

Prevención primaria y secundaria del suicidio en adolescentes desde la medicina familiar

Saskia Lorena Mateus Mora^a, Erwin Hernando Hernández Rincón^{b,*} y Claudia Liliana Jaimes^c

^aMédica de atención primaria. Universidad de La Sabana. Colombia.

^bMédico. Máster en Investigación en Atención Primaria. Doctor en Investigación Clínica. Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Colombia.

^cMédica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Educación Médica. Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Colombia.

*Correo electrónico: erwinhr@unisabana.edu.co

Puntos para una lectura rápida

- Es necesaria la estandarización mundial de herramientas que sean útiles para el médico en atención primaria que le permitan hacer diagnóstico precoz de suicidio.
- Es importante la identificación de barreras de acceso al sistema de salud, para hacer diagnóstico precoz y seguimiento a adolescentes de alto riesgo suicida.
- Se requiere la formación de programas y alianzas intersectoriales, que aseguren un abordaje global de los factores de riesgo para disminuir el suicidio.
- Se debe reflexionar sobre el estigma de la salud mental por parte de los círculos sociales en los que se ven inmersos los adolescentes, que evitan que puedan buscar ayuda en momentos de crisis.
- Es útil la incorporación de instrumentos informáticos como estrategia de atención primaria en el reconocimiento temprano de riesgo e ideación suicida.

Palabras clave: Suicidio • Adolescentes • Prevención primaria • Prevención secundaria • Medicina Familiar y Comunitaria.

Introducción

El suicidio es un fenómeno global, intemporal y multifactorial¹, el cual, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se define como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal”².

Se estima que en el mundo se registran alrededor de un millón de suicidios al año, y por cada suicidio consumado se presentan entre 20 y 25 intentos de suicidio³. Los hombres se suicidan más que las mujeres, con una relación que varía entre 1,5 y 4 hombres por cada mujer, siendo mayor la relación en los países desarrollados⁴. Lo anterior, debido a que los hombres emplean métodos más violentos y letales, mientras que las mujeres presentan mayor número de intentos suicidas⁵.

Además de afectar al individuo, trae implicaciones para las familias y las comunidades, ya que incurre en costos sociales masivos estimados en más de 93 mil millones de dólares/año solo en los Estados Unidos⁶, de ahí que, desde 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reconozca como un problema de salud pública⁷.

A pesar de los esfuerzos para su prevención, las tasas de suicidio siguen en aumento y ese incremento ha sido más marcado entre los adolescentes, convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años³. Estos datos estadísticos son contundentes; sin embargo, son pocos los entornos de atención médica donde se detecta el riesgo de suicidio y, en un número aún menor, los que utilizan métodos basados en la evidencia⁸. Este artículo tiene, por tanto, el objetivo de revisar las estrategias reportadas en

TABLA 1. Factores de riesgo para el suicidio en adolescentes

Factores biológicos	Factores sociodemográficos	Factores psicosociales
Desregulación del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal Enfermedades concurrentes (esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, enfermedad de Huntington y epilepsia) Trastornos mentales (depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia)	Sexo Estado civil (viudez, soltería y divorcio) Migración Composición familiar (familia monoparental) Pobreza Desempleo Origen étnico Personas sin hogar Lugar de residencia Pocas redes de apoyo	Expulsión de instituciones educativas Muertes prematuras de miembros de la comunidad Abuso o negligencia sexual y/o física Acoso escolar Violencia interpersonal Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas Antecedentes de autolesiones e intentos de suicidio Creencias culturales Pocas redes de apoyo social Crisis interpersonal reciente

Adaptado de citas bibliográficas 3, 4, 12, 13.

la literatura desde la medicina familiar tanto en la prevención primaria como secundaria del suicidio en adolescentes.

Prevención primaria del suicidio

Las estrategias de prevención primaria del suicidio buscan disminuir la incidencia mediante la identificación e intervención de los factores de riesgo y la protección específica de la población vulnerable⁹. Es decir, intervenciones antes de que ocurra el comportamiento suicida o que la ideación sea expresada¹⁰.

La adolescencia es considerada una etapa de vulnerabilidad, debido a los cambios corporales por los que los jóvenes atraviesan, la presión de grupo, la búsqueda constante de aceptación social, el establecimiento de la identidad propia, entre otras situaciones¹¹. No es frecuente que exista una sola causa de muerte por suicidio, sino más bien una combinación de factores de riesgo, así como de eventos precipitantes⁸. Los factores de riesgo para el suicidio en adolescentes se pueden clasificar en tres categorías: factores biológicos, factores sociodemográficos y factores psicosociales, entre otros (tabla 1)^{3,4,12,13}.

En los últimos 30 años se han desarrollado diversas intervenciones para la prevención del suicidio en las escuelas¹⁴. Se prefiere el entorno escolar sobre otros, tal vez porque es allí donde pasan gran parte del día la mayoría de los niños y los jóvenes¹⁵. Por lo tanto, los alcances de las estrategias y la audiencia son mayores¹⁶.

