

Detección de la ideación suicida en la adolescencia. Una necesidad familiar y social

Nayra-Yovana López-Díaz^a, Gabriel-Jesús Estévez-Guerra^b

^aEstudiante del Grado en Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; ^bProfesor del Grado en Enfermería. Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) cada año mueren en nuestro planeta alrededor de 800.000 personas, casi 4000 de ellas en España. Además, si se observan las cifras en adolescentes, se estima que en las edades comprendidas entre 15 y 19 años, el suicidio corresponde a la tercera causa de muerte en el mundo, cifras que disminuirían en gran medida si fuese posible detectar esta conducta con tiempo. Este proyecto de investigación, sin financiación externa, tuvo como objetivo explorar el conocimiento que tienen los padres de adolescentes acerca de la detección de la ideación suicida en sus hijos/as. Los datos se obtuvieron a partir del análisis de los resultados de una encuesta online con respuesta múltiple, tipo Likert, para padres y/o madres de adolescentes de entre 14 y 19 años de la isla, que estuviesen escolarizados y que, en el momento de la realización, no estuviesen en proceso de diagnóstico ni diagnosticados de ninguna patología relacionada con la salud mental.

La obtención de datos se llevó a cabo durante los meses de enero (desde el 09/01/2023) y febrero de 2023 (hasta el 28/02/2023), para en los meses posteriores de marzo y abril; analizar los datos y discutirlos. Se contó con la colaboración de 100 participantes.

El análisis de los datos mostró, que más de la mitad de los encuestados no es capaz de detectar una idea suicida o una conducta relacionada en su hijo/a. Además, se objetivó la demanda de más recursos para la obtención de conocimientos relacionados con el tema expuesto, como charlas, talleres o programas formativos por parte de su centro sanitario o su centro educativo.

Palabras clave: Prevención del suicidio, adolescencia, parasuicidio, enfermería de atención primaria.

1. INTRODUCCIÓN

Cada año mueren a causa del suicidio en nuestro planeta más de 700.000 personas. (OMS) En España, los datos ascendieron a 3.941 personas, solo durante el año 2019¹. Además, se estima que, “por cada una de estas muertes, se han producido 20 intentos que no han llegado a consumarse”².

En la actualidad, en nuestro Sistema Nacional de Salud no se dispone de una herramienta fiable y común a todas las Comunidades Autónomas para contabilizar el número de intentos de suicidio que se producen anualmente, por lo que es muy difícil la aproximación a un número exacto. Sin embargo, si nos trasladamos a Canarias, podemos obtener dichos datos desde la Encuesta de Salud de Canarias, ya que desde 2016 se incluyen cuestiones referidas a la salud mental y más concretamente a intentos o ideación suicida³.

Esta Comunidad contaba con una tasa de suicidio de 9,07 por cada 100.000 habitantes en el año 2020 y con tendencia ascendente desde 2016, esto supone 208 suicidios solo en 2020. Si nos centramos en los jóvenes, los números indican que un 10,8% de la población canaria mayor de 16 años y menor de 30 declaró en 2020 haber tenido ideas de suicidio. Subdividiendo esta franja etaria, nos encontramos con unos números bien distintos entre la franja de 15 a 19 años y entre la de 20 a 29 años, siendo esta última más elevada, lo que lleva a ver claramente que la tendencia hacia la conducta o ideación suicida aumenta exponencialmente con la edad³.

Una vez expuestas las cifras, cabe diferenciar los distintos términos o fases con relación al suicidio y que se hacen necesarios para la comprensión de este estudio. En primer lugar, el término suicidio hace referencia al acto autolesivo o autodestructivo cuya única finalidad, para quien lo lleva a cabo, es acabar con su vida y consigue, además, que el objetivo se alcance. Con respecto al intento de suicidio, se define como aquella iniciativa de suicidio encaminada a acabar con la propia vida pero que, por diferentes circunstancias no ha terminado en el fin propuesto. Ambos conceptos están enmarcados dentro de un único término acuñado por la OMS como conducta suicida. Las definiciones en torno a este problema de salud no terminan ahí, y surgen términos como el de parasuicidio, definido como el intento de autolesionarse pero que no incluye como fin la muerte del individuo, aunque en ocasiones pudiera causarla, y cuya finalidad es meramente imperativa, un intento de cambiar una situación poco o nada deseada. Y, por último, aquel término en el que se va a centrar este trabajo,

que es la ideación suicida. La cual engloba todos aquellos pensamientos previos, ideas de mayor o menor magnitud, anteriores a cualquier conducta suicida o de parasuicidio. Estos términos se hacen suficientes para la comprensión de este texto, aunque la bibliografía actual maneja una terminología mucho más amplia respecto al tema que se aborda⁴.

