

Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería

Família e escola: cenários de prevenção da conduta suicida em adolescentes desde a disciplina da enfermagem

Family and school: scenarios of prevention of suicidal conducts in teenagers from the nursing discipline

GLORIA CARVAJAL CARRASCAL*, CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO**

Resumen

La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud que requiere atención de todos los sectores de la sociedad, porque enmarca una realidad compleja que no puede explicarse exclusivamente a partir de los factores biológicos, sino que incluye aspectos psicológicos, sociales y culturales por ser un fenómeno de origen multifactorial. Esta conducta ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumado-

ra, que implica el deseo de morir para terminar con una vida sentida como infeliz. La literatura afirma que los profesionales de enfermería juegan un rol clave en el cuidado de las personas con conducta suicida a través de la educación, prevención y provisión de cuidado; además, tienen cualidades y habilidades para alcanzar la meta de la promoción del bienestar y salud de estas personas y sus familias. Los hallazgos de la literatura muestran a los adolescentes como un grupo en el cual se presentan cada vez más pensamientos suicidas, y con más frecuencia aparece la posibilidad de un intento de suicidio que en algunos casos es cometido. Por esto es importante desarrollar estrategias de prevención, en las cuales sea fundamental reconocer el contexto en el cual se genera y ocurre la conducta suicida, con el fin de proporcionar a padres, maestros, profesionales de la salud y líderes comunitarios educación acerca de estas conductas. Esta revisión tiene como objetivo describir la importancia de la conducta suicida en adolescentes como problema de salud pública y su abordaje desde la enfermería, y resaltar la importancia de la familia y la escuela como escenarios de prevención.

* Enfermera, Facultad de Enfermería. Universidad de la Sabana. Especialista en Epidemiología. Universidad El Bosque. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Profesora asistente, Facultad de Enfermería y Rehabilitación. Universidad de La Sabana. gloria.carvajal@unisabana.edu.co, Bogotá, Colombia.

** Enfermera. Universidad Nacional de Colombia. Doctora en Filosofía de Enfermería. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Profesora asociada, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. cvcaroc@unal.edu.co,

Recibido: 10-06-2010 Aprobado: 10-08-2012

Palabras clave: ideación suicida, adolescencia, prevención primaria, enfermería (fuente: DeSC BIREME)

A conduta suicida em adolescentes é um problema de saúde que precisa atenção de todos os setores da sociedade, porque cria uma realidade complexa que não pode se explicar exclusivamente a partir dos fatores biológicos, senão que inclui aspectos psicológicos, sociais e culturais sendo que é um fenômeno de origem multifatorial. Esta conduta ocorre como resposta a uma situação que a pessoa percebe como esmagadora, que implica o desejo de morrer para terminar com uma vida percebida como uma vida infeliz. A literatura afirma que os profissionais de enfermagem têm um papel chave no cuidado das pessoas com conduta suicida a través da educação, prevenção e provisão de cuidado; além disso, tem qualidades e habilidades para alcançar a meta da promoção do bem estar e saúde destas pessoas e suas famílias. Os achados da literatura demonstram aos adolescentes como um grupo no qual se apresentam cada vez mais pensamentos suicidas e com maior frequência aparece a possibilidade de uma tentativa de suicídio que em alguns casos é cometida. Por isto é importante desenvolver estratégias de prevenção, nas que seja fundamental reconhecer o contexto em que se gera e ocorre a conduta suicida, com o fim de proporcionar a pais, mestres, profissionais da saúde e líderes comunitários, educação sobre estas condutas. Esta revisão objetiva descrever a importância da conduta suicida em adolescentes como problema de saúde pública e sua abordagem desde a enfermagem e resaltar a importância da família e a escola como cenários de prevenção.

Palavras chave: ideação Suicida, Adolescente, Prevenção Primária, Enfermagem (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Suicidal behavior in teenagers is a health-care problem that demands attention from all the sectors of the society. This frames a complex reality impossible to explain exclusively on the basis of biological factors only, but also from psychological, social and cultural aspects since this is a phenomenon that arises from multiple factors. This conduct occurs in response to a situation that is perceived as overwhelming, which later causes wishes of being dead as a get-away to end with the so perceived unhappy life. Literature states that the nursing professionals play a key role in taking care of patients with suicidal conducts through the education, prevention and provision of care; besides, they have the qualities and abilities to reach the goal of promoting well-being and health among this group of people and their families. Findings found in the literature showed teenager as group in which there are increasing thoughts about suicide, and more frequently there comes up the possibility of a suicidal attempt that sometimes even gets to the actual commission of suicide. This is why it is important to develop strategies of prevention, in which it is fundamental to recog-

nize the context in which the suicidal conduct emerges and materializes, with the purpose of providing parents, teachers and health professionals and community leaders with education on these behaviors. This revision is purported to describe the importance of the suicidal conduct in teenagers as public-health problem, as well as the importance of having a nursing approach and highlighting the relevancy of family and school as prevention scenarios.

Key words: suicidal ideation, adolescent, primary prevention, nursing (Source: DeCS, BIREME)

SALUD MENTAL Y CONDUCTA SUICIDA

Según la Organización Mundial de la Salud (1), la salud mental se define como “el estado de bienestar que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades”. Así mismo, la American Psychiatric Association (2) definió como trastorno mental:

un síndrome o patrón de conducta o psicológico clínicamente significativo que se produce en el individuo y que se asocia a sufrimiento actual, discapacidad o a un riesgo significativamente elevado de experimentar muerte, dolor, discapacidad o pérdida importante de la libertad.

Adicionalmente, los criterios generales para considerar un trastorno mental incluyen insatisfacción con las características, capacidades y logros propios; relaciones interpersonales ineficaces o insatisfactorias; insatisfacción con el lugar que se ocupa en el mundo; afrontamiento ineficaz a los acontecimientos de la propia vida y ausencia de crecimiento personal (3).

Los trastornos mentales y de conducta se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo, factores ambientales y del contexto. Aquellos que inciden directamente en el mantenimiento o deterioro de la salud mental pueden dividirse en: 1. Factores biológicos y genéticos; 2. Factores ambientales, entre los que se pueden mencionar la exposición a sustancias psicoactivas en la vida fetal, malnutrición, infecciones, desintegración de la familia, abandono, aislamiento y traumatismos; 3. Factores psicológicos como la importancia de las relaciones con los padres y otros cuidadores durante la infancia, el rol de las interacciones con el entorno natural o social y aspectos relacionados con la personalidad, y 4. Factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica que tienen efectos

distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas (4).

Actualmente, un problema que genera alarma y preocupación mundial es el aumento del número de personas que sufren de algún tipo de trastorno en su salud mental; dentro de lo que cabe mencionar, muchas de estas personas se suicidan, con lo cual ocasionan pérdidas familiares, sociales y económicas. Son comunes alteraciones como depresión, abuso de alcohol y drogas, esquizofrenia, trastorno bipolar, los cuales, además, son fuentes potenciales de conducta suicida y, en conjunto, contribuyen al aumento de la carga de morbilidad, discapacidad y muerte. Por tal razón, la prevención, el manejo adecuado y la investigación en los factores asociados y los trastornos relacionados con la salud mental son aspectos prioritarios que deben profundizarse con el fin de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida en esta esfera vital para la salud de las personas, familias y sociedades.

Como fenómeno de interés de esta revisión, la conducta suicida es definida en sentido amplio como una constelación de autodestrucción a través de procesos y comportamientos que incluyen actitudes positivas hacia el suicidio, ideación suicida, amenaza suicida e intentos de suicidio previos; todos estos componentes se relacionan con muerte por suicidio (5, 6).