Los programas de prevención del suicidio con base en la escuela se han clasificado de la siguiente manera: 1) singulares: psicoeducación (primera generación); 2) psicoeducación y terapia cognitivo-conductual (TCC) (segunda generación); 3) programas multimodales y, por último, 4) programas de entrenamiento de guardianes o “gatekeepers”¹⁴. Estos incluyen una amplia gama de intervenciones, como planes de es-

tudio educativos que fomentan la resiliencia en los jóvenes, donde se enseñan estrategias de afrontamiento personalizadas y habilidades para la resolución de conflictos; políticas escolares (por ejemplo, para aumentar el acceso a la atención de la salud mental); programas de detección para identificar los factores de riesgo de suicidio antes del desarrollo de ideas o conductas suicidas (por ejemplo, consumo de alcohol y drogas), entre otros^{8,10}.

En los dos primeros grupos, la psicoeducación por sí sola no ha mostrado una mejora significativa del comportamiento desadaptativo ni en la búsqueda de ayuda, mientras que los programas que integran múltiples métodos han demostrado resultados importantes, pues se ha visto una reducción del 40% en los intentos de suicidio a los 3 meses de la intervención, aumento en el conocimiento y mejores actitudes hacia la búsqueda de ayuda¹⁴, de ahí que existan varios programas que, por lo general, incorporan una o más de las intervenciones señaladas¹⁷.

Recientemente, los programas que más se están desarrollando son los del cuarto grupo, puesto que se puede capacitar a cualquier persona de una institución educativa (profesores, personal administrativo o los mismos alumnos). Estos programas tienen por objeto que los participantes desarrollen habilidades para que respondan de manera adecuada y efectiva a los individuos en riesgo de suicidio, de modo que se pueda lograr tempranamente la identificación y la derivación a los profesionales de la salud^{15,18}. Asimismo, que los adolescentes en riesgo conozcan quiénes son los “gatekeepers” y tengan la confianza de recurrir a ellos¹⁷.

Además del apoyo de los pares, es importante el apoyo familiar y el comunitario. Por ello, las estrategias deben involucrar diversos sectores que orienten sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de los factores protectores, como la monitorización parental y la conectividad, es decir, que los adolescentes sientan confianza en sus padres y en sus pares para hablar de sus problemas^{19,20}. También, facilitar la integración a grupos sociales que promuevan el cambio de comporta-

mientos individuales para la adopción de hábitos de vida saludables como el ejercicio, la alimentación equilibrada y una adecuada rutina de sueño²¹.

Es así como la salud pública y los gobiernos cobran relevancia, ya que, a través de un adecuado conocimiento de los factores de riesgo y la caracterización de la población, se pueden generar estrategias nacionales para prevenir el suicidio. Estas pueden contemplar la capacitación de personal de la salud para garantizar la atención integral de personas con trastornos mentales y/o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso o adicción a sustancias psicoactivas; la concienciación del público en general; la restricción del acceso a las sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas y la prohibición de las bebidas alcohólicas a menores de edad. También, mejorar la oferta de actividades deportivas y recreativas para que los adolescentes cuenten con espacios suficientes y seguros para divertirse^{9,22}.

Prevención secundaria del suicidio

La prevención secundaria tiene por objeto disminuir la probabilidad de un intento de suicidio en pacientes de alto riesgo¹², por lo que comprende acciones para realizar el diagnóstico temprano, la captación oportuna y ofrecer los tratamientos adecuados⁹.

Desde hace algunos años se recomienda que en escenarios de atención médica todos los pacientes sean evaluados para detectar el riesgo de suicidio. En algunas ocasiones se utilizan herramientas de detección de depresión. Sin embargo, pueden no ser suficientes, ya que no todos los individuos con ideación o que han cometido un intento de suicidio tienen depresión; tampoco han sido validadas para identificar específicamente el riesgo de suicidio, de ahí que preguntar directamente sobre el suicidio con instrumentos de detección específicos de suicidio para adolescentes y que estén validados es la mejor manera de identificar con precisión a los pacientes en riesgo⁸.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas, los antidepresivos son los más utilizados, pero los estudios sobre su efectividad para reducir los intentos de suicidio y los suicidios consumados han tenido resultados mixtos. Algunos estudios muestran una disminución en las tasas de suicidio con el aumento en la prescripción selectiva de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), mientras que otros advierten sobre una posible asociación entre el uso de antidepresivos y las conductas suicidas (ideación, planificación e intento). Por ello, la relación entre los antidepresivos y las tendencias suicidas necesita estudios adicionales antes de que esta clase de fármacos pueda usarse de manera segura para la prevención del suicidio¹².

Si el tratamiento farmacológico es imprescindible y urgente, se debe preferir fármacos antidepresivos con escasa potencialidad letal. De considerar el uso de medicamentos antidepresivos en adolescentes, se recomienda formular dosis subclínicas y en envases pequeños, para cuidar así que el paciente no acumule dosis letales del medicamento prescrito³. Además, se debe hacer un seguimiento semanal estricto, durante las primeras 4 semanas, para vigilar la aparición de conductas suicidas y otros efectos secundarios²³.

