



**Universidad  
Europea Valencia**

Trabajo Fin de Grado

Grado en Enfermería

**PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS CONDUCTAS  
SUICIDAS EN ADOLESCENTES CON EXPERIENCIAS  
INFANTILES TRAUMÁTICAS: UNA REVISIÓN  
BIBLIOGRÁFICA.**

CURSO 2023-2024

Presentado por: **Ana Barjola Cervera**

Tutora: María Cantó Nagore

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

**AGRADECIMIENTOS:**

A César Mateu por ser mi guía, a Enrique Urios por ser luz y a mi tía M<sup>a</sup> Jesús Cervera por hacerlo posible.

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

INDICE:

1. RESUMEN: .....	6
2. INTRODUCCIÓN: .....	8
- Marco teórico: .....	8
- Justificación temática: .....	9
- Marco contextual: .....	10
2.1 Mitos y realidades: .....	10
2.2 El suicidio en la adolescencia.....	12
2.3 Factores de protección frente al suicidio: .....	13
2.4 Factores de riesgo frente al suicidio:.....	14
2.4.1 Cómo informar sobre suicidio, qué hacer y qué no hacer: .....	16
2.4.2 Comportamientos de alerta y detección temprana de jóvenes con riesgo de suicidio: .	17
2.5 Prevención: .....	18
2.6 Intervenciones: .....	19
2.7 El suicidio relacionado con traumas en la infancia: .....	21
2.8 La enfermera de Salud Mental: .....	22
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS: .....	29
4. MATERIAL Y MÉTODOS: .....	30
4.1 Pregunta de investigación: .....	30
4.2 Pregunta PICO:.....	30
4.3 Estrategia de búsqueda: .....	30
4.3.1 Criterios de elegibilidad:.....	31
4.3.2 Operadores booleanos y búsqueda avanzada:.....	32
4.3.3 Validez documental: .....	34
5. RESULTADOS: .....	34
5.1 Síntesis narrativa de los resultados: .....	47
6. DISCUSION: .....	47
6.1 Limitaciones y sesgos del estudio: .....	51
6.1.1 Futuras líneas de investigación: .....	51
7. CONCLUSIÓN: .....	52
8. BIBLIOGRAFÍA: .....	54
9. ANEXOS:.....	59

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Mitos y realidades.....	10
Tabla 2. Cómo informar sobre suicidio, qué hacer y qué no hacer.....	16
Tabla Resultados 1.....	36
Tabla Resultados 2 .....	40

**SÍMBOLOS Y SIGLAS:**

ACE: Adverse childhood experiences (experiencias infantiles adversas).

BCE: experiencias infantiles benévolas.

CM: maltrato infantil.

NSSI: Autolesión no suicida.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCE: Experiencias infantiles positivas.

RAE: Real Academia Española de la lengua.

SI: Intento de suicidio.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

## **1. RESUMEN:**

**Introducción:** El presente trabajo tiene como propósito realizar una revisión bibliográfica acerca del suicidio en la adolescencia, ya que es un gran problema de Salud Pública mundial que cada vez afecta a más personas y a edades más tempranas con cifras realmente alarmantes.

**Objetivo:** Tiene como objetivo principal prevenir el suicidio en la adolescencia, así como analizar las causas y factores de riesgo, factores protectores, identificar a tiempo las conductas suicidas y comparar adolescentes con infancias traumáticas respecto a infancias seguras y estables.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión de los estudios científicos publicados sobre este tema del año 2019 a la actualidad (2024), utilizando los siguientes descriptores en español e inglés: adolescencia, suicidio, salud mental, prevención y trauma infantil. Tomando de referencia las bases de datos MEDLINE, Pubmed, Scopus, SciELO, Dialnet, BvS, Cochrane Library, Cinahl e INE. Además, se consultaron las guías informativas oficiales de prevención del suicidio de las Comunidades Autónomas de España.

