleado es un factor de riesgo pero ella nunca ha tenido un empleo, se dedica plenamente a estudiar, la participante A esclarece: “no he trabajado nunca”. Hay ausencia de algunos factores sociodemográficos, es decir, vivir solo, disponer de elementos letales o ser desempleado.

Respecto al *factor de riesgo clínico*, no presenta patología mental, sin embargo, comenta sobre un encuentro con el psicólogo de la institución educativa, infirió de que estaba bien y ella en el momento no comunicó detalladamente las conductas suicidas. La participante A expresó: “(...) nunca he ido al médico, pues una vez si fui pero, osea el psicólogo normal osea le hable de muchas aspiraciones y de muchas cosas pues, que tengo que estudiar que esto y esto y dijo usted está muy bien”. En su familia nadie ha presentado conductas suicidas, no hay conductas generacionales que se hereden a los hijos donde se repliquen comportamientos. No abusa del alcohol u otras sustancias, lo que suscita que maneja hábitos de salud.

La participante vivenció en su infancia la separación de su madre y padre, un factor que incide en tendencia al suicidio y se nombra *experiencia de vida temprana*, la participante A expresa: “sí, se separaron cuando yo tenía un año porque mi mamá engañó a mi papá y pues yo vivía con mi papá hasta que ya, no quise vivir más con él”. Si bien tenía una edad en la cual el vínculo no es muy consciente por parte del infante, en su posterior desarrollo es un obstáculo, hay existencia de conductas sobreprotectoras y privativas por parte del padre, que son criterios

culturales de crianza particulares. Participante A dice: “pues siempre fue como muy sobreprotector como si estuviera metida en una burbuja, entonces no me dejaba hacer nada, no podía como explorar la vida”, “(...) yo voy donde la familia de R por ejemplo y no, no, soy como toda aislada porque que eso fue lo que me enseñaron”. Se genera aislamiento, luego hay dificultades en las habilidades sociales de la participante.

Factor de riesgo es disponer de elementos que puedan facilitar la viabilidad del método. En este caso la participante menciona que no tiene elementos contundentes. Sin embargo, ella alude elementos de corte, posible consideración asociada a sus autolesiones por cutting. Sus intentos previos fueron con métodos generalizados entre la población suicida, que son la ingesta de sustancias y el ahorcamiento. Vive con otras personas y no es desempleada. El factor clínico de riesgo no afecta a la participante, pues no presenta comorbilidad médica, y tampoco sus padres o familiares, así mismo de tener hábitos de salud.

Describe como pérdida el romper toda comunicación con los miembros de su familia, resaltando su padre y exceptuando a su madre, con la cual tiene comunicación. Es un factor según la teoría, que podría incidir en el suicidio y se denomina *eventos estresantes*. La participante A comunica:

(...) bueno pues, aunque la única pérdida que tuve pero si es familiar pero no es de muerte ni nada, es que en realidad lo que hace que estoy viviendo con R, no me habla nadie de mi familia, nadie, ni mi papá, osea nadie, solo mi mamá y ya, pero de resto no me habla nadie.

Relata que tiene buena salud, niega hábitos abusivos con drogas, supone un estado físico óptimo, sin enfermedades invasivas y sin diagnósticos médicos recientes. El último factor de riesgo, *grupo vulnerable*, se refleja cuando señala tener atracción por el sexo femenino, la participante A aclara: “pues me gustan las mujeres”. Según este factor pertenecer a comunidades minoritarias con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual conlleva un riesgo para pensamientos o conducta suicida. Su orientación sexual ha generado rechazo en sus padres, esto la ha distanciado de la relación con sus familiares, dado que los grupos vulnerables suelen ser foco de discriminación social.

La categoría *pensamientos suicidas* se compone por las subcategorías ideación y la planeación. Dice que se le pasa por la mente todos los días la idea de morir, lo que muestra

persistencia en pensamientos. Según su relato no manifestó comunicaciones, no hubo amenaza previa al acto y manifiesta la incapacidad de explicar cómo se dieron cuenta que se estaba ahorcando, puesto que había procedido de manera oculta. La participante A relata:

(...) bueno pues en realidad, la finalidad era pues claramente que yo quería morirme pues no solamente quería obviamente aún se me pasa por la mente todos los días cierto simplemente, pues la verdad no sé cómo se dieron cuenta, no sé, no sé, simplemente mi primito se estaba bañando y él dijo: “¡ay!”, hay mismo se fue para la pieza entonces ya me alzó y me cortó y pues ya la cuerda y ya , pues no sé no sé qué pasó.