Por otro lado, se encuentran las intervenciones psicosociales¹². Estas se basan en enfoques terapéuticos comunes, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia dialéctica conductual (TDC) y la terapia de resolución de problemas. Dependiendo del enfoque escogido, estos programas se brindan de forma individual o grupal y pueden estar dirigidos a una población particular o ser lanzados como una estrategia universal¹⁶. Sin embargo, son muy escasos los profesionales sanitarios que están capacitados para ofrecer este tipo de ayudas³.

Otras intervenciones han mostrado ser eficaces en la prevención secundaria del suicidio. Entre estas, las políticas de restricción del acceso a los medios letales más comunes como las armas de fuego, las sustancias tóxicas y los lugares altos para saltar o colgarse. También, la formulación de guías y la normatividad a los medios de comunicación, para la transmisión de informes responsables y sensibles, orientados a educar al público acerca del suicidio y los tratamientos disponibles; suministrar información sobre sitios donde se ofrece ayuda y reducir los tabúes y la estigmatización^{10,12}.

Una vez que un individuo expresa un pensamiento suicida (al profesional de atención de salud, a su círculo cercano o por medio publicaciones en las redes sociales) o que realiza un intento suicida, se debe hacer una evaluación del riesgo de suicidio y derivar a los servicios de salud mental de forma urgente o preferente. Se sabe que las preguntas sobre las autolesiones no provocan actos de autolesión. Por el contrario, frecuentemente reducen la ansiedad asociada con los pensamientos o los actos de autolesión y ayudan a que la persona se sienta comprendida²³.

De igual forma, se debe crear un plan de seguridad personalizado y concreto, que incluya estrategias de afrontamiento en tiempos de crisis; reconocer las propias señales de advertencia; identificar a miembros de la familia, pares o profesionales con los que se pueda contactar para obtener ayuda, y proporcionar información de contacto para la línea nacional de emergencias⁸, ya que los individuos tienen un mayor riesgo de cometer otro intento e incluso de consumarlo en los días posteriores. Por tanto, el profesional debe hacerle seguimiento a su paciente, hasta que este reciba la atención especializada en salud mental.

Rol del médico de familia en la prevención del suicidio

El médico de familia brinda una atención médica continua e integral para el individuo y su familia, integrando las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. Durante su formación académica, recibe un entrenamiento que abarca todas las edades, los diferentes sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y las patologías más prevalentes²⁴, por lo que las actividades curativas como la detección y el tratamiento de las enfermedades las realiza bajo un enfoque sistémico, centrado en las personas²⁵.

Además, lleva a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como la tamización, para la identificación temprana de los riesgos y las enfermedades, y la consejería, que se brinda según el ciclo vital individual y familiar, para disminuir el impacto emocional de las crisis asociadas a los factores de riesgo, fortalecer los factores de protección y promover hábitos de vida saludable²⁶. A diferen-

cia de otras especialidades médicas, desplaza la atención del individuo aislado hacia la familia y la red de soporte del paciente²⁷, por lo que orienta todas sus acciones hacia el individuo y su entorno, sin dejar de lado el contexto social, la comunidad, donde se encuentra inmerso el núcleo familiar²⁸.

Teniendo en cuenta las características mencionadas, el médico de familia tiene un papel primordial, en la primera línea de atención, en la prevención del suicidio²⁹. Junto con los pediatras, son considerados los profesionales de la salud más idóneos para la atención de los adolescentes³⁰.

Durante el acto médico, la entrevista clínica es considerada la parte más importante, cuando se tiene por objeto el abordaje integral de un individuo. La entrevista con el adolescente en atención primaria, debido a las particularidades de la población, puede ser la única oportunidad para realizar pruebas de detección e intervención del suicidio. Por lo cual, la entrevista debe tener unos elementos principales para ser satisfactoria para todas las partes implicadas³⁰. En la figura 1 se resumen algunas técnicas y consejos para las entrevistas con los jóvenes.