**Resultados:** Se seleccionaron un total de 13 artículos. Los adolescentes que presentaron ACE tuvieron mayor riesgo de suicidio, en concreto el abuso emocional, sexual y físico. Por otro lado, la adversidad escolar, los sentimientos de soledad y el comportamiento impulsivo también fueron factores de riesgo importantes, dando lugar a problemas también en cuanto al consumo de tóxicos y la violencia. En contraposición, el apoyo de los padres, con un vínculo y apego seguro fue un mediador importante y un factor de protección frente al suicidio, así como tener tres o más amigos cercanos.

**Conclusiones:** Los adolescentes con una infancia segura, estructurada y estable tienen menor riesgo de suicidio y protege ante conductas suicidas y problemas de Salud Mental en el futuro, las BCE son cruciales en la adquisición de resiliencia del niño, el desarrollo de autocontrol, regulación emocional y poder establecer relaciones sanas en un futuro. En contraposición las ACE son un factor de riesgo muy elevado, en concreto el abuso emocional, físico y sexual por parte de adultos del entorno familiar principalmente, relacionándose con múltiples problemas de salud mental, así como conductas suicidas a lo largo de la adolescencia y la edad adulta. Destacar también la importancia de estar atentos a la adversidad escolar, acoso y maltrato por parte de los pares, esto requiere una intervención multifacética de los padres, profesores y la comunidad.

**Palabras clave:** **adolescencia, suicidio, intento de suicidio, prevención, trauma infantil.**

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** The present work aims to make a bibliographical review about suicide in adolescence, since it is a great problem of global Public Health that increasingly affects more people and younger ages with really alarming figures.

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

**Objective:** Its main objective is to prevent suicide in adolescence, as well as analyze the causes and risk factors, protective factors, identify suicidal behaviors in time and compare adolescents with traumatic childhood with respect to safe and stable childhood.

**Material and methods:** A review of the scientific studies published on this topic from 2019 to the present (2024) was carried out, using the following descriptors in Spanish and English: Adolescence, suicide, mental health, prevention and childhood trauma. Taking reference databases MEDLINE, Pubmed, Scopus, SciELO, Dialnet, BVS, Cochrane Library, Cinahl and INE. In addition, the official information guides on suicide prevention of the Autonomous Communities of Spain were consulted.

**Results:** A total of 13 articles were selected. Adolescents who had ACE had a higher risk of suicide, specifically emotional, sexual, and physical abuse. On the other hand, school adversity, feelings of loneliness and impulsive behavior were also important risk factors, it also gives rise to problems in terms of toxic consumption and violence. In contrast, parental support, with a secure bond and attachment was an important mediator and a protective factor against suicide, as well as having three or more close friends.

**Conclusions:** Adolescents with a safe, structured, and stable childhood have a lower risk of suicide and protect against suicidal behaviors and mental health problems in the future, ECB are crucial in building child resilience, developing self-control, emotional regulation and being able to establish healthy relationships in a future. In contrast, ACEs are a very high risk factor, specifically emotional, physical and sexual abuse on the part of adults in the family environment mainly, relating to multiple mental health problems, as well as suicidal behaviors throughout adolescence and adulthood. Emphasizing also the importance of being attentive to school adversity, bullying and abuse by peers, this requires multifaceted intervention by parents, teachers and the community.

**Key words:** adolescence, suicide, suicide attempt, prevention, childhood trauma.



Objetivos de Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. (2023)

## 2.INTRODUCCIÓN:

### - Marco teórico:

La Real Academia Española (RAE, s/f) define suicidarse como quitarse la vida voluntariamente, acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s/f), ha definido el suicidio como un problema de alta prioridad en Salud Pública y recomienda a todos sus estados miembros que sea atendido de forma prioritaria para reducir sus tasas. El DSM V y CIE-10, hablan del término “angustia extrema”, que el sujeto identifica como pesadumbre, congoja, aflicción, desconsuelo, malestar, tormento y sufrimiento. A la magnitud cuantitativa del suicidio debemos añadir que los suicidios o el comportamiento autolítico provocan un impacto muy importante a nivel personal, social y económico sobre la familia y la comunidad.

“El suicidio no es un acto de egoísmo ni de cobardía, es el desenlace de un proceso”. (Confederación Salud Mental España, 2022).