Otra definición que debe ponerse de relieve es la de adolescente, ya que existen diferentes edades para delimitar esta etapa vital según la bibliografía que se consulte. Por un lado, encontramos que los Descriptores en Ciencias de la Salud, (DeCS y Mesh), sitúan la edad de la adolescencia entre los 13 y los 18 años, de otro lado, la OMS sitúa estas edades entre los 10 y los 19 años⁵. La adolescencia es un periodo muy especial del ser humano así, como de su desarrollo y del crecimiento en la vida de cada individuo. Es la fase de transición existente entre la infancia y el estadio de adultez y es una etapa donde se va a elaborar la identidad definitiva de cada adulto. Todo ello supondrá un trabajo mental, envuelto en crisis características del desarrollo y que presentará un riesgo potencial mayor en cuanto a trastornos en múltiples áreas. Se pone de relieve que cada adolescente va a verse sometido, además, a enormes presiones tanto internas como externas hasta alcanzar la etapa adulta y que deberá conformar un gran trabajo de preparación psíquica de suma trascendencia para enfrentar su vida futura. Un mal afrontamiento de esta etapa o algún desajuste en cualquiera de los factores que van a influir en su comportamiento y conducta como son, familia, entorno social o percepción de sí mismos, los colocará en un lugar de predominante riesgo ante la de ideación suicida⁶.

El suicidio, independientemente de los números relatados anteriormente, es una tragedia no siempre evitable que deja tras de sí numerosos damnificados, familias rotas y auto culpabilizadas por algo que, en numerosas ocasiones, podría haberse previsto. El suicidio en la adolescencia está asociado a un gran número de factores de riesgo como son, conflictos familiares graves y las separaciones conflictivas de los progenitores, el acoso escolar, las humillaciones y malos tratos, la soledad, los desengaños amorosos, las muertes de seres queridos, las separaciones y pérdidas de amigos, los cambios de residencia y entorno social, el fracaso y la presión escolar y los conflictos de discriminación y/o aceptación sexual. También las redes sociales son un importante factor de riesgo emergente que es conveniente no perder de vista⁷.

Como factores protectores no solo de la ideación suicida sino de cualquier trastorno mental, destacan cuatro grandes grupos a abordar. Por un lado, encontramos los factores individuales, que son aquellos relacionados con la propia persona y el autocuidado, las relaciones personales, el carácter, optimismo o manejo del estrés, entre otros aspectos. Por otro lado, encontramos los familiares, que son aquellos que aseguran la satisfacción de las necesidades básicas como son, estabilidad económica, coherencia del núcleo familiar, apoyo en metas positivas o reconocimiento de logros. En tercer lugar, tendremos en cuenta los factores comunitarios, que no son otros que aquellos que la propia comunidad ofrece, como son las actividades educativas y deportivas, espacios de ocio para adolescentes, legislación protectora de los jóvenes o ayudas a las familias entre otras. Y, por último, encontramos los factores institucionales, entre los que cabría destacar, la formación del personal de atención primaria en cuanto a riesgos y la creación de instituciones y centros de apoyo, solo a modo de ejemplo⁸.

Como se expone anteriormente, la promoción de estos cuatro pilares protectores es fundamental para la prevención no solo del suicidio sino de cualquier problema de Salud Mental. Justamente es aquí donde el papel de la profesión enfermera cobra una fuerza fundamental como docente y promotora en cuanto a la identificación de los factores que influyen de manera negativa y aquellos que van a promover una salud mental positiva y fuerte. Además, la enfermera, como agente de salud en contacto con su comunidad, es capaz de afrontar esa promoción en Salud Mental desde los 4 pilares de la prevención, individuo, familia, comunidad e instituciones, asumiendo todas aquellas acciones para que esta prevención sea efectiva, como charlas en instituciones educativas, talleres de padres, formación de profesorado, entrevistas y seguimientos, entre otras muchas acciones y solo a modo de ejemplo. A pesar de que el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España, se sigue sin depositar la importancia que merece en cuanto a su prevención, detección y tratamiento⁹.