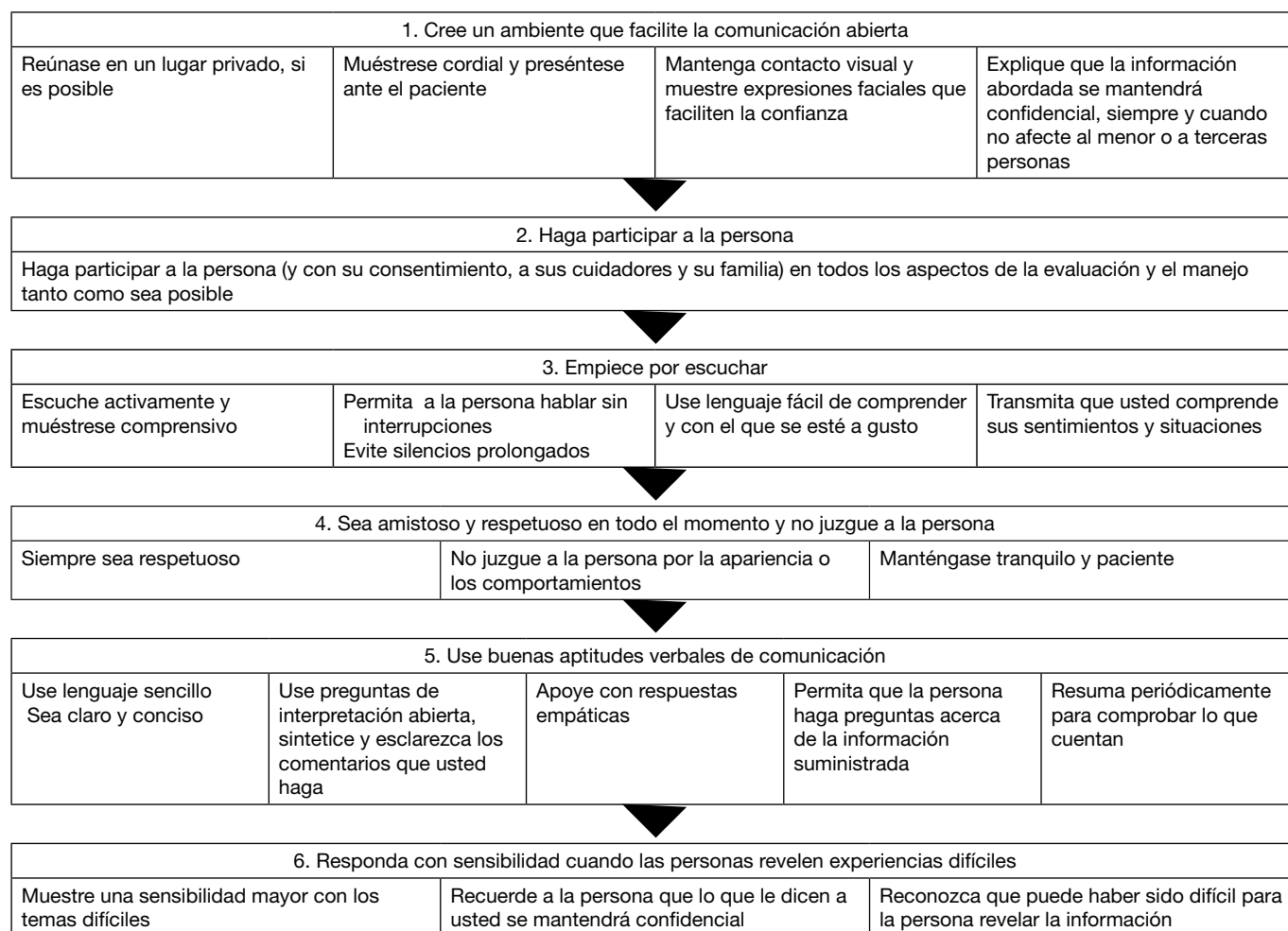


Figura 1. Recomendaciones para la entrevista con el adolescente.

Adaptado de: Sanz JR et al³⁰.