Respecto al comportamiento de este fenómeno, las cifras evidencian que a nivel mundial alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año, dato que corresponde al 1,8 % del total de fallecimientos, y ocupa entre la segunda y tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 24 años. Es así como este tipo de muerte contribuye en un 2,1 % a la carga de enfermedad reportada por los trastornos relacionados con la salud mental (7, 5) y figura, además, como la cuarta causa de muerte para el grupo de edad de 15-44 años (8, 9). Adicionalmente al suicidio consumado, se estima que entre 10 y 20 millones de personas intentan suicidarse (10); se cree que por cada suicidio se presentan entre 10 y 25 intentos, y entre el 10 y el 15 % de quienes han intentando suicidarse finalmente lo logran (11). En la misma dirección, la ideación suicida es un fenómeno común en la población general; ocurre con mayor frecuencia que el intento y que el suicidio completo (12). Asimismo, se afirma que la ideación suicida es un fenómeno frecuente en adolescentes (13, 14).

En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental (15) mostró que el 12,3 % de los colombianos ha tenido

ideas suicidas, el 4,1 % ha realizado planes suicidas y el 4,9 % ha realizado intentos suicidas. Es importante destacar que este estudio reporta que solo una de cada diez personas con algún trastorno emocional y del comportamiento ha recibido atención profesional.

La conducta suicida en población general y particularmente en adolescentes representa actualmente un problema de salud que requiere atención de todos los sectores; además, enmarca una realidad compleja, que no puede explicarse exclusivamente a partir de los factores biológicos, sino que involucra aspectos psicológicos, sociales y culturales debido a que es un fenómeno de origen multifactorial. Asimismo, esta conducta ocurre como respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, una circunstancia que implica el deseo de morir para terminar con una vida sentida, desde algún aspecto, como infeliz (16). La literatura ha conceptualizado la relación entre la ideación, el intento de suicidio y el suicidio completo, así ha propuesto que estos tres comportamientos están relacionados jerárquicamente entre sí. De esta manera, la ideación precede al intento, y la persona que intenta suicidarse puede lograr el resultado (17, 18, 19, 20, 21). Al respecto es importante resaltar que la ideación suicida es un fuerte predictor de riesgo suicida actual (22), pero su combinación con plan o evidencia de preparación activa para intento de suicidio o el antecedente de intento de suicidio previo son fuertes predictores de riesgo a corto plazo (23). Se afirma que el dominio clave en la valoración del riesgo suicida está en la indagación de la historia previa de intentos de suicidio en combinación con síntomas suicidas actuales (24). Adicionalmente, Knox y otros (25) afirman que el suicidio representa el final de un largo camino de sufrimiento personal, en el cual múltiples indicadores de vulnerabilidad puntualizan la necesidad de ayuda. Mientras muchos individuos tienen factores de riesgo y pocos intentan suicidarse, la mayoría exhiben alteraciones significativas de su funcionamiento personal que ocasionan gran sufrimiento personal, enorme estrés familiar y alteraciones de su productividad.

Datos recientes indican que, durante la adolescencia, etapa de interés de esta revisión, la ideación, el intento y el suicidio consumado continúan presentando cifras alarmantes (26, 27, 28) y las tasas de muerte son, para los grupos de edad de 10 a 14 años, 15 a 19 años y 20 a 24 años, de 1,28, 7,79, 12,27 por 100 000, respectivamente (29). Además de las cifras que relacionan

la edad con la conducta suicida, el interés por indagar este fenómeno en población adolescente se refuerza en los planteamientos de Daniel y Goldston (30), quienes afirman que, desde el punto de vista del desarrollo, los adolescentes difieren de los adultos jóvenes, pues en la que aquella etapa de la vida puede aumentar el riesgo de conductas suicidas. Al respecto Prinstein y otros (31) afirman que la adolescencia es una etapa crítica vulnerable al aumento de la conducta suicida no solo como causa de muerte, sino de aparición de precursores como ideación, planes e intentos (32), razones por las cuales el estudio de la conducta suicida en esta etapa de transición es un aspecto de gran prioridad (27, 33, 34, 35). Aunque hay autores que consideran que la ideación suicida es un fenómeno normal y efímero durante la adolescencia (36, 37), otros consideran lo contrario, teniendo en cuenta hallazgos de investigación que demuestran la asociación entre la ideación suicida en la adolescencia y el intento de suicidio en la adultez joven a partir de muestras clínicas y comunitarias (32, 38). Además, afirman que la ideación suicida aumenta la probabilidad de disfunción psicológica, emocional e interpersonal posterior y de otras alteraciones de la salud mental (39, 20), razón por la cual es muy importante detectar grupos de adolescentes en alto riesgo de suicidio dentro de la población general, para que aquellos con ideación suicida positiva sean abordados lo más temprano posible con el fin de prevenir efectivamente acciones suicidas futuras (17). Por esto, establecer la prevalencia exacta de todas las expresiones de la conducta suicida es importante por razones como: determinar el tamaño del problema, examinar las tendencias en relación a prevalencia, identificar factores de riesgo y proporcionar bases para los programas de prevención (40). Teniendo en cuenta que en muchos países el suicidio constituye la primera o segunda causa de muerte en adolescentes de ambos sexos, su prevención es, por lo tanto, de alta prioridad y las consecuencias de este acto son argumentos fuertes para el desarrollo de aproximaciones preventivas y de intervención con las cuales se focalice en individuos o grupos vulnerables (41).

ENFERMERÍA Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (42) considera que a pesar de la problemática causada por las

alteraciones de la salud mental, su tratamiento no está disponible para todas las personas, el rol de los profesionales de enfermería está poco desarrollado y la mayoría de los recursos disponibles son gastados en intervenciones inefectivas. Para este organismo, la salud mental es un aspecto crucial del bienestar de las personas que sigue olvidado, el cual está aún dotado de recursos escasos y es estigmatizado en la mayoría de las sociedades. Por esta razón, debe prestarse más atención a: 1. El desarrollo del conocimiento en salud mental, a su promoción, al conocimiento de sus alteraciones, a los grupos vulnerables (las mujeres, los jóvenes, las personas mayores, los pobres, los que son objeto de abusos, los adictos y los refugiados, etc.); 2. Conseguir recursos financieros y humanos suficientes para la prestación eficaz de los servicios, y 3. La formación y preparación de especialistas de salud mental. Además, plantea que los profesionales de la salud deben luchar contra el estigma y la discriminación asociados a los problemas de salud mental; promover normas éticas en la política general, los servicios y la investigación; fomentar y difundir la investigación en la esfera de la salud mental, e influir para conseguir recursos financieros, humanos y tecnológicos y unos cuidados integrados basados en la comunidad y la responsabilidad del Gobierno. Finalmente, el CIE asegura que los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en el tratamiento y cuidado de las personas que padecen de alteraciones de la salud mental; desafortunadamente en muchos países la educación en esta área es inadecuada o insuficiente y el rol de enfermería en este campo poco desarrollado. Este consejo considera que, con adecuado entrenamiento y apoyo, las enfermeras(os), a través de su trabajo, pueden contribuir a la promoción de la salud mental, la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales; además, pueden prestar apoyo a las familias y comunidades de esas personas y desempeñar una función crucial en la reducción del estigma de la enfermedad mental. (42).

Sun y otros (43, 44) aseguran que los profesionales de enfermería que trabajan en salud mental pueden focalizar su cuidado en la experiencia humana de estrés y apuntar a promover la curación a través del entendimiento, soporte y aceptación; como también pueden ayudar a los pacientes a encontrar el significado de estas experiencias. Esta visión resalta la importancia de la relación enfermera(o)-paciente y de las habilidades de enfermería que mezclan protección y compasión en esta

relación. De esta manera, los pacientes con alteraciones de la salud mental, entre ellos los que tienen conducta suicida, representan algunos de los principales retos de los servicios y profesionales de salud, debido a que estos pacientes requieren una aproximación pronta, hábil y multidisciplinaria para optimizar los resultados y minimizar el riesgo.