Desde el momento en que nace en el individuo un deseo de morir hasta el suicidio consumado hay todo un proceso de conductas, que van desde el pensamiento a la acción (suicidio consumado) y abarcan diferentes conceptos como son: ideación suicida, gesto suicida, conducta suicida, intento de suicidio y suicidio. Dentro de los cuales también puede aparecer la autolesión no suicida, parasuicidio y suicidio frustrado. Son términos diferentes que muchas veces se nombran por igual, y que, sin embargo, se deben distinguir. De esta manera, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 (2014):

- **Ideación suicida** pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte. El individuo tiene deseos de matarse, pero no sabe ni cómo ni cuándo, ni dónde lo llevará a cabo.
- **Gesto suicida:** expresión de realizar un acto suicida. Incluye también el acto, que por lo general no supone lesiones para el individuo, pero ello no significa que no deba considerarse seriamente.
- **Conducta/comportamiento suicida** engloba una diversidad de comportamientos como pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho.

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

- **Intento de suicidio (SI):** acto que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir.
- **Suicidio o suicidio consumado:** Es el acto de causar de forma intencionada la propia muerte, todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo la muerte.
- **Autolesión no suicida (NSSI):** es aquella que el individuo se ha infligido intencionadamente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematoma o dolor (p. ej., cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso), con la expectativa de que la lesión solo conllevará un daño físico leve o moderado (es decir, no hay intención suicida). Para las personas que lo realizan es una forma disfuncional de la gestión emocional, pretenden aliviar el dolor emocional, tensión, angustia y resolver dificultades, nada tiene que ver con querer acabar con su vida. Esta conducta tiende a comenzar en la adolescencia temprana.
- **Parasuicidio:** Es toda conducta auto lesiva no mortal, sin considerar la intencionalidad hacia la muerte. La persona no busca la muerte, quieren pedir ayuda desesperadamente. Finalmente pueden fallecer por accidente.
- **Suicidio frustrado:** La persona intenta suicidarse, pero no lo logra. Tienen intención de morir, hay una planificación previa.

“Las conductas como son el parasuicidio y la autolesión no suicida, son consideradas como factores de riesgo para el suicidio consumado y también como indicadores de malestar emocional extremo”. (Gómez, Lolas y Barrera, 1991, pág. 8).

Cabe destacar que el suicidio no es igual a enfermedad mental, el 50% de la población general (no clínica) va a experimentar tendencias suicidas alguna vez a lo largo de su vida.

### **- Justificación temática:**

En edades tempranas el riesgo de suicidio está en aumento. La población adolescente es muy vulnerable ante este problema, ya que coexisten muchos cambios a la vez, sociales, emocionales y familiares. Sería conveniente implementar políticas de salud y educación en la niñez y familia para proteger a niños y adolescentes. Promoviendo su calidad de vida con una infancia segura y estable.

Todo esto afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para las personas cercanas a la víctima cada día, siendo una gran prioridad de salud pública que necesita nuestra atención. La buena noticia es que es prevenible reduciendo los riesgos y aumentando los factores de protección. Es importante que se haga visible este problema para así actuar a tiempo ya que el suicidio no deja de ser un tema tabú en nuestro entorno. Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

## **Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.**

### **- Marco contextual:**

En España se producen 11 suicidios al día, donde detrás de estas muertes se estima que hay 20 intentos. Fallecen por cada suicidio el triple de personas que, por accidentes de tráfico, 13,6 veces más que por homicidios y 90 veces más que por violencia de género, cada 7'30 minutos una persona intenta suicidarse en nuestro país y cada 15 minutos una persona se suicida. En la Comunidad Valenciana una persona se suicida al día. De 15 a 29 años en 2023 nos encontramos con un total de 239 muertes, en 2019 fue la cuarta causa de defunción de este grupo de edad, en todo el mundo. En 2020 el número de suicidios alcanzó el máximo histórico desde que se tienen datos, y cada año la tasa de suicidio aumenta significativamente. Más del 80% de las personas que se suicidaron lo había manifestado o había dado muestras de su intención antes, una de cada cinco personas fueron el mismo día al médico de atención primaria y alrededor del 60% pidieron cita durante la última semana.