TABLA 2. Abordaje psicosocial del adolescente: HEEADSSS

Descripción	Características
Hogar (Home)	Indagar por la relación con los padres y hermanos y el grado de satisfacción de estas: • ¿Dónde vives y con quién? ¿Cómo es la vida en casa? • ¿Puedes hablar con alguien en casa sobre el estrés? ¿Quién? • ¿Alguna vez has huido? ¿Por qué? • ¿Alguna vez te mudaste o tuviste que vivir fuera de casa? Si es así, ¿por qué?
Educación/Empleo (Education/Employment)	Indagar por la relación con pares y el entorno en el que se encuentra ya sea de trabajo o de estudio: • Cuéntame sobre la escuela: ¿Qué institución educativa? ¿Qué año? • ¿Tienes un mejor amigo, un grupo de amigos o prefieres estar solo? • ¿Es tu entorno educativo o de trabajo un lugar seguro? ¿Por qué/cómo? ¿Alguna vez has sido intimidado? • ¿Te sientes cómodo en ese lugar?
Alimentación (Eating)	Indagar sobre los hábitos alimenticios y de ejercicio, ya que estos pueden evolucionar a condiciones graves de salud mental (trastornos de la conducta alimentaria): • ¿Qué pensarías que es una dieta saludable? ¿Cómo se compara eso con tu dieta? • ¿Alguna vez parece que tu alimentación está fuera de control? • ¿Has hecho dieta en el último año? ¿Con qué frecuencia? ¿Alguna vez has tomado pastillas para adelgazar? • Cuéntame sobre tu rutina de ejercicio
Actividades (Activities)	Aprender sobre las cosas que el individuo disfruta haciendo con amigos y familiares: • ¿Qué te gusta hacer para divertirte? ¿Cómo pasas el tiempo con tus amigos? (¿con quién?, ¿dónde? y ¿cuándo?) • ¿Participas en deportes? ¿Qué deporte? • ¿Qué música escuchas? • ¿Qué tipo de libros lees? • ¿Participas regularmente en actividades religiosas o espirituales?
Drogas (Drugs)	Indagar sobre experimentación-abuso de tabaco, alcohol y/o drogas: • ¿Hay antecedentes de problemas de tabaco, alcohol o drogas en tu familia? • ¿Alguno de tus amigos/familiares fuma tabaco? ¿Consumen drogas? ¿Beben alcohol? • ¿Cómo comenzaste a consumir drogas/fumar/beber alcohol? Evaluar frecuencia, intensidad patrones de uso y abuso
Sexualidad (Sexuality)	Es una parte de la entrevista muy privada, por lo que podría ser difícil abordarla y se debe pedir permiso para continuar: • Cuéntame sobre tu vida sexual... ¿Estás atraído por alguien ahora? • ¿Te interesan los chicos? ¿Las chicas? ¿Ambos? ¿Aún no estás seguro? • Preocupaciones sobre la menstruación y la anticoncepción (embarazo, enfermedades de transmisión sexual)
Suicidio (Suicide)	Tener en cuenta que los trastornos de salud mental a menudo tienen su inicio durante la adolescencia: • ¿Te sientes estresado o ansioso más de lo normal? • ¿Te sientes triste o deprimido más de lo habitual? • ¿Estás aburrido? ¿Parece que has perdido interés en cosas que solías disfrutar? • ¿Alguna vez has intentado suicidarte? • ¿Has comenzado a usar drogas o alcohol para sentirte mejor? • ¿Tienes problemas para ir a dormir? • ¿Has pensado en lastimar a otros o a ti mismo?
Seguridad (Security)	Es importante indagar cómo el paciente enfrenta el peligro y qué estrategias tiene para enfrentar los ambientes y los comportamientos de alto riesgo: • ¿Hay violencia en tu escuela? ¿En tu vecindario? ¿Entre tus amigos? ¿Con tu pareja? • ¿Alguna vez has resultado gravemente herido en un accidente automovilístico? ¿Qué tal alguien que conoces? • ¿Siempre llevas puesto el cinturón de seguridad en el automóvil? • ¿Utilizas equipos de seguridad para deportes u otras actividades físicas? • ¿Cuándo fue la última vez que enviaste un mensaje de texto mientras conducías?

Adaptado de: Doukrou y Segal³¹.

Para el abordaje psicosocial del adolescente, el médico de familia dispone de la herramienta HEEADSSS (por sus siglas en inglés). Este acrónimo se utiliza como guía para conocer el contexto del paciente y cómo los factores psicosociales se asocian a la salud individual. Evalúa los siguientes elementos: hogar, educación/empleo, alimentación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio/síntomas de depresión y seguridad (tabla 2). Esta herramienta se destaca por su versatilidad, ya que puede ser utilizada como un elemento

independiente o como un componente de la evaluación de la salud mental; es aplicable en diferentes escenarios (ambulatorio, urgencias y hospitalización) y permite al profesional de la salud una mayor interacción con los adolescentes^{11,31}.

Asimismo, se utilizan otros recursos para la evaluación familiar y de las redes de apoyo como el familiograma, el APGAR familiar y el ecomapa (tabla 3)³²⁻³⁴. Estos instrumentos de atención familiar pueden ser utilizados por otros profesionales sanitarios en la atención primaria del suicidio,

TABLA 3. Instrumentos de atención familiar

Instrumentos	Características	Utilidad
Familiograma	Diagrama de la estructura y los patrones de funcionamiento familiar	Revelar las historias y los contextos familiares Comprender el proceso de proyecciones familiares
APGAR familiar	Cuestionario de 5 preguntas que abordan las cinco funciones básicas de la familia: adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recurso	Explorar el impacto de la función familiar sobre el comportamiento y la salud del individuo
Ecomapa	Diagrama de las relaciones entre la familia y la comunidad	Reconocer la presencia o ausencia de recursos sociales, culturales y económicos Evaluar el apoyo disponible y su uso por parte del individuo y su familia

Adaptado de: Nascimento et al³³ y Sitnik-Warchulska e Izdorczyk B³⁴.