La revisión de la literatura en disciplinas como enfermería, psicología, psiquiatría, entre otras, permite determinar que el abordaje y estudio de los factores asociados a conducta suicida en la adolescencia son de carácter interdisciplinario, pues se debe tener en cuenta que estos pueden tener diferentes orígenes. Aunque cada profesional juega un papel fundamental, se hace necesario, en enfermería, establecer las intervenciones y el rol específico, tarea que implica el conocimiento en profundidad del fenómeno. Aunque la complejidad de las causas de la conducta suicida requiere necesariamente un enfoque polifacético e interdisciplinario para su prevención y manejo, se debe definir de manera precisa la contribución de la disciplina de la enfermería y de cada uno de los profesionales en aspectos relacionados con la prevención y manejo de la persona con esta conducta (45, 7, 4).

Los hallazgos de la literatura afirman que los profesionales de enfermería juegan un rol clave en la valoración, manejo y cuidado de las personas con conducta suicida a través de la educación, prevención y provisión de cuidado, debido a que tienen conocimientos, habilidades y recursos inherentes para favorecer y alcanzar la meta de la promoción del bienestar y salud de estas personas y sus familias (43, 45, 46, 47, 48, 49, 5, 51). Al respecto, los estudios realizados no evidencian la utilización de modelos teóricos o teorías de rango medio propias de la disciplina para el abordaje de este fenómeno a nivel preventivo o de intervención. Además, los trabajos realizados por las enfermeras en el campo de la conducta suicida no se han focalizado específicamente en adolescentes, sino en población general; aspecto que puede limitar la generalización de resultados para este grupo de edad.

Trabajos realizados por Sun y otros (43,44) indican que los profesionales de enfermería tienen mucho que ofrecer a las personas que presentan conductas suicidas; ellos pueden ayudar a hacer la diferencia en su calidad de vida proporcionando un cuidado seguro y compa-

sivo. A través de estudios de tipo cualitativo (fenomenológicos y de teoría fundamentada) se conoce que los pacientes que exhiben conductas suicidas confirman la importancia del cuidado de enfermería que provee seguridad, respeto, aceptación y transmite esperanza (43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51). Sin embargo, los hallazgos también indican que existen pocos estudios disponibles respecto al tipo y calidad del cuidado que se brinda a los pacientes hospitalizados por conducta suicida y su efecto (49); por esto, el conocimiento de este tópico puede mejorar el cuidado proporcionado, razón por la cual se requiere mayor investigación en este campo (43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53). Los hallazgos también sugieren que, teniendo en cuenta la importancia del trabajo de los profesionales de enfermería en el abordaje de la conducta suicida, es necesario el desarrollo de una teoría de cuidado que pueda mejorar la calidad del mismo (43, 44, 45, 54, 55).

De igual manera es necesario tener en cuenta que los pacientes expresan la necesidad de que los profesionales de enfermería inspiren esperanza, sin embargo esta habilidad depende del tiempo que las enfermeras tengan para escuchar y hablar con ellos (46, 48, 51). En estos campos se requiere realizar investigaciones con respecto a las formas de comunicación verbal y no verbal utilizadas en el cuidado del paciente suicida; el conocimiento generado puede ayudar a los profesionales de enfermería a mejorar su rol psicoterapéutico (49); posteriormente deberán desarrollarse estudios que evalúen la efectividad de este rol (56, 54). Se requieren, además, estudios que generen teorías de cuidado para pacientes en riesgo de suicidio más allá de las salas psiquiátricas e investigaciones que evalúen el efecto de la relación terapéutica basada en la inspiración de esperanza en los pacientes (55).

Aunque la literatura revisada reconoce la importancia y trascendencia del cuidado de enfermería para las personas con conducta suicida y sus familias, también evidencia que el desempeño del rol de los profesionales en esta área ha sido lento y poco entendido, y no establece ni evalúa la eficacia de las intervenciones (50, 55).

Otros tópicos estudiados son aquellos aspectos considerados como positivos y negativos en el cuidado de los pacientes con conducta suicida. Las características positivas del cuidado incluyen: proveer apoyo y seguridad, promover la esperanza, reconocer al paciente, aten-

der sus necesidades básicas, hablar, escuchar, tomar en cuenta las opiniones y puntos de vista con la mente abierta, aceptar, respetar y comunicar esperanza. Por el contrario, las características negativas o comportamientos no terapéuticos comprenden baja empatía, falta de respeto a la privacidad, elaboración de estereotipos, imposición de reglas sin proveer explicaciones, sentimientos de baja confirmación; estas manifestaciones son percibidas desde un cuidado de enfermería deficiente y, en pacientes hospitalizados por intento de suicidio, pueden desencadenar un reintento, pues la desesperanza resultante es descrita como un fuerte predictor de repetición de conductas suicidas (43, 44, 45, 46, 48, 51, 57).

Otros aspectos explorados respecto al cuidado de enfermería en esta situación son los dilemas y actitudes del personal. Los estudios indican que las actitudes desfavorables son comunes en el personal de enfermería que cuida pacientes con conducta suicida, se observa agresividad, hostilidad, frustración, irritación, enojo, miedo, baja empatía, falta de respeto, negligencia. (43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51).

Es importante estudiar la percepción de los pacientes y sus familias con respecto al cuidado proporcionado en contextos locales, porque, adicionalmente a las actitudes desfavorables durante el cuidado, los hallazgos muestran que los profesionales de enfermería consideran que están poco entrenados y que no tienen las herramientas de comunicación adecuadas para su desempeño en esta área. Esto se debe a que no han recibido este tipo de formación, razón por la cual experimentan sentimientos de incertidumbre y prefieren evitar el contacto (43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51).

A partir de las anteriores consideraciones se hace necesario realizar estudios acerca de las experiencias de los pacientes y los familiares con respecto al cuidado de enfermería recibido (47); realizar investigaciones en este aspecto permitirá mejorar la práctica y el conocimiento de la experiencia en contextos específicos (16, 47, 49, 50). De igual manera, es fundamental, para los profesionales de enfermería, conocer las causas de la conducta suicida (43, 44, 45). Aunque este tópico ha sido ampliamente estudiado, tanto en población general, como en adolescentes desde abordajes interdisciplinarios, un aspecto que vale la pena resaltar es que, en los estudios desarrollados desde la enfermería, se encontró escasa información específica para el grupo de adolescentes. La

mayor parte de la información disponible se encuentra orientada hacia la población general, dentro de lo que se incluye a el grupo de adolescentes; este aspecto puede hacer invisibles aspectos específicos de la adolescencia que aumentan la vulnerabilidad y disminuyen las posibilidades de un abordaje concreto que se focalice en las necesidades propias de esta etapa.

Por esta razón, es posible realizar estudios que analicen las condiciones causales e intervinientes de esta conducta y lograr así un conocimiento en profundidad de los factores que ocasionan distress psicológico en las personas jóvenes, insumo que servirá para desarrollar mejores opciones de cuidado (47, 50). Además, como en los estudios revisados no se evidencia la utilización de modelos teóricos de la disciplina de enfermería, se debe promover la investigación teniendo en cuenta este aspecto para avanzar en el conocimiento desde esta perspectiva.

Si la valoración del riesgo es una tarea esencial en el manejo de la conducta suicida, los profesionales de enfermería pueden generar intervenciones para la identificación de los factores asociados a esta conducta, y el conocimiento y entendimiento de las condiciones causales de la misma, de esta manera será posible construir sistemas de alarma y planes específicos para su prevención y control (56). Teniendo en cuenta que un importante segmento del cuerpo de conocimientos en enfermería ha sido siempre el conocimiento de los factores que influyen el nivel de salud actual y potencial de los seres humanos, entre los que se incluyen los conocimientos biológico, psicológico, ambiental, social, circunstancial y de las habilidades cognitivas (58, 59), la identificación y entendimiento de los factores asociados a conducta suicida son aspectos fundamentales para el desarrollo de abordajes preventivos adecuados para el manejo de este flagelo. Anderson y Jenkins (56) plantean que una adecuada estrategia de prevención de la conducta suicida, desde la perspectiva de enfermería, requiere: conocimiento y medición del problema, identificación de la población en riesgo, decisión acerca de cómo y dónde se realizarán las acciones preventivas y, finalmente, identificación de recursos y fuentes de apoyo. Adicionalmente, en la valoración y tratamiento de estas personas, los profesionales de enfermería utilizan las herramientas de comunicación y las intervenciones psicoterapéuticas que son cruciales para la recuperación del paciente (56).