Hay ideas recurrentes sobre quitarse la vida, la persona tiene interés por lo que pase con su pareja luego de un eventual suicidio y exhibe pensamientos a modo de *planeación*. La participante A comunica: “(...) sí, pues comportamientos no, pues igual la mayoría del tiempo estoy pensando en cómo puedo hacerlo y la mayoría del tiempo pienso en cómo lo puedo hacer de manera igual que si estoy aquí no quiero que R sea afectada”. Piensa en la manera de realizar la acción para que no culpen a su pareja y destina gran parte del tiempo en pensar de qué forma podría suicidarse.

Por último, finalizan los resultados con la categoría *conductas suicidas*. Cuando se pregunta por intentos de suicidio la participante A responde: “sí, uno fue una vez en el colegio que me intoxique con alcohol y, pues alcohol etanol de las heridas. Otra vez fue que me tome unas pastillas, y la última vez es que intente ahorcarme”. En *intención* hay propósito de consumar el acto con el último intento, sin embargo, es abortado el intento por su primo. La participante A expresa: “sí, bueno, entonces la vez que yo me iba ahorcar”. Relata el proceso de preparación del nudo de la horca y que esto tardó un tiempo. Luego en el momento previo se causaba heridas con cortes en sus manos y piernas; acción que se considera conducta suicida por tratarse de *lesiones*. Sugiere un comportamiento suicida, con plena intención de morir y con la lesión que provoca la soga. Además presenta lesiones esporádicas, pero sin intención de muerte; con el último intento ya suman tres y se evidencia el progresivo evolucionar de la agresividad del procedimiento. La participante A narra:

(...) ese día normal salí yo de estudiar casi no aprendo hacer el nudo no sé por qué me dio tanta dificultad, aprendí hacerlo, bueno, entonces antes estaba escuchando música, me cortaba, dibujaba por mis piernas por mis piernas bueno pues así normal, hasta que yo dije

bueno como que ya , yo creo que ya, me maquillé me organicé linda y ya eso fue como ya cuando estaba ahí yo me acuerdo igual puse música.

Discusión

Uno de los factores que propician el suicidio son condición médica o comorbilidad psiquiátrica por las circunstancias implicadas, sea por el impacto del diagnóstico o por el proceso de la enfermedad que conlleva malestar por el deterioro físico. Sin embargo, la participante no cumple con estos indicadores y aun así presenta ideación suicida. No tiene enfermedades orgánicas, tampoco un diagnóstico de enfermedad mental y tiene hábitos saludables (Secretaría de Salud de Medellín, 2015). En Antioquia se realizó un estudio de género que incluía factores sociodemográficos, clínicos y características del acto entre hombres y mujeres (González, Rodríguez, Aristizábal, García, Palacio y López, 2010). Los resultados de la entrevista corroboran la tendencia en presentarse mayor número de gestos suicidas en mujeres, inversamente con valores de mayor porcentaje de suicidios consumados por hombres. La adolescente presenta tres intentos que van cambiando de método, consolidando progresivamente una consumación del acto. Su ideación es persistente en la mayor parte de sus días.

Su formación se caracterizó por estrictos valores de comportamiento, en lo referente al modo de proceder con las personas. Axiomas en valores junto con creencias, son factores de protección (Piedrahita, García, Mesa y Rosero, 2011). No obstante, la participante relata creencia religiosa y educación estricta en valores cívicos. Por el contrario, este factor que se caracteriza por ser de protección parece ser uno de riesgo en la situación particular que acaeció. El factor sociodemográfico, pertenecer a población campesina incide en el suicidio colectivo de adolescentes. No aplica para el caso estudiado, la participante reside en la ciudad de Medellín. Sin embargo, los datos de la entrevista concuerdan con la tendencia por género (Pérez, 2013).

Si bien la participante confirma no tener consumo de sustancias y tampoco presentar dificultades con el estado de ánimo, el factor de funcionamiento familiar pudiese ser un incidente en este caso (Secretaría de Salud de Medellín, 2015; Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2014). Parte de los resultados evidencia dificultades en el modo de relación con su padre y demás miembros de su familia. De igual forma, resultados similares hallados

cuando se indaga por factores de riesgo para el desarrollo de conductas y pensamientos asociados al suicidio, por su ausencia en la exploración de la investigación, no son de riesgo en este estudio: los trastornos psicológicos, uso de alcohol o drogas. Experiencias en la vida temprana es un factor incidente, en los resultados la participante manifestó una situación que coincide (Levenson, 2005; Secretaría de Salud de Medellín, 2015). Estrada, Uribe y Valencia (2014) refieren que la falta de atención por parte de los padres, la mala comunicación, ausencia de apoyo y afecto, repercute en inseguridades y baja autoestima que correlaciona con las ideaciones suicidas.