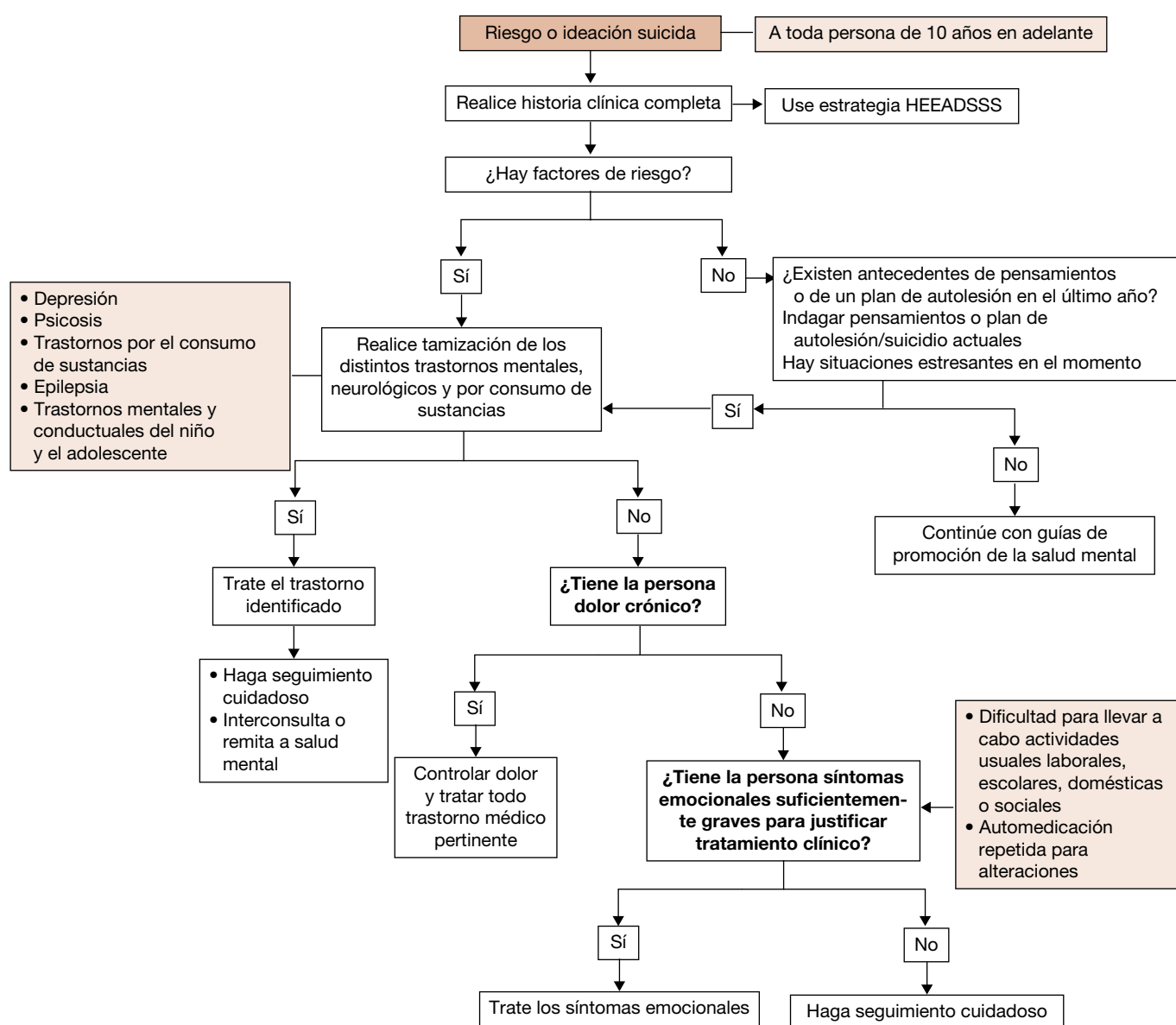


Figura 2. Algoritmo para el abordaje del adolescente con riesgo o ideación suicida.

Adaptado de: Buitrago Ramírez et al³ y Organización Mundial de la Salud²³.

HEADSSS: regla mnemotécnica para recordar abordaje del área psicosocial y familiar de los adolescentes.

permitiéndoles desarrollar una visión integrada de las relaciones del individuo con sus familias y/o comunidad, establecer cómo son las interacciones actuales e identificar los puntos débiles y fuertes, para asumir la conducta más apropiada³⁵.

El médico de familia cumple también una función como ente articulador y líder dentro del sistema de salud, ya que puede gestionar y acompañar la capacitación de otros profesionales sanitarios, no solo los médicos, también los profesionales de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas familiares, entre otros, mediante la elaboración, socialización, implementación y evaluación de guías^{25,36}. Esto permite reducir los vacíos de conocimientos en salud mental y contrarrestar así las barreras que están en relación directa con la escasez, la no capacitación psiquiátrica formal de algunos profesionales de la salud y la incomodidad general de algunos individuos para evaluar el riesgo de suicidio en adolescentes^{3,37}.

La guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (GI-mhGAP, por sus siglas en inglés), de la OMS, ha sido elaborada para que los profesionales de la salud tengan las directrices para evaluar y atender a las personas con trastornos mentales y uso de sustancias, en niveles de atención no especializados²³. De igual forma, se encuentran las recomendaciones para la prevención del suicidio en atención primaria del Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS), con la particularidad de que están dirigidas a los pacientes, sus familiares y la administración sanitaria³. Se propone un algoritmo de atención en salud para el abordaje integral del suicidio en adolescentes, tomando como referencia estos dos documentos (fig. 2). Asimismo, se presentan los criterios de remisión a los servicios de salud mental (tabla 4)³.