Cabe anotar que un aspecto que hace vulnerables a los adolescentes es la dificultad de los padres, maestros y otros profesionales para identificar los factores asociados a la conducta suicida. Stanley (41) afirma que existen dificultades para realizar tamizaje de riesgo para suicidio en este grupo poblacional, debido a que muchos signos de alarma para esta conducta se confunden con aquellos comportamientos propios de la edad. Este aspecto lleva a que los padres o las personas que tienen contacto con los adolescentes (maestros, equipo de salud) no consideren importante buscar ayuda y, por tanto, se dificulta la detección precoz y la intervención oportuna que permite disminuir el riesgo o el desenlace fatal. Este es un argumento importante que justifica el conocimiento y entendimiento del fenómeno en profundidad, desde las conductas de los adolescentes y la visión de enfermería.

FAMILIA Y ESCUELA COMO ESCENARIOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE LA DISCIPLINA DE LA ENFERMERÍA

Según los resultados que muestra la literatura, en los cuales se observa que los adolescentes son un grupo en el cual cada vez se presentan más pensamientos suicidas, se contemplan con más frecuencia la posibilidad de un intento de suicidio y muchos de ellos llegan a ser cometidos, es muy importante desarrollar estrategias de prevención de la conducta suicida (60, 61). Sin embargo, existe dificultad en el acceso a los datos de las personas que no tienen contacto con los sistemas de salud, o cuando el nivel primario no organiza y remite los datos a nivel central para su seguimiento y control (62); adicionalmente, los métodos tradicionales de prevención primaria en conducta suicida presentan una gran dificultad, pues al tener una aproximación pasiva hacia los adolescentes se olvida que muchos de ellos que, por ejemplo, piensan en suicidarse o lo intentan no hablan con otros acerca de esto, y que en muchas oportunidades padres y maestros no son conscientes de las conductas suicidas de los jóvenes, razón por la cual se debe abrir la puerta a la búsqueda de aproximaciones más proactivas. Teniendo en cuenta esta limitación, los profesionales que trabajan en el ámbito comunitario y especialmente los profesionales de enfermería que se desempeñan en este escenario deben propiciar la búsqueda activa de adolescentes en situación de aflicción o riesgo, deben

traspasar los contextos clínicos para proponer intervenciones efectivas basadas en la comunidad y deben ser el puente que conecta a la comunidad con los servicios de salud.

Para desarrollar acciones de prevención es fundamental reconocer el contexto o ambiente en el cual se genera y ocurre la conducta suicida, con el fin de proporcionar a los padres, maestros, profesionales de la salud y líderes comunitarios educación y capacitación adecuada acerca de estas conductas y de factores positivos o negativos relacionados con la salud mental. Al respecto, Zubiria (63) afirma que “las circunstancias sociales que pueden desencadenar una situación que ponga en riesgo de suicidio a niños y jóvenes aparecen en 2 ejes fundamentales de la sociedad: la familia y el colegio”. Los esfuerzos preventivos y de intervención para la conducta suicida en adolescentes necesitan ser apropiados para el nivel de desarrollo y contexto familiar, escolar y de pares en donde la conducta ocurre (30, 64). La OMS (65) asegura que la salud mental puede beneficiarse de los programas de salud pública que contemplan las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, iniciativas que pueden ser desarrolladas en los ámbitos familiar, escolar y de los servicios de salud. Dentro de la prevención primaria se enmarcan los programas de prevención universales (intervenciones que tienen como objetivo la población general o grupos de poblaciones generales que no han sido identificados con base en un riesgo), selectivos (apuntan a individuos o subgrupos de la población en quienes el riesgo de desarrollar alteraciones de la salud mental es significativamente mayor que el del promedio, teniendo en cuenta sus factores de riesgo biológicos, psicológicos, y sociales) e indicados (dirigidos a personas o subgrupos de alto riesgo identificados por tener mínimos, pero detectables signos o síntomas que presagian enfermedad mental, o marcadores biológicos que indican predisposición a desórdenes mentales, pero que no cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno en ese momento). La prevención secundaria busca una menor tasa de casos establecidos de enfermedad a través del diagnóstico y tratamiento oportuno. Finalmente, la prevención terciaria incluye intervenciones que reducen la discapacidad, mejora la rehabilitación y previene la recurrencia

A continuación se hace una descripción de la importancia de la familia y la escuela como escenarios de la

prevención, intervención y aproximación del rol de los profesionales de enfermería en estas áreas.

LA FAMILIA

La familia es el contexto fundamental para el desarrollo del individuo, razón por la cual el rol de esta para procurar la salud de sus miembros es de particular importancia para los profesionales de enfermería (66). Al respecto, Friedemann (67) afirma que se ha pensado por mucho tiempo que la familia es un sistema que fomenta el bien o el daño en la salud de sus integrantes y que, al igual que la salud física, la salud mental en las personas está arraigada en ella. Por esta razón, la valoración de las señales de peligro del sistema familiar y la intervención de enfermería en periodos de transición, como la adolescencia, pueden ser definitivas para ayudar al adolescente y su familia a mantener o recobrar la estabilidad y congruencia (68). Retomando los conceptos de familia planteados por Friedemann (67), se plantea que la familia comparte con el sistema civil y el ambiente la responsabilidad de suplir las necesidades físicas de seguridad, procreación, enseñanza de habilidades sociales a sus miembros, crecimiento y desarrollo personal, unión emocional de sus miembros y promoción de un sentido de propósito y significado de la vida a través de la espiritualidad. Además, asegura que la familia satisface las necesidades de sus miembros para el control del ambiente y los guía para encontrar su lugar en la red de sistemas por medio de la espiritualidad. Finalmente, la autora asevera que dentro de la familia, los miembros pueden asumir responsabilidades e influenciar directamente el proceso de toma de decisiones. Una familia saludable puede ser un oasis dentro de un ambiente incontrolable, en el cual los miembros se sienten reconocidos y se les brinda el apoyo necesario para aventurarse y buscar aplicar en la comunidad (67). Igualmente, este estudio resalta que las intervenciones enmarcadas en los procesos de prevención primaria, descritas como acciones para modificar o regular el potencial del sistema para promover la salud, son congruentes con el Marco Teórico de la Organización Sistémica, pues dentro de este Marco en todas las acciones de enfermería se considera la promoción de la salud (67). Involucrar a la familia en el cuidado de la salud y de la vida proporciona una oportunidad para compartir sus experiencias, educarla frente a problemas psicosociales, emocionales y conflictos familiares, como

también permite planear intervenciones acordes con sus necesidades; en razón a que el involucramiento familiar provee un camino para el desarrollo de planes de cuidado, manejo de riesgos y conductas suicidas futuras. A nivel preventivo, la educación a los padres y jóvenes acerca de la conducta suicida y sus factores asociados es un foco muy importante de los esfuerzos preventivos, aun más si se tiene en cuenta que en muchas ocasiones los padres no son conscientes de las conductas suicidas de sus hijos. (69, 41). Al respecto, Stanley (2005) plantea que muchos padres consideran que el comportamiento de sus hijos está dentro del espectro normal de comportamientos considerados normales para la edad, si se tiene en cuenta la creencia de que los adolescentes exhiben un rango de comportamientos difíciles dentro del entorno escolar (41).