Con relación al sexo existen diferencias significativas. Los hombres presentan una tasa de suicidio considerablemente mayor, concretamente de un 3'1, las mujeres lo intentan tres veces más que los hombres, pero los hombres lo consuman tres veces más que las mujeres.

En el año 2018, de un total de 3.539 suicidios, el número de hombres que se suicidó fue de 2.619, muy superior al de las mujeres que fue de 920. (INE, 2018).

En 2014 se publicó el primer informe mundial de la OMS sobre esta cuestión, titulado «Prevención del suicidio: un imperativo global», con objeto de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos de suicidio para la Salud Pública. Asimismo, “los Estados Miembros de la OMS se han comprometido a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030”. (OMS, 2023)

En España se cuenta con la Línea 024 de atención a la conducta suicida, bajo el lema “llama a la vida”, propuesta por el Ministerio de Sanidad, se trata de una línea telefónica de ayuda a las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, y a sus familiares y allegados. Es un servicio gratuito, confidencial y disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

### **2.1 Mitos y realidades:**

Existen mitos y creencias muy arraigadas en la sociedad acerca del suicidio, esto no ayuda nada a la persona ni a sus familiares. Entre ellos encontramos:

<b>MITO</b>	<b>REALIDAD</b>
“Hablar del suicidio incita a cometerlo”	Está demostrado que hablar de suicidio con una persona de riesgo de forma responsable reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única oportunidad que ofrezca para el análisis

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

	de sus propósitos autodestructivos. Es muy importante permitir la expresión de la idea suicida, esto permite aliviar la tensión que le resulta su malestar y con ello, meditar sobre las posibles opciones que puede llegar a tener.
“Las personas que se autolesionan solo quieren llamar la atención”	Las autolesiones son una estrategia no adaptativa de autorregulación emocional, las personas las realizan para aliviar una situación de intenso sufrimiento y frustración, es la única salida que encuentran para el alivio.
“Si alguien quiere suicidarse realmente no hay nada que hacer”.	La persona que quiere suicidarse muchas veces no quiere morir sino aliviar un intenso sufrimiento. La desesperanza provoca una visión en túnel y no encuentran otra salida.
“El que lo dice no lo hace”.	Casi la totalidad de las personas que tienen una tentativa de suicidio ha hablado de ello, y el resto lo ha dejado entrever por cambios en su comportamiento. Algunos de los suicidios se producen sin advertencia, pero la gran mayoría siempre van ligados a signos de aviso.
“El que se suicida es un/a cobarde/ valiente”	El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía sino con el sufrimiento y la desesperanza. La valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se miden por el número de intentos de suicidio. Es un error asociar suicidio con valentía, ya que justifica el acto de suicidio y lo hace sinónimo de una cualidad positiva y susceptible a querer ser imitada.
“Todo aquel que lo intenta una vez estará en peligro toda su vida”	Pese a que el principal factor predictor de suicidio son los intentos previos, hay personas que lo han intentado, pero no lo consumarán el resto de sus vidas. El suicidio es una respuesta a la desesperanza de

**Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.**

	factores contextuales, en ese momento de su vida con esas circunstancias no ven otra salida.
“Los medios de comunicación no deben hablar del suicidio para evitar el ‘efecto llamada’”	Proporcionar información de manera responsable, adecuada y no sensacionalista por parte de los medios ayuda a prevenir el suicidio.
“Quien se suicida tiene una enfermedad mental”.	Hay que tener cuidado con esto ya que no todos padecen enfermedades mentales, así que no hay que generalizar, si se sigue relacionando con enfermedad mental no se va a avanzar ni a tratar de prevenir de forma efectiva. La mayoría de personas con enfermedad mental no se suicida y la mayoría de personas que suicidan no tenían ninguna enfermedad mental. Todo esto puede provocar mayor malestar a los familiares de la persona, como culpabilidad por no haber detectado una enfermedad a tiempo.
“Las personas con conductas suicidas son peligrosas”	Todo lo contrario, son actos autolesivos. La persona solo es peligrosa hacia sí misma.

Tabla 1. Fuente: Elaboración propia.