Por último, se han descrito obstáculos para que el médico de familia asuma un rol activo en la prevención del suicidio. Entre estos, la carencia de herramientas para pesquisa, ya que los instrumentos disponibles no han sido adaptados para ser aplicados en adolescentes o no están validados al idioma español; el corto tiempo para la atención en una consulta de rutina, y la sobrecarga de actividades asistenciales y administrativas^{8,38}. Para ello se ha propuesto la estandarización de cuestionarios virtuales, basados en modelos predictivos, que faciliten la evaluación y el seguimiento de los jóvenes. Sin embargo, hacen falta más estudios para la implementación en la atención primaria³⁷.

Se han identificado otras barreras que aíslan a las personas que experimentan pensamientos y comportamientos suicidas y les impiden buscar ayuda: barreras de tipo estructural, como el desconocimiento de la ruta de atención; la ubicación de los servicios de ayuda lejos de las zonas de residencia, y los tiempos largos de espera para las citas. También, barreras relacionadas con la concepción de las enfer-

TABLA 4. Indicadores de remisión a los servicios de salud mental

Antecedente de intentos suicidas
Suicidio reciente de un familiar o amigo
Aumento de la desconfianza
Desesperanza
Deseo de muerte e idealización del suicidio
Ansiedad intolerable
Alta impulsividad
Aumento en el aislamiento o retraimiento social
Inhibición de conductas y/o comunicación
Reducción de los intereses vitales y relacionales
El entrevistador se siente asustado, inhibido, impotente o enfadado frente al paciente

Adaptado de: Buitrago Ramírez et al³.

medades, los trastornos mentales y de la atención por los servicios de salud mental, debido principalmente al estigma y la discriminación. El acceso a este tipo de atención en salud también se ve afectado por las limitaciones en el aseguramiento y los costos financieros^{39,40}.

Se hace evidente entonces que debe existir capacitación psiquiátrica formal de los profesionales de salud, contar con los recursos (instrumentos, económicos, tiempo, entre otros) y educar en y para la salud a la sociedad, para alcanzar un grado de desarrollo aceptable de este tipo de actividades preventivas y el impacto adecuado en la población³⁸.

Conclusiones

El suicidio en los adolescentes puede y debe prevenirse desde la atención primaria. Para lograrlo, se requiere de intervenciones intersectoriales, que involucren a los jóvenes, sus familias y la comunidad. Las relaciones sinérgicas entre los diferentes sectores son necesarias, ya que las estrategias singulares son insuficientes para el abordaje de una situación tan compleja como lo es el suicidio.

En el ámbito de la salud, estas actividades y acciones pueden estar lideradas por el médico de familia; especialista con características que lo hacen el profesional idóneo para la atención de esta problemática de salud pública. Sin embargo, se requiere del trabajo en equipo con profesionales sanitarios de otras áreas para hacer frente a esta situación.

Por último, futuras líneas de acción pueden estar orientadas a la validación de herramientas de tamizaje para la identificación e intervención temprana de factores de riesgo para el suicidio en adolescentes, así como unir esfuerzos para desarrollar estrategias que propicien la articulación de los servicios de atención primaria con los de salud mental.

Bibliografía

- Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2018;20:387-95. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014