La sensación de soledad, la falta de autoestima y las dificultades familiares son los causantes de pensamientos suicidas en una muestra de adolescentes entre los 13 y 18 años de edad. Estos factores concuerdan cuando la participante expresa momentos de aislamiento constante con su familia parental. También cuando menciona sentirse menos que los demás, información omitida en los resultados pero fue confirmada en la entrevista personal. Los jóvenes están faltos de atención por parte de sus padres, hay mala comunicación, ausencia de apoyo y afecto, lo que repercute en inseguridades y baja autoestima que se correlaciona a ideaciones suicidas (Estrada, Uribe y Valencia, 2014). Tensión y mal funcionamiento familiar se relacionan con orientación al suicidio en jóvenes estudiantes (Ortega, Manrique, Tovilla, López y Cuartas, 2014; Paniagua, González y Rueda, 2014).

Factores de riesgo asociados a las conductas suicidas son la ausencia de padres, ideación suicida antigua y reciente, la autoestima y situaciones de adaptabilidad familiar (Silva, Valdivia, Vicente, Arévalo, Dapelo y Soto, 2017). Efectivamente hay presencia de las variantes conceptuales del suicidio, cuando la participante asegura haber presentado varios intentos de suicidio, con planeación, ideación constante y autolesiones (Chehil y Kutcher, 2007; Secretaría de Salud de Medellín, 2015 y Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2014). Utilizó métodos violentos que están asociados a situaciones de tensión familiar (Ortega, Manrique, Tovilla, López y Cuartas, 2014). Los resultados de la aplicación del instrumento y los antecedentes investigados van en dirección de considerar la existencia de factores comunes que son compartidos entre población adolescente escolarizada. Algunos factores de protección, en situaciones particulares son de riesgo, varios factores son generales a la población de jóvenes con intentos e ideación en Medellín. La falta de una comprensión por parte de la familia y un apoyo de la sociedad es una demanda de quien presenta ideación y conductas autolesivas, pues fácilmente se cae en la

estigmatización y el rechazo. Chehil y Kutcher (2007) escriben sobre el estigma social que recae en la persona que exhibe conductas o pensamientos de suicidio.

Conclusiones

Los resultados y discusión permitieron identificar que acaeció ideación e intentos, junto con diversos factores de riesgo, lo que podría indicar relación entre estas variables para surgir un gesto de suicidio. Un factor de riesgo es disponer de elementos que puedan facilitar la viabilidad del método, sus intentos previos fueron con métodos letales generalizados en la población suicida: la ingesta de sustancias y el ahorcamiento. Adicionalmente la participante no es desempleada, siendo la falta de empleo un factor social incidente. El factor *clínico* de riesgo no está relacionado, pues hay ausencia de comorbilidad médica o psiquiátrica en la participante y tampoco sus padres o familiares, además de tener hábitos de salud adecuados. Repercute el factor *experiencia de vida temprana y eventos estresantes*, posibles detonantes que aumentan el riesgo, en este sentido vivenció la separación de sus padres y en la actualidad experimenta el rechazo de su familia. Su orientación sexual por las personas de su mismo género, es un factor que se asocia a ideas o intenciones de suicidio.

Manifiesta intención de morir por métodos de asfixia mecánica, persistiendo en su cotidianidad pensamientos suicidas con clara intención de pasar al acto. Es reservada en manifestar comunicaciones de amenaza, lo que se vuelve negativo por la imposibilidad de anteceder en prevención de un evento desastroso. La planeación es minuciosa, se fija en cada detalle del aspecto técnico y la asociación simbólica.

Hay intención de consumir el acto con el último intento. Exhibe un comportamiento suicida con plena intención de morir, aunado a una lesión en su cuello provocada por el método que utilizó. Presenta lesiones esporádicas pero sin intención de muerte, cuando corta sus brazos y piernas, denominas autolesiones sin intencionalidad.

Limitaciones

Por la naturaleza del fenómeno es difícil hallar población que cumpla los criterios de investigación y que además posea disposición para realizar un proceso de investigación, los procedimientos se pueden ver facilitados cuando se trabaja directamente con un centro hospitalario o clínico. La investigación se limita a ser de exploración teórica, recopilando datos útiles para profesionales o entidades que su fin principal sea una intervención para la situación planteada. Adicionalmente, la prueba piloto realizada en el método de investigación es el primero y único encuentro que fue posible con la participante, por consiguiente es de gran valor para el estudio. Otra limitación es el abordaje que la sociedad tiene cuando se encuentra con un estudio de caso de estas dimensiones teniendo el privilegio de leer los resultados que el investigador dispone compartir para la búsqueda en común de una solución, no como un breviarío de entretenimiento del infortunio que se presta para el murmullo colectivo. Podría ser porque nuestra sociedad aún no se encuentra preparada para este tipo de investigaciones.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington, D.C., Estados Unidos: Medica Panamericana.
- Bastos, V., Pertiler, A., Carvalho, D., y Bonamigo, E. (2018). Suicidio asistido y eutanasia en la perspectiva de profesionales y estudiantes de un hospital universitario. *Bioética*, 26 (2), 217-227. doi: 10.1590/1983-80422018262242
- Centro de Referencia Regional Sobre Violencia - Medellín Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Comportamiento del suicidio. Colombia, Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense*. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>
- Chehil, S., y Kutcher, S. (2007). *Suicide Risk Management. A Manual for Health Professionals* 1e. Canada: Wiley-Blackwell.
- Cuesta, R. D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, 84 (2), 72-77.
- Dajas, F. (2016). Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80 (2), 83-110. Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2017/01/02_REVI_01.pdf
- Durkheim, E. (2005). *Suicide*. doi: <https://doi-org.ezproxy.eafit.edu.co/10.4324/9780203994320>
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine Science. *New Series*, (196), 129-136.
- Estrada, Y. M., Uribe, J. C., y Valencia, J. L. (2014). Identificación de las principales causas por las cuales los adolescentes consideran el suicidio en la comuna 16 de la ciudad de Medellín.(trabajo de grado). Corporación Universitaria Adventista, Medellín, Colombia.
- Ferreira, L. E. (2018). Suicidios en ensayos freudianos. *Informes Psicológicos*, 18(1), pp. 73-94. doi: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v18n1a04>