Todos los profesionales que trabajan en salud mental deben ser conscientes de que es fundamental preparar a los miembros de la familia para anticiparse, reconocer y responder a la aparición y recurrencias de alteraciones en la salud mental, y a estar vigilantes ante la presencia de signos de alarma que indiquen riesgo de suicidabilidad (70). De forma especial, los profesionales de enfermería que tienen la oportunidad especial de tener contacto con las personas y las familias (47), en las cuales los procesos de comunicación establecidos constituyen el escenario para identificar sus problemáticas, deben ayudar en la resolución de sus dificultades y aliviar su estrés psicosocial; estos aspectos son formas de buen cuidado que pueden prevenir futuras conductas suicidas (46, 47, 48, 49). Por ejemplo, los profesionales de enfermería que trabajan en salud mental tienen una alta probabilidad de encontrar adolescentes y familias en diferentes ambientes, estos les permiten identificar con exactitud síntomas depresivos muy comunes en este grupo de edad (71).

Si se utiliza como referente disciplinar el Marco Teórico de la Organización Sistémica para la valoración del adolescente y la familia que exhiben conductas suicidas, los profesionales de enfermería se focalizarán en los individuos dentro del contexto familiar y en el sistema familiar como un todo. La valoración de enfermería se apartará del concepto de enfermedad y abordará el sistema personal (adolescente) y el sistema familiar, incluyendo, entre otros aspectos: roles, debilidades, fortalezas, relaciones, sentimientos. De la misma forma deberá valorar las estrategias dentro de cada una de las

dimensiones y el balance en el logro de los objetivos. Así, la valoración incluirá la perspectiva de todos los miembros familiares, para conocer las fortalezas y debilidades familiares. Con esto se logrará construir una perspectiva familiar general que posteriormente el profesional puede discutir con los miembros, compararla con el ideal que tenga la familia y, de esta forma, fijar cambios y metas acordes con las expectativas y compromiso de los miembros de la familia (67). De esta manera, si la enfermera(o) valora al adolescente (sistema personal) hará énfasis en el proceso de transformación cultural que él debe afrontar como parte de su proceso de cambio y su interrelación con el ambiente, y si valora al sistema familiar como una totalidad, puede facilitar el proceso sistémico y ayudar a las familias a aprender sobre ellas mismas y a entender su proceso sistémico.

Con la utilización de esta aproximación teórica como referencia, los profesionales de enfermería pueden valorar, diagnosticar e intervenir desde una perspectiva disciplinar propia, que les permite entender el fenómeno como una totalidad que afecta a la persona y la familia, y demostrar la contribución específica de los profesionales de enfermería. Desde la perspectiva de la Organización Sistémica se puede afirmar que la conducta suicida es el resultado de un proceso inadecuado, desarrollado entre el adolescente (sistema personal), su familia (sistema familiar) y el ambiente (sistema escolar, amigos, grupos, instituciones a las cuales pertenece, naturaleza y ser superior), en función de respuestas negativas hacia su propio proceso sistémico, al proceso sistémico familiar y hacia la interacción con el entorno (68).

La aplicación del Marco Teórico de la Organización Sistémica para comprender y explicar el fenómeno de estudio no tiene conflicto con los diversos planteamientos teóricos originados desde la psiquiatría, la psicología o la epidemiología, que explican la conducta suicida y sus factores asociados desde planteamientos de tipo biológico, psicológico, social, cultural y patológico. La razón es que estos aportan al entendimiento particular de un aspecto determinado y el Marco de la Organización Sistémica, desde una perspectiva de enfermería, explica el fenómeno como una totalidad. Al respecto Friedemann (67) afirma que esta perspectiva teórica entiende los factores genéticos, biológicos e interpersonales que inciden en las alteraciones de la salud mental, pero explica el fenómeno como un sistema de interacción continua en todos los niveles y en continuo cambio sobre el tiempo.

En consecuencia, las manifestaciones de la condición de la persona están íntimamente entrelazadas con los procesos de la familia y el entorno, las personas de contacto y los mensajes recibidos de la sociedad. .

LA ESCUELA

Además del escenario familiar, es importante tener en cuenta que en muchos países y regiones la mayoría de los niños y adolescentes asisten al colegio; por eso, este aparece como otro de los espacios apropiados para desarrollar acciones preventivas adecuadas como el reconocimiento temprano de los niños y jóvenes en situación de aflicción o con un alto riesgo de suicidio. En este ámbito se debe involucrar un equipo integrado por padres de familia, maestros, profesionales de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, médicos que trabajen en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias (72). Dentro de las acciones generales que pueden ser implementadas por la enfermería en este escenario se puede mencionar: planes de detección y valoración de necesidades; participación en iniciativas locales y colaboración interinstitucional e intersectorial; conformación de equipos interdisciplinarios para conducir programas de salud pública; desarrollo de políticas escolares, desarrollo de proyectos basados en la comunidad que involucren grupos de jóvenes, grupos de padres y grupos de maestros (73, 74). Adicionalmente, Moore (75) afirma que las(os) enfermeras(os) en este espacio deben hacer el reconocimiento de problemas emocionales y comportamentales en niños y jóvenes. Además, asegura que, aprovechando que los padres y la escuela brindan un apoyo importante en la solución de las necesidades de los jóvenes, los profesionales de enfermería que trabajan en este campo pueden proveer educación y consejo y esto puede incidir en el mejoramiento de la identificación de familias y jóvenes con riesgo. En estos espacios de acción, aunque es fundamental que los profesionales de enfermería trabajen en la detección e intervención oportuna de factores de riesgo personales, familiares y sociales que hacen vulnerable al adolescente, también es prioritario que mejoren sus habilidades para trabajar una relación terapéutica que transmita al adolescente confianza y en la construcción de herramientas que favorezcan una comunicación empática.

Evans y otros (76) afirman que la identificación temprana de factores asociados con ese fenómeno puede

jugar un rol fundamental en el desarrollo de programas de prevención e intervención basados en la comunidad y en la escuela. Frente a este tópico, un aspecto fundamental es el nivel de conocimiento acerca de los factores protectores y de riesgo para la conducta suicida, pues este proporciona información importante y detallada que puede guiar la valoración y las intervenciones en prevención desarrolladas por profesionales de enfermería en la comunidad (69).

Retomando la idea de que los niños y adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo en la escuela, este lugar se convierte en un escenario ideal para identificar aquellos individuos con necesidades especiales, así como para desarrollar intervenciones de promoción-prevenición de la salud mental, las cuales pueden incluir, entre otros aspectos, la educación, el tamizaje y la provisión de servicios para manejo de riesgos en los adolescentes. Debido a que el trabajo realizado en la escuela constituye uno de los enfoques más eficientes para llegar a un gran número de jóvenes (77) y es el principal entorno para el desarrollo de programas que puedan influenciar la salud mental, es fundamental reducir los factores de riesgo y los problemas emocionales y sociales a través del aprendizaje social-emocional y de las intervenciones ecológicas (65). En este escenario se pueden abordar diversas problemáticas a través de la educación en temas como relaciones interpersonales, dificultades escolares, relaciones con pares, problemas familiares, manejo de la rabia, depresión, autodaño y desesperanza (30).

Específicamente para el fenómeno de interés de esta revisión, los programas dirigidos a los escolares son una aproximación común para el manejo del joven suicida (61), sin embargo es importante no perder de vista que un elemento que puede asegurar el éxito de los programas preventivos desarrollados en el escenario escolar es que estos se focalicen en aspectos generales de la salud física, mental, social y emocional de los adolescentes más allá de enfatizar en conductas particulares como la conducta suicida (78). Es importante recordar que el estigma que acompaña a este fenómeno puede influenciar la efectividad de las estrategias preventivas si se focaliza solamente en aspectos derivados de las alteraciones de la salud mental. Al respecto, Ciffone (79) afirma que si se enfatiza en las alteraciones mentales más que en los aspectos positivos de la salud mental se aumenta el estigma y se disminuye la búsqueda de ayuda. Adicionalmente, Knox y otros (25) afirman que un programa

de prevención en conducta suicida debe enfatizar en la prevención temprana en donde se intervienen los primeros signos de distrés o disfunción, antes de que el riesgo sea inminente y, al mismo tiempo, se enfoca en mejorar la detección y tratamiento de quienes tiene riesgo de dañar su propia vida. Intervenciones encaminadas a la prevención temprana en la población son poco comunes, esto puede deberse en parte al estigma que acompaña los problemas psicosociales y de la salud mental, aspecto que deteriora la búsqueda de ayuda.