2. Piedrahita SLE, Paz KM, Romero AM. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2012;17:136-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=es
3. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2016;48(Supl 1):77-97. [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(16\)30189-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(16)30189-5)
4. Bilsen J. Suicide and youth: Risk factors. Front Psychiatry [Internet]. 2018;9:1-5. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2018.00540/full>
5. Nowotny KM, Peterson RL, Boardman JD. Gendered contexts: variation in suicidal ideation by female and male youth across U.S. States. J Health Soc Behav [Internet]. 2015;56:114-30. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146514568350>
6. Korczak DJ, Finkelstein Y, Barwick M, Chaim G, Cleverley K, Henderson J, et al. A suicide prevention strategy for youth presenting to the emergency department with suicide related behaviour: protocol for a randomized controlled trial. BMC Psychiatry [Internet]. 2020;20:20. Disponible en: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2422-y>
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de la conducta suicida [Internet]. Vol. 18. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016. 90 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Horowitz L, Tipton MV, Pao M. Primary and secondary prevention of youth suicide. Pediatrics [Internet]. 2020;145(Suppl 2):S195-203. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/lookup/doi/10.1542/peds.2019-2056H>
9. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna [Internet]. 2011;33:11-4. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
10. Harrod CS, Goss CW, Stallones L, DiGuseppi C. Interventions for primary prevention of suicide in university and other post-secondary educational settings. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014;(10). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009439.pub2>
11. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent psychosocial assessment: The HEEADSSS. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]. 2017;55:24-7. Disponible en: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/02793695-20170420-03>
12. Ganz D, Braquehais MD, Sher L. Secondary prevention of suicide. PLoS Med [Internet]. 2010;7:e1000271. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000271>
13. Rojas Moreno I. Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su implementación [Internet]. Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. 2013. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
14. Flynn A, Zackula R, Klaus NM, McGuinness L, Carr S, Macaluso M. Student evaluation of the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program in Midwest schools. Prim Care Companion CNS Disord [Internet]. 2016;18(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5035808/>
15. Mo PKH, Ko TT, Xin MQ. School-based gatekeeper training programmes in enhancing gatekeepers' cognitions and behaviours for adolescent suicide prevention: a systematic review. Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]. 2018;12:29. Disponible en: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-018-0233-4>
16. Caezar AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, van Spijker B, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2016;25:467-82. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-015-0783-4>
17. Bustamante V F, Florenzano U R. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2013;51:126-36. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Heinz A, Catunda C, van Duin C, Willems H. Suicide prevention: Using the number of health complaints as an indirect alternative for screening suicidal adolescents. J Affect Disord [Internet]. 2020;260:61-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032719312443>
19. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Had-laczky G, et al. Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: a 10-country study. J Adolesc Heal [Internet]. 2017;61:179-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>
20. Goldston DB, Erkanli A, Daniel SS, Heilbron N, Weller BE, Doyle O. Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2016;55:400-7.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.010>
21. Martín-del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. Rev Médica del Hosp Gen México [Internet]. 2013;76:200-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-suicidio-adolescentes-X0185106313687322>
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. 2014. p. 89. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de intervención mh-GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada - versión 2.0 [Internet]. Repositorio Institucional para intercambio de información. 2018. 1-173 p. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
24. Jawad Hashim M. A definition of family medicine and general practice. J Coll Physicians Surg Pakistan [Internet]. 2018;28:76-7. Disponible en: <https://www.jcpsp.pk/data/view.php?id=2809&type=pdf&journal=regular>
25. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2019;35:1-16. Disponible en: <http://www.revmgisld.cu/index.php/mgi/article/view/466/270>
26. Dallos Arenales MI. Consejería en salud. En: Fundamentos en salud familiar [Internet]. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME); 2008. p. 344. Disponible en: <http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/09/Libro-Medicina-Familiar-ASCOFAME.pdf>
27. Turabián JL, Pérez Franco B. El acompañante en la entrevista clínica de atención primaria. Semer - Med Fam [Internet]. 2015;41:206-13. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359314002433>
28. Montoro R, Fernández Ruiz JS. La atención familiar, una estrategia de cambio necesaria y pertinente. Semer - Med Fam [Internet]. 2006;32:203-4. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359306732579>
29. Guibert Reyes W. Prevención de la conducta suicida en la APS. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2002;18:149-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200009&lng=es
30. Sanz JR, Gutiérrez Bejarano DZ, Álvarez-Ude Coterá F. La entrevista con el adolescente: los elementos clave. FMC [Internet]. 2015;22:360-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134207215001607>
31. Doukrou M, Segal TY. Fifteen-minute consultation: Communicating with young people—how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. Arch Dis Child - Educ Pract Ed [Internet]. 2018;103:15-9. Disponible en: <http://ep.bmj.com/lookup/doi/10.1136/archdischild-2016-311553>
32. Román-López CA, Angulo-Valenzuela RA, Figueroa-Hernández G, Hernández-Godínez M de los A. El médico familiar y sus herramientas. Rev Médica MD [Internet]. 2015;6:294-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md1540.pdf>
33. Nascimento LC, Dantas IR de O, Andrade RD, Mello DF de. Genogram and ecomap: Brazilian nursing contributions. Texto Context - Enferm [Internet]. 2014;23:211-20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100211&lng=en&tlng=en
34. Sitnik-Warchulska K, Izydorczyk B. Family patterns and suicidal and violent behavior among adolescent girls—Genogram analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2018;15:2067. Disponible en: <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/10/2067>
35. Alegre Palomino Y, Suárez Bustamante M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. Rampa [Internet].

- 2006;1:48-57. Disponible en: <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC Instrum Familia2A.pdf>
36. Jawad Hashim M. Principles of family medicine and general practice – defining the five core values of the specialty. *J Prim Health Care* [Internet]. 2016;8:283. Disponible en: <http://www.publish.csiro.au/?paper=HC16006>
 37. Etter DJ, McCord A, Ouyang F, Gilbert AL, Williams RL, Hall JA, et al. Suicide screening in primary care: use of an electronic screener to assess suicidality and improve provider follow-up for adolescents. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2018;62:191-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288792/>
 38. Ramírez Puerta D. Las actividades preventivas en la consulta de atención primaria. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2011;37:171-2. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359311001109>
 39. Nestor BA, Cheek SM, Liu RT. Ethnic and racial differences in mental health service utilization for suicidal ideation and behavior in a nationally representative sample of adolescents. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;202:197-202. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715307242>
 40. Crepeau-Hobson F, Estes J. Removing barriers to treatment: Evaluation of a youth suicide prevention program. *J Youth Dev* [Internet]. 2019;14:146-59. Disponible en: <http://jyd.pitt.edu/ojs/jyd/article/view/19-14-03-PA-03>