- González, A., Rodríguez, Á., Aristizábal, A., García, J., Palacio, C., y López, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (2), 251-267.
- Greiffenstein, R. J., Yepes, L. E., y Palacio, C. A. (2010). *Fundamentos de medicina-Psiquiatría*. Medellín, Colombia: CIB, Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Jaramillo, J. C., Escobar, A., Camacho, A. F., y González, D. (2015). Estrategia de intervención en crisis para el intento de suicidio en niños y adolescentes: perspectiva interaccionista. *Revista CES Psicología*, 8 (1), 1-20.
- Levenson, J. L. (Ed.). (2005). *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Virginia, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lima, L., y Dalbosco, D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 16 (1), 2-14. doi: 10.4013/ctc.2013.61.01.
- Massachusetts General Hospital. (2010). *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Sixth edition. Saunders, an imprint of Elsevier Inc. Recuperado de https://www.academia.edu/30406400/Massachusetts_General_Hospital_Handbook_of_General_Hospital_Psychiatry
- Medina, Ó. A., Díaz, Á. S., y Rozo, A. J. (2015). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Rev. Fac. Med*, 63 (3), 431-438. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43798>
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Recuperado de <http://psicopediahoy.s3.amazonaws.com/saludmentaladolescentecolombia.pdf>
- MINSALUD. (2018). *Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio. Boletín de Salud Mental* (5). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>

- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, Guía didáctica*. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana.
- Navarro, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28 (1), 25-31. doi: 10.1016/j.clysa.2016.11.002.
- OMS. (1946). *¿Cómo define la OMS la salud?* Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (2014). Prevención del suicidio: Un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- Ortega, P. A., Manrique, R. D., Tovilla, C. A., López, C., y Cuartas, J. M. (2014). Clinical and Epidemiological Characteristics of Suicides Committed in Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (2), 106-112. doi: 10.1016/j.rcp.2014.02.006.
- Paniagua, R. E., González, C. M., y Rueda, S. M. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (3), 314-321.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, A. L. (2013). Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32 (2), 92-102. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.eafit.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=78619aef-044e-4c16-9911-bfcde727b16a%40sdc-v-sessmgr02>
- Piedrahita, L. E., García, M. A., Mesa, G. S., y Rosero, I. S. (2011). Identificación de los factores relacionados con el intento de suicidio, en niños y adolescentes a partir de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. *Colombia Médica*, 42 (3), 334-341. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.eafit.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=402f436e-f4e4-41af-82e2-70df9538ca95%40sessionmgr4007>

- Restrepo, D., Bonfante, L., Torres, Y., Berbesi, D., y Sierra, G. (2014). Comportamiento suicida de adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Medellín (Colombia), 2011-2012. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43 (4), 186-193. doi: 10.1016/j.rcp.2014.08.001.
- Salamanca, Y., y Siabato, E. F. (2017). Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. *Pensando Psicología*, 13 (21), 59-70. doi: 10.16925/pe.v13i21.1714.
- Secretaría de Salud de Medellín. (2006). *Salud mental del adolescente*. Recuperado de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Libro%20Salud%20Mental%20del%20Adolescente%202006.pdf>
- Secretaría de Salud de Medellín. (2015). *Atención con calidad a personas que presentan conducta suicida*. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2014). *Protocolo de Atención para Pacientes con Ideación e Intento Suicida*. Código S.
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22 (1), 33-42. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Tobón, F. Á., López, L. A., y Ramírez, J. F. (2013). Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública* 39 (3), 462-473.
- Vallejo, J. (Ed.). (1997). *Introducción A La Psicopatología Y La Psiquiatría* (4 ed.). Barcelona, España: Editorial MASSON.