Los programas de prevención y educación en la escuela se clasifican básicamente en tres tipos: a. programas basados en los currículos, b. el entrenamiento para maestros y grupo de la escuela y c. tamizaje. Estas aproximaciones han mostrado resultados mixtos en cuanto a su efectividad (78, 80, 81). Sin embargo, el tamizaje puede ser potencialmente más efectivo y eficiente (61).

Los programas basados en los currículos proporcionan, de una forma didáctica, información específica para los estudiantes en grupos o clases acerca del suicidio. Estos apuntan a aumentar la conciencia de los jóvenes frente al problema, a proporcionar información acerca de cifras, signos de alarma, vías para identificar pares en riesgo y recursos y procedimientos de remisión y apoyo comunitario (64, 80).

Los programas de entrenamiento para el grupo de profesionales escolares, son esfuerzos dirigidos hacia el personal de la escuela, en el que se encuentran maestros, administradores y todo el personal de la misma. Estos programas utilizan presentaciones didácticas que proporcionan información acerca de los riesgos de suicidio, signos de alarma, historias de caso y procedimientos para identificar y referir estudiantes hacia recursos de salud mental dentro y fuera del entorno escolar. El fin de este tipo de prevención primaria consiste en producir efectos positivos en el conocimiento, actitudes y métodos de remisión de los maestros (64). Al respecto se afirma, por ejemplo, que muchas escuelas americanas están mal preparadas para asesorar a los adolescentes acerca de sus problemas de salud mental o para remitirlos adecuadamente para tratamiento, aspecto que no es lejano a nuestra realidad local. Por esta razón, los maestros y otros profesionales que trabajan con los adolescentes en el contexto educativo deben tener oportunidades para mejorar su conocimiento frente a las necesidades socioemocionales de los niños y, de esta manera, lograr un mejor reconocimiento de las mismas (82).

Finalmente, el uso de programas de tamizaje involucra la identificación de aquellos adolescentes en riesgo de conducta suicida u otros factores asociados (64). Los programas de tamizaje para conducta suicida apuntan a identificar individuos en riesgo y constituyen una estrategia enmarcada dentro de las políticas de prevención, que se basan en la premisa de que los adolescentes suicidas son subidentificados, tienen una activa y tratable alteración mental, y exhiben factores de riesgo identificables. Por esta razón, el tamizaje para problemas de la salud mental y para riesgo suicida es un aspecto importante y beneficioso para los individuos en riesgo, que no han demostrado tener efectos adversos o daños (idea-ción o intento de suicidio desencadenados por el tamizaje) en la exposición a este tipo de estrategia (83, 84).

Esta propuesta no riñe con las intervenciones preventivas que se pueden desarrollar desde el Marco Teórico de la Organización Sistémica. Al respecto, Friedemann asegura que los profesionales de enfermería pueden hacer tamizajes de todos los adolescentes en el ámbito escolar para identificar fortalezas, educar, prevenir e identificar aquellos que tienen dificultades, para una posterior intervención desde una mirada interdisciplinaria con el propósito de educar, prevenir e intervenir a los adolescentes, su familia y su entorno mental (68).

El tamizaje, como estrategia universal para la detección de problemas emocionales en niños y adolescentes, puede tener un espacio privilegiado en las escuelas o en ambientes de cuidado primario, y puede convertirse en una puerta de entrada para la utilización de los servicios de salud mental. (70). El tamizaje en el entorno escolar es la estrategia más exitosa y costo-efectiva para identificar jóvenes en riesgo (85, 77) y como no es específico de un problema particular, sino que puede indagar diversas dificultades personales, familiares y sociales del adolescente, no exacerba los pensamientos suicidas (87, 83), y brinda la oportunidad de aproximarse a las problemáticas que afectan el bienestar de los adolescentes.

A pesar de que en la aplicación de estrategias de tamizaje se puede presentar el reporte de pocos “falsos negativos” y muchos “falsos positivos” (87, 85), en la remisión de estos “falsos positivos” pueden encontrarse sintomatologías depresivas, dolores emocionales, problemas familiares o interpersonales que afectan el desempeño y la vida de los adolescentes; así la remisión puede ser benéfica en este sentido. Adicionalmente, Ha-

llfors y otros (77) afirman que se debe ser tolerante con los “falsos positivos”, pues se debe tener en cuenta lo que representa esta situación de riesgo para la vida del adolescente y su familia.

Con respecto a la utilidad del tamizaje, no solo para la conducta suicida, sino para otras condiciones, es importante retomar el planteamiento de Eggert y otros (88). Ellos afirman que un aspecto importante entre jóvenes de alto riesgo en las escuelas es la cocurrencia de múltiples problemas de comportamiento. Los autores mencionan como ejemplo la cocurrencia de consumo de drogas, depresión y conductas suicidas en adolescentes con potencial fracaso escolar, aspecto para el cual el tamizaje es de gran utilidad. Al respecto, las guías para la atención preventiva del adolescente (89), que proporcionan directrices sobre cómo ofrecer a los adolescentes servicios preventivos, afirman en su recomendación 20:

a todos los adolescentes se les debe preguntar, anualmente, acerca de las conductas o emociones que indiquen depresión recurrente o severa o riesgo de suicidio. La evaluación de depresión o riesgo de suicidio debe ser realizada a los adolescentes que muestren acumulación de riesgos, los cuales pueden ser establecidos indagando por la pérdida de años escolares, melancolía crónica, disfunción familiar, orientación homosexual, abuso sexual o físico, uso de alcohol o de otras drogas, intentos previos de suicidio, y planes suicidas. Si se sospecha riesgo de suicidio, los adolescentes deben ser evaluados inmediatamente y remitidos a un psiquiatra u otro profesional de salud mental, o inclusive, deberían ser hospitalizados. Los adolescentes no suicidas con síntomas de depresión severa o frecuente deben ser evaluados y remitidos a un psiquiatra u otro profesional de salud mental para tratamiento.

Una necesidad es desarrollar estudios de tamizaje para ampliar el conocimiento existente y la evidencia disponible (la cual a la fecha es mixta), que pruebe la eficacia de esta estrategia en el ámbito primario para detectar riesgo de suicidio en pacientes asintomáticos (90, 91).

En cuanto al rol de los profesionales de enfermería en el trabajo con los adolescentes y su entorno escolar, la enfermería escolar es un área de desempeño profesional que tiene como objetivos: a. facilitar una respuesta positiva en el desarrollo de los niños y los adolescentes, b. promover la salud y seguridad, c. intervenir en los problemas potenciales y reales de salud, y d. trabajar con otros

miembros del equipo interdisciplinario para fortalecer al estudiante y su familia (92, 93). Desde esta perspectiva, las(os) enfermeras(os) escolares juegan un rol crucial en el desarrollo de los programas que direccionan las necesidades de salud de los niños y adolescentes, como educación, tamizaje y remisión; como también en el desarrollo de intervenciones para enfermedades agudas y crónicas, emergencias, salud mental y otras. Adicionalmente, deben actuar como un puente de comunicación entre la escuela, la familia, la comunidad y los servicios de salud (92, 93). Específicamente, para el campo de interés, la salud mental a nivel de prevención e intervención es una prioridad para las(os) enfermeras(os) que trabajan en el ámbito escolar (94). En esta área deben promover la salud mental de los estudiantes, identificar en forma temprana signos de alteraciones de esta y remitir a los estudiantes a los servicios especializados (95). Los profesionales de enfermería deben, desde una mirada holística, hacer uso de las herramientas de valoración, diagnóstico e intervención propias de la disciplina e incluir en este proceso a los padres, maestros y otros profesionales del equipo interdisciplinario (95). Adicionalmente, tienen un importante escenario de trabajo en la prevención primaria; desde esta perspectiva pueden conducir programas de promoción de la salud mental y actividades de prevención que eviten el desarrollo de alteraciones psicosociales y desórdenes mentales (95, 96).