Es por estos motivos que, sabiendo de antemano que uno de los factores que disminuirían en gran medida la prevalencia del suicidio en adolescentes, podría ser la detección precoz de la conducta suicida, pero que, al detectarse, la ayuda necesaria es escasa y tardía, el objetivo general de este trabajo será “Conocer las necesidades formativas que tienen los padres de adolescentes acerca de la detección de la ideación suicida en sus hijos/as” ya que, prevenir la idea será más eficaz que detectar precozmente una conducta ya instaurada.

2. METODOLOGÍA

Este estudio fue de carácter observacional descriptivo y transversal. La población diana de este estudio fueron padres, madres o tutores de adolescentes escolarizados y con edades comprendidas entre los 14 y 19 años (dada la amplitud del rango se decidió utilizar para la elaboración de este proyecto la definición ofrecida por la OMS, aunque la muestra se obtuvo de los adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 19 años, teniendo en cuenta la edad con la que abandonan la asistencia al servicio de pediatría y hasta que dicha etapa finaliza.), no diagnosticados de un problema de salud mental, o a la espera de ello, de 8 de los 11 institutos del municipio. Esto suponía una población aproximada de 7700 personas. La

muestra estuvo constituida por 100 padres, madres o tutores, de los que fueron descartados 20 debido a que no cumplían con los criterios de inclusión propuestos.

En cuanto a las variables de estudio propuestas fueron, los conocimientos respecto a la capacidad de padres, madres o tutores para la detección precoz de las ideas y conductas suicidas en sus hijos/as y el tipo de ayuda que necesitarían para ello. Además, se incluyeron variables demográficas referidas al participante como edad, sexo, situación laboral, nº de hijos, nº de miembros de la unidad familiar convivientes en el mismo domicilio, convivencia de ambos progenitores en el mismo domicilio y acerca del adolescente, donde se preguntó por edad y por si está diagnosticado de algún problema de salud mental o está en proceso de serlo.

El instrumento utilizado fue una encuesta de elaboración propia, conformada a partir del “Plan de Prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida” de Sotoca et.al. para la Comunidad Valenciana¹⁰, compuesta por 12 preguntas con respuesta múltiple, según la Escala Likert. Esta escala de calificación se consideró como la más apropiada dado que mide el nivel de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones propuestas y es ideal para medir reacciones, actitudes o comportamientos. Además, se añadieron preguntas con respuesta libre para la obtención de datos demográficos de los participantes.

Se distribuyó a las familias a través de los centros de 8 centros Educación Secundaria del municipio y a través de grupos de padres y madres de alumnos con edades comprendidas entre 14 y 19 años. Fue realizada online a través del servidor de encuestas Google Forms.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias, mientras que las numéricas se encontrarán expresadas en media y desviación estándar.

El presente estudio fue elaborado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los principios bioéticos de la Declaración de Helsinki¹¹. Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia y justicia citados por Beachump y Childress¹². En este instrumento no se incluyeron preguntas de consentimiento dada su naturaleza anónima. Los participantes no recibieron ningún tipo de remuneración económica por sus respuestas. Este estudio garantizó, además, gracias a su anonimato, la defensa del derecho a la no discriminación recogido en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica y fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la provincia de Las Palmas.

3. RESULTADOS

El análisis de resultados de la encuesta arrojó los siguientes valores en cuanto a datos demográficos de los encuestados: La encuesta fue contestada por un total de 63 mujeres y 17 hombres. Del total de la muestra analizada, solo 4 estaba inactivo laboralmente y con respecto al nivel de estudios, un 50,7% declaró tener estudios universitarios, un 26,7% estudios intermedios (Bachiller o ciclos superiores) y un 22,7% declaró tener estudios básicos (E.G.B./E.S.O.). El valor modal de la edad de los encuestados fue 48 y para la cantidad de miembros de la unidad familiar la moda se estimó en 4. Un 77,3% refirió que ambos progenitores conviven conjuntamente en el mismo domicilio, frente a un 22,7% que refirió no hacerlo. Solo 7 (9%) encuestados aseguraron tener más de un hijo con edades comprendidas entre los 14 y los 19 años. Los datos referentes a la edad de los hijos adolescentes arrojaron un valor modal de 14.