Los profesionales de enfermería que trabajan en el escenario escolar son un grupo que tiene acceso a las personas jóvenes y está en posición de evaluar e intervenir a los jóvenes en riesgo de suicidio (69). Aunque la depresión, la desesperanza, la ansiedad y el enojo son aspectos comunes que experimentan los adolescentes, los profesionales de enfermería deben estar alerta y dispuestos a escuchar y evaluar el riesgo de suicidio, y ayudar a los adolescentes frente al manejo estas emociones. Asimismo, el apoyo al adolescente en las situaciones de estrés, particularmente en situaciones de estrés familiar, es un pilar para la prevención (69). Walsh y Eggert (69) aseguran que facilitar el acceso de los adolescentes a los recursos de apoyo puede ayudar a reducir el riesgo de conducta suicida en los jóvenes en riesgo; en este sentido, las enfermeras escolares pueden facilitar el acceso a estos recursos a través de la comunicación con los padres, provisión de remisiones adecuadas y al ser conscientes de que ellas mismas son un recurso de ayuda para los jóvenes y sus familias.

Igualmente, Eggert y otros (88) afirman que la evaluación de riesgos, las demostraciones de cariño y la disposición para el apoyo de la enfermera hacia el adolescente pueden producir reducciones de riesgo de suicidio. Otras intervenciones adecuadas son: aplicación de las teorías de uso terapéutico de sí mismo y entrevistas motivacionales, asesoramientos a corto plazo, grupos de apoyo y mejoramiento de competencias —los enfoques de formación para la gestión de la depresión y la prevención del suicidio—. Walsh y Eggert (69) afirman que, en estudiantes de secundaria, es mayor el nivel de ideación suicida y menor el nivel de la búsqueda de ayuda. Así, es importante trabajar aproximaciones proactivas con los adolescentes para llegar a ellos, en oposición a esperar pasivamente que ellos acudan para describir sus síntomas o problemas, con el fin de preguntar directamente sobre el comportamiento suicida, los factores de riesgo y protección. De igual forma, los profesionales de enfermería pueden ayudar a aumentar el conocimiento, entre otros profesionales de la salud, padres, personal de la escuela y entre los jóvenes, acerca de signos de alarma y pasos necesarios para la prevención del suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Invertir en salud mental [documento en Internet]. Ginebra, Suiza: 2004. p. 6. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- (2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4^a. ed. Washington: APA; 1996.
- (3) Johnson B. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Adaptación y crecimiento. 4^a. ed. Madrid: McGrawHill-Interamericana; 2000. Tomo I. p. 5.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [documento en Internet]. Ginebra, Suiza: 2001. p. 1-13. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
- (5) Thompson E, Mazza JJ, Herting JR, Randell BP, Eggert LL. The mediating roles of anxiety, depression, and hopelessness on adolescent suicidal behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005;35(1):14-34.
- (6) Lewinsohn P, Rohde P, Seely J. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol: Sci Pract.* 1996;3(1):25-46.

- (7) Centers for Disease Control and Prevention [página en Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention [citado 2006 Nov 2]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/injury/>.
- (8) Organización Mundial de la Salud [página en Internet]. Declaración de la OMS: Día mundial para la prevención del suicidio. Ginebra, Suiza [citado 2007 Oct 15]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/es/index.html>.
- (9) Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS. Informe mundial sobre violencia y salud [documento en Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2002. p. 221. [citado 2007 Sep 13]. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=t5GbdJM4hzoC&pg=PA230&lpg=PA230&dq=ONU+1996+suicide&source=web&ots=nmN6bJmjmA&sig=gouNaYmiM4GcconeoyfTxv5oSWZw&hl=es&ei=XEiQSeOnG9eitgeB8q2SCw&sa=X&oi=book_result&resnum=1&ct=result#PPR3,M1
- (10) Organización Panamericana de la Salud (OPS), OMS. La salud mental en las Américas. Cartografía de la salud mental: datos básicos [documento en Internet]. 2007 [citado 2007 Sep 13]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/saludmental_005.htm.
- (11) Taborda Ramirez L, Tellez Vargas J. Suicidio en cifras. Suicidio: neurobiología, factores de riesgo y prevención. 1ª ed. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2006. p. 25.
- (12) Chioqueta A, Stiles T. Psychometric properties of the Beck Scale for suicide ideation: A Norwegian study with university students. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(5):400-4.
- (13) Rueter M, Holm KE, McGeorge CR, Conger RD. Adolescent suicidal ideation subgroups and their association with suicidal plans and attempts in young adulthood. *Suicide & Life-Threatening Behav*. 2008;38(5):564-75.
- (14) Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *Br Med J*. 2005;330:891-4.
- (15) Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio nacional de salud mental en Colombia, Bogotá; 2003.
- (16) Hopkins C. But what about the really ill, poorly people? An ethnography study into what it means to nurses on medical admissions units to have people who have harmed themselves as their patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(2):147-54.
- (17) Chang H, Lin M, Lin K. The mediating and moderating roles of the cognitive triad on adolescent suicidal ideation. *Nurs Res*. 2007;56(4):252-9.
- (18) Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescent. *J Am Child Adolesc*. 2000;39(5):603-10.
- (19) Gonzalez Forteza C, Berenzon S, Tello AM, Facio D, Medina ME. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública de México*. 1998;40(5):430-7.
- (20) Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Early psychosocial risk for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(5):599-611.
- (21) Beck A, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for suicide ideation. *J Consulting Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52.
- (22) Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide: Sensivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(5):418-22.
- (23) Mann J, Currier D. Prevention of suicide. *Psychiatr Ann*. 2007;37(5):331-9.
- (24) Rudd MD, et al. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2006;36(3):255-62.
- (25) Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention program in the US Air Force: cohort study. *Br Med J*. 2003;327:1376-80.
- (26) Kessler, RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *J Am Med Assoc*. 2005;293(20):2487-95.
- (27) World Health Organization [página en Internet]. Suicide prevention. 2012 [citado 2007 Sep 20]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- (28) Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(4):427-34.
- (29) Center for Disease Control and Prevention. National center for injury prevention and control. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2006. p. 6.
- (30) Daniel S, Goldston D. Interventions for suicidal youth: a review of the literature and development considerations. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2009;39(3):252-67.

- (31) Prinstein M, et al. Longitudinal trajectories and predictors of adolescent suicidal ideation and attempts following inpatient hospitalization. *J Consulting Clin Psychol.* 2008;76(1):92-103.
- (32) Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(7):617-26.
- (33) Rockville MD. National mental health information center. Strategy for suicide prevention: Goals and objectives for action. USA: Department of Health and Human Services National; 2001.
- (34) HealthPeople.gov [página en Internet]. Washington: Department of Health and Human Services; 2010 [actualizado 13 Ene 2013; citado 2008 Oct 22]. Disponible en: www.health.gov/healthypeople/Document/html/uih/uih2.htm(2010).
- (35) Public Health Service. The surgeon general's call to action to prevent suicide, Washington, DC [documento en Internet]. Washington, DC; 1999 [citado 2008 Oct 22]. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/>
- (36) Lieberman, J. Suicidal ideation and young adults. *Am J Psychiatry.* 1993;150(4):150-71.
- (37) Larsson B, Melin L, Breitholtz E, Andersson G. Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. *Acta Psychiatr Scandinavia.* 1991;83(5):385-90.
- (38) Pfeffer C, et al. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32(1):106-13.
- (39) Reinherz H, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM. Adolescent suicide ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry.* 2006;163(7):1226-32.
- (40) Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005;35(3):239-50.
- (41) Stanley N. Parents' perspectives on young suicide. *Child Soc.* 2005;19(4):304-15.
- (42) International Council of Nurses. Position statements. Nursing roles in health care services. Mental health. [documento en Internet]. 2008 [citado 2007 Abr 12]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/AO9_Mental_Health.pdf.
- (43) Sun F, Long A, Boore J, Tsao LI. A theory for the nursing care of patients at risk suicide. *J Adv Nurs.* 2006;53(6):680-90.
- (44) Sun F, Long A, Boore J, Tsao LI. Nursing people who are suicidal on psychiatric wards in Taiwan: action/interaction strategies. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005;12(3):275-82.
- (45) Sun F, Long A, Boore J, Tsao LI. Patients and nurses perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *J Clin Nurs.* 2006;15:83-92.
- (46) Talseth AG, Jacobsson L, Norberg A. The meaning of suicidal psychiatric in-patient's experiences of being treated by physicians. *J Adv Nurs.* 2001;34(1):96-106.
- (47) Samuelsson M, Wiklander M, Asberg M, Saveman BI. Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *J Adv Nurs.* 2000;32(3):635-43.
- (48) Talseth A, Lindseth A, Jacobsson L, Norberg A. The meaning of suicidal psychiatric in-patient's experiences of being cared for by mental health nurses. *J Adv Nurs.* 1999;29(5):1034-41.
- (49) McLaughlin C. An exploration of psychiatric nurse's and patient's opinions regarding inpatients care for suicidal patients. *J Adv Nurs.* 1999;29(5):1042-51.
- (50) Anderson M. Waiting for harm: deliberate self-harm and suicide in young people a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999;6(2):91-100.
- (51) Talseth AG, Lindseth A, Jacobsson L, Norberg A. Nurse's narrations about suicidal psychiatric inpatients. *Nordic J Psychiatry.* 1997;51:359-64.
- (52) Patterson P, Whittington R, Bogg J. Testing the effectiveness of an educational intervention aimed at changing attitudes to self-harm. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2007;14:100-5.
- (53) Murray B, Wright I. Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13:157-64.
- (54) Anderson M, Woodward L, Armstrong M. Self-harm in young people: a perspective for mental health nursing care. *Int Nurs Rev.* 2004;51(4):222-8.
- (55) Cutcliffe J, Barker P. Considering the care of the suicidal client and the case for "engagement and inspiring hope" or "observations". *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(5):611-21.
- (56) Anderson M, Jenkins R. The national suicide prevention strategy for England: the reality of a national strategy for the nursing profession. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13(6):641-50.
- (57) Yonge O. Psychiatric patient's of constant care. *J Nurs.* 2002;40(6):22-9.

- (58) Cody W. Nursing theory as a guide to practice. *Nurs Sci Q.* 2003;16(3):225-31.
- (59) Mitchell G, Cody W. Ambiguous opportunity: Toiling for truth of nursing art and science. *Nurs Sci Q.* 2002;15(1):71-9.
- (60) Kutcher S, Szumilas M. Youth suicide prevention. *Can Med Assoc J.* 2008;178(3):282-5.
- (61) Joe S, Bryant H. Evidence based suicide prevention screening in schools. *Child Sch.* 2007;29(4):219-27.
- (62) Mcelroy H, Chappel D. Preventing suicide and self-harm: How useful are the data currently available to those planning and providing interventions. *J Public Ment Health.* 5. 2006;(2):20-6.
- (63) De Zubiria M. Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes: Un manual para que sus hijos vivan mejor. Bogotá: Aguilar; 2007. p. 48.
- (64) Miller D, Dupaul G. School-Based prevention of adolescent suicide: Issues, obstacles, and recommendations for practice. *J Emotional Behav Disord.* 1996;4(4):221-30.
- (65) World Health Organization. Prevention of mental health disorders Effective interventions and policy options [documento en Internet]. Ginebra, Suiza; 2004 [citado 2008 Oct 20]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- (66) Hall J, Redding B. Enfermería en salud comunitaria: Un enfoque de sistemas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. pp. 184-93.
- (67) Friedemann M. The Framework of Systemic Organization. A conceptual approach to families and nursing. California: Sage Publications, Thousand Oaks; 1995. p. 252.
- (68) Friedemann, M. Aplicación del Marco Teórico de la Organización Sistémica para la prevención e intervención de la conducta suicida en adolescentes desde la perspectiva de la enfermería de familia. Asesoría - Pasantía. Estados Unidos: Universidad Internacional de la Florida Miami; 2009.
- (69) Walsh E, Eggert L. Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *Int J Ment Health Nurs.* 2007;16(5):349-59.
- (70) Brent D, Perper J. Research in adolescent suicide: Implications for training, service delivery, and public policy. *Suicide Life-Threatening Behav.* 1995;25(2):222-30.
- (71) Crowe M, Ward N, Dunnachie B, Roberts M. Characteristics of adolescent depression. *Int J Ment Health Nurs.* 2006;15(1):10-8.
- (72) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra, Suiza; 2001. pp. 1-9.
- (73) Croghan E, Johnson C. Occupational health and school health: A natural alliance. *J Adv Nurs.* 2004;45(2):155-61.
- (74) Mead N, Bower P, Gask L. Emotional problems in primary care: What is the potential for increasing the role of nurses? *J Adv Nurs.* 1997;26(5):879-90.
- (75) Moore P. Family counsel. *Nurs Stand.* 1995;9(16):18-20.
- (76) Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(8):957-79.
- (77) Hallfors D, et al. Feasibility of screening adolescents for suicide risk in "real world" high school settings. *Am J Public Health.* 2006;96(2):282-7.
- (78) Steele M, Doey T. Suicidal behavior in children and adolescents. Part 2: Treatment and prevention. *Can J Psychiatry.* 2007;52(1):35s-46s.
- (79) Ciffone J. Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Soc Work.* 2007;52(1):41-9.
- (80) Aseltine R, De Martino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *Am J Public Health.* 2004;94(3):446-51.
- (81) Gould M. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(4):386-405.
- (82) Aviles A, Anderson T, Davila E. Child and adolescent social-emotional development within the context of school. *Child Adolesc Mental Health.* 2006;11(1):32-9.
- (83) Gould M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *JAMA.* 2005;293(13):1635-43.
- (84) Mann, JJ, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-74.
- (85) Shaffer D, et al. The Columbia suicide screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(1):71-9.
- (86) Shaffer D, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(7):24s-51s.
- (87) Thompson E, Eggert L. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(2):1506-14.
- (88) Eggert LL, Thompson EA, Randell BP, Pike KC. Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide-risk behaviors, depression, and drug involvement. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2002;15(2):48-64.
- (89) Asociación Médica Americana. GAPS: Guidelines for adolescents preventive services. Recommendations monograph. [documento en Internet]. 1997 [citado 2007 Nov 30]. Disponible en: <http://>

www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/gapsmono.pdf

(90) Us Preventive Service Task Force. Screening for suicide risk. Guide to clinical preventive services. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996. pp. 547-554.

(91) Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Farber L. Suicidal ideation in primary care. J Gen Intern Med. 1996;11(8):447-53.

(92) American Academy Of Pediatrics. Role of the school nurse in providing school health services. Pediatr. 2008;121(5):1052-6.

(93) National Association of School Nurses. School Health Nursing Services Role in Health Care [página en Internet]. Role of the school nurse. Silver Spring, Estados Unidos: 2013 [citado 2009 Dic 9]. Disponible en: <http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=279>. .

(94) Edwards L. Research priorities in school nursing: A Delphi process. J Sch Nurs. 2002;18:157-62.

(95) De Socio J, Hootman J. Children's mental health and school success. J Sch Nurs. 2004;20(4):189-96.

(96) Hootman J, Houck G, King M. A program to educate school nurses about mental health interventions. J Sch Nurs. 2002;18(4):191-5.