Tabla 1: Autoconocimientos y necesidades

AUTOCONOCIMIENTOS Y NECESIDADES	RESPUESTAS	Hombres n(%)	Mujeres n(%)	Total n(%)
Sería capaz de detectar una idea de suicidio en su hijo/a.	Algún grado de acuerdo	5 (29,41)	35 (55,55)	40 (50)
	Neutral	8 (47,05)	21 (33,33)	29 (36,25)
	Algún grado de desacuerdo	4 (23,52)	7 (11,11)	11 (13,75)
Necesita algún tipo de formación/asesoramiento (charla, curso, folleto...) sobre suicidio porque la información disponible actualmente es escasa.	Algún grado de acuerdo	16 (94,11)	55 (87,30)	71 (88,75)
	Neutral	1 (5,88)	4 (6,34)	5 (6,25)
	Algún grado de desacuerdo	0	4 (6,34)	4 (5)
Tiene conocimientos sobre plataformas de ayuda a la ideación suicida o al intento	Algún grado de acuerdo	5 (29,41)	26 (41,26)	31 (38,75)
	Neutral	2 (11,76)	16 (25,39)	18 (22,5)
	Algún grado de desacuerdo	10 (58,82)	21 (33,33)	31 (38,75)

de suicidio (teléfonos, asociaciones, etc.).				
Le gustaría conocer las plataformas existentes para ayuda en caso de detectar algún signo de ideación suicida o cualquier otro problema de salud mental en su hijo/a.	Algún grado de acuerdo Neutral Algún grado de desacuerdo	15 (88,23) 1 (5,88) 1 (5,88)	61 (96,82) 2 (3,17) 0	76 (95) 3 (3,75) 1 (1,25)
La información acerca de estos temas ofertada desde su centro de salud o el centro educativo de su hijo/a le parece escasa.	Algún grado de acuerdo Neutral Algún grado de desacuerdo	16 (94,11) 1 (5,88) 0	55 (87,30) 4 (6,34) 4 (6,34)	71 (88,75) 5 (6,25) 4 (5)

Los datos obtenidos son bastante homogéneos y la mayoría de los encuestados refirió tener escasez de conocimientos en cuanto a plataformas de ayuda, así como necesidad de recibir información sobre actuaciones en estos casos ya que la información de la que disponen es escasa, asimismo, declararon que la información ofertada desde su centro de salud o centro educativo no es suficiente. Por otro lado, solo la mitad de la muestra declaró estar convencida de poder detectar una idea de suicidio en su hijo/a.

4. DISCUSIÓN

La realidad de la actualidad deja claro que, la conducta suicida en los adolescentes se ha convertido en un frecuente problema de salud que arroja datos escalofriantes que sitúan la muerte por suicidio en edades de entre 15 y 19 años en la tercera causa de muerte a nivel mundial, y en edades comprendidas entre los 10 y los 19 años en la cuarta causa, suponiendo estos datos un aumento sustancial en los últimos años. Tanto el suicidio como todo lo relacionado con el intento, las conductas o las ideas, afectan no solo a los propios protagonistas, sino a su entorno social y familiar directo e indirecto¹³. Los datos recogidos pusieron de manifiesto que aunque la mitad de la muestra cree ser capaz de detectar una idea de suicidio en su hijo o hija, el resto o no sería capaz o no sabe si lo sería, y es que, como se observa en los datos publicados, según trabajadores del Teléfono de la Esperanza (ONG declarada de Utilidad Pública, integrada por personas voluntarias que han recibido una extensa formación en relación de ayuda y cuya finalidad principal es promover la salud emocional de la población, en especial la de aquellas personas que están pasando por una situación de crisis emocional por problemas personales, familiares o sociales.), la gran mayoría de niños y adolescentes usuarios de este servicio por ideación suicida, manifiestan que su familia y entorno son desconocedores de lo que le está sucediendo⁷ Según firma Javier Martín-Arroyo en su artículo para El País “El teléfono, el gran aliado contra el suicidio” el 024; número de atención a la conducta suicida ofertado por el Gobierno; recibió más de 50.000 llamadas en los meses desde abril hasta octubre de 2022 e intervino directamente en la resolución de más de 800 casos de intentos de suicidio en marcha.

Se observó también el desconocimiento en cuanto a charlas, plataformas de ayuda u otros medios de formación e información respecto al tema tratado. Si hablamos de las estrategias de las que se dota a las familias para conocer o detectar estas conductas, cabe destacar que, aunque son numerosas las comunidades españolas que cuentan con programas de detección precoz de la conducta suicida como son, “Vivir es la salida” en la Comunidad Valenciana¹⁰ o, la guía de “Estrategias para la detección precoz de las conductas suicidas” para los años 2021 a 2025 de Castilla y León¹⁴ entre otras y las pautas a seguir en todas ellas son claras y sencillas; según Aumatre A. et al. en su estudio para Save the Children “Crecer saludable(mente)”; cuándo finalmente la guía es efectiva, el problema ya está instaurado en el adolescente. Debe existir la conducta para que pueda ser detectada. Por tanto, aunque de gran efectividad en cuanto a la función para la que fue diseñada, los medios de ayuda que tendrían que activarse con posterioridad son relativamente escasos en nuestro país, arrojando unos datos escalofriantes. En España, solo el 60% de los hospitales públicos tienen asistencia psiquiátrica infantojuvenil, y, además, aquellos usuarios que la necesitan deben esperar para una primera visita aproximadamente 2 meses, con una cadencia entre citas de 3 meses o más, estos tiempos de espera se aumentan exponencialmente al aumentar la edad de los adolescentes y dejar las unidades infantiles y/o juveniles⁷. Todo este tiempo que por desgracia va a transcurrir, conforma una desventaja enorme para los usuarios necesitados de los servicios de salud mental y que acabarán abocados a la sobremedicación mientras esperan un diagnóstico o ayuda del servicio⁷.

La demanda por parte de los encuestados de más plataformas de ayuda y más formación es algo que también quedó patente al analizar los datos de la encuesta. Reclamaron, espacios de consulta sobre este y otros temas relacionados con la salud mental. Asimismo, reconocieron como escasa, la información y formación ofertada desde centros de Atención Primaria y

Centros escolares, por lo que cabe suponer que quizás, los responsables en salud estén obviando una parte importante de la definición de Salud dada por la OMS, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Es por estos motivos que, sabiendo de antemano que uno de los factores protectores más importantes del suicidio es la detección precoz de la conducta o ideación suicida, pero que, al detectarse, la ayuda necesaria es escasa y tardía, cabría suponer que, el contar con una sociedad instruida en la detección de manera precoz de alguna conducta de riesgo, disminuiría enormemente la incidencia de todas las conductas en torno al tema tratado. Precisamente es frente a este tema, donde las familias encuestadas expresan no tener conocimientos ni habilidades fundamentales de detección, incluso, como es el caso, cuando se pregunta por sus propios hijos a los que crían y conocen.

Destacar finalmente que, durante la revisión bibliográfica previa a este proyecto de investigación, se extrañó fuertemente la existencia de proyectos unificados para la resolución de un problema común a nivel estatal, europeo o incluso mundial. Concretamente en España, las comunidades que han decidido gestionar el tema del suicidio desde la Atención Primaria, o desde los Centros Educativos lo hacen de manera individual, sin poner en común estrategias ni registros, siendo estos últimos inexistentes en muchas comunidades.

En el caso de Canarias, se dispone del “Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023” en la actualidad, aunque si bien es cierto que recoge estrategias óptimas de abordaje de la problemática expuesta, aún se está intentando poner en funcionamiento la mesa intersectorial para el abordaje de este tema, estando prácticamente en fechas de caducidad de dicho plan. En cuanto al RECAP (registro de Casos Psiquiátricos de Canarias) propuesto¹⁵, no se obtendrán datos hasta la próxima encuesta de Salud, la cual, dicho sea de paso, lleva sin actualizaciones desde 2021 y que desgraciadamente, llegado el momento de analizarlos, si no se aportan medidas adicionales, será en ocasiones y para muchas familias, tarde. Dicho plan habla en profundidad y detalle de la formación de profesionales, tanto de Atención Primaria como de Servicios Especiales como Salud Mental o Urgencias Hospitalarias, aunque la realidad es que esa formación, o bien no ha llegado o no está siendo transmitida correcta y efectivamente a los afectados como ha quedado reflejado en la encuesta realizada. Por otro lado, el Gobierno de Canarias, publica en su web del Servicio Canario de Salud, numerosos talleres propuestos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud como son, talleres de prevención del cáncer, higiene dental, higiene postural, higiene sexual y reproductiva, etc. Aunque al acceder al link de salud mental, sorprende el mensaje explicativo que nos informa de que el único taller disponible (Prevención del estrés) esté “pendiente hasta la publicación definitiva del Programa de Salud Metal” y cuya última revisión fue el 16 de febrero de 2009¹⁶, dato que resalta aún más si observamos que las muertes a causa del suicidio en nuestra comunidad, en 2021, ascendieron a un total de 230 (22 de ellas en menores) y lo comparamos con los números relativos a otras patologías para las que sí existen programas y talleres tales como Enfermedades de Transmisión Sexual (casos de VIH) o Tuberculosis que arrojaron unos datos de 18 y 3 casos de defunciones respectivamente¹. Estos datos muestran la efectividad de dichas propuestas de prevención y promoción sanitaria, entonces, ¿Por qué los tiempos de espera para los programas y talleres de salud mental?

5. CONCLUSIONES

- Las familias afirman carecer de capacidad de detección de la ideación de suicidio en sus hijos/as.
- Perciben una carencia por parte de las instituciones sobre formación en cuanto a detección de esta conducta y en general en cuanto a temas relacionados con la salud mental.
- Reclaman. charlas, plataformas de ayuda y consulta a las que recurrir en caso de dudas, y que esta información y ayuda sea accesible desde cualquier centro de Atención Primaria o Centro Educativo.

Para finalizar, se recomendaría la inclusión en las actividades de Promoción de Salud, llevadas a cabo desde los diferentes servicios sanitarios, más proyectos dedicados a las familias dado que pueden llegar a ser el factor protector más importante si se les da la oportunidad y los conocimientos oportunos.

REFERENCIAS

- [1] Intituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según la causa de la muerte [Internet]. Madrid: INE; 2019 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/7MKID>
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- [3] Servicio Canario de la Salud (SCS). Dirección General de Programas Asistenciales. Informe Epidemiológico sobre la conducta suicida en Canarias (2007-2020) [Internet]. Canarias: SCS; 2021 [citado 9 noviembre 2022]. Disponible en: https://www.afaes.es/cms/uploads/2.CONDUCTA_SUICIDA_EN_CANARIAS.pdf

- [4] Baader MT, Urra PE, Millan AR, Yáñez ML. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su afrontamiento. *RMCLC*. 2011;22(3):303-309. doi: [10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- [5] Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/1htYd6shLLIU>
- [6] Lillo JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2004 [citado 13 diciembre 2022];(90):57-71. Disponible en: <https://cuty.io/YMBrNcUx8>
- [7] Aumatre A, Costas E, Sánchez M, Taberner P, Vall J. Crecer Saludable(mente). Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y adolescencia [Internet]. Madrid: Save the children; 2021 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf
- [8] Corona B, Hernández M, García RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Rev Haban Cienc Méd* [Internet]. 2016 [citado 13 diciembre 2022]; 15(1):90-100. Disponible en: <https://cuty.io/uVM6hR8kZ>
- [9] Diario enfermero. Educación enfermera para prevenir y concienciar sobre el suicidio. *Diario Enfermero*. 13 abril 2022.
- [10] Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. Vivir es la salida [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2018 [citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/wrHp4>
- [11] Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Helsinki: AMM; 1964 [actualizado octubre 2013; citado 13 diciembre 2022]. Disponible en: <https://cuty.io/ciq0o>
- [12] Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica: 8ª ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- [13] Cortés A, Román M, Suárez R, Alonso RM. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *An Acad Cienc Cuba* [Internet]. 2021 [citado 09 mayo 2023];11(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aacc/v11n2/2304-0106-aacc-11-02-e939.pdf>
- [14] Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025 [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2022 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/jT5yC9REfAqN>
- [15] Baltar JM, Domínguez CJ, Hernández E (dir). Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 [Internet]. Canarias: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.; 2019 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/6P929tUE6EdV>
- [16] Servicio Canario de Salud. Aulas de salud. Talleres y actividades [Internet]. Canarias: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales.; 2009 [citado 09 mayo 2023]. Disponible en: <https://cuty.io/TPWYjak>