## 2.2 El suicidio en la adolescencia

“Los adolescentes (edades entre los 10 años y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas) y a nivel mundial el suicidio para los adolescentes de 15 a 19 años constituye la tercera causa de muerte”. (OMS, 2019)

La adolescencia es el periodo más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero a la vez el más problemático y de más alto riesgo psicosocial, es un período intenso de cambios a todos los niveles: corporal, psíquico, afectivo, familiar y social. Hay un gran cambio en la percepción de sí mismo y de los demás, donde el mundo adulto lo evalúa, lo juzga, lo critica y lo confronta.

Es una etapa donde se empieza a filosofar acerca del sentido de la vida y su lugar en el mundo. En el ámbito psicológico el adolescente, es impulsivo, hipersensible, susceptible, emotivo, impaciente y apasionado.

Los objetivos psicosociales a conseguir en la adolescencia son:

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

- Adquirir independencia familiar
- Tomar conciencia de la imagen corporal y la aceptación del cuerpo.
- Relación con los pares, y creación de círculos sociales nuevos.
- Descubrir su identidad.

Con todo ello el adolescente está constantemente en desequilibrio y en estado de conflicto consigo mismo. Todos estos cambios generan un grado de angustia que varía de una persona a otra.

El intento de suicidio en el adolescente traduce, la mayoría de las veces, la expresión de un deseo de cambio, de poner fin a una situación en la cual se encuentra y que le produce malestar y angustia, un deseo de dejar de sentir lo que se está sintiendo. En la mayoría de ellos la esfera emocional se ve afectada y suele ir acompañada de consumo de sustancias psicoactivas.

### **2.3 Factores de protección frente al suicidio:**

Existen una serie de situaciones personales, familiares y sociales que disminuyen la probabilidad de aparición de pensamientos, intentos y/o conductas suicidas. Cuantos más factores de protección concurren en una misma persona menor será la probabilidad de que la persona realice un intento o una conducta suicida. Por lo tanto, es muy importante promover y reforzar estos factores para así prevenir la conducta suicida.

- **Factores de protección personales:**
  - Habilidades para resolver conflictos, dificultades y problemas de manera adaptativa.
  - Habilidades para las relaciones sociales e interpersonales, y las que existen, que sean sanas.
  - Capacidad de pedir ayuda.
  - Buena autoestima y confianza en uno mismo.
  - Hábitos saludables como higiene del sueño, hacer deporte, comer sano etc.
  - Creencias religiosas y tener un sistema de valores. En el cristianismo, por ejemplo, no está bien visto el suicidio, ya que, según sus leyes, la vida no pertenece a uno mismo, sino a Dios. En la Edad Media, la iglesia cristiana excomulgaba a quienes se suicidaban, pues eran enterrados fuera de los cementerios consagrados. Hasta 1983 en España se impidió la sepultura en cementerios consagrados, así como la persona que lo había intentado no podía ser padrino en bodas, bautizos o comuniones, ni recibir el cuerpo de cristo en la comunión.
  - Inteligencia emocional, que engloba ciertas habilidades que nos ayudan a protegernos frente a los pensamientos negativos.
- **Factores de protección familiar:**

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

“Los estilos de crianza más afectuosos aumentan las conductas pro-sociales de los niños y adolescentes, y parecen proteger de la depresión y del comportamiento anti-social”. (U Florenzano R, et al. 2009, pág. 3)

- Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta. A mayor aceptación parental, hay mayor iniciativa social y menor depresión por parte de los jóvenes.

- Tener personas a tu cargo, (Aunque esto es más común en edades adultas), se puede dar el caso de tener un familiar de primer grado dependiente.

- **Factores de protección social/ambiental:**

- Tener una red de apoyo social consistente y de calidad. Los amigos, constituyen uno de los factores de protección más efectivos.

- Inclusión social.

- Buenas relaciones en la escuela.

### **2.4 Factores de riesgo frente al suicidio:**

La aparición de una conducta suicida no se desencadena inmediatamente por la aparición de acontecimientos vitales estresantes; sino que es el resultado de un proceso lento que consiste en la acumulación e interacción de diversos factores psicológicos y ambientales, es multicausal, los individuos que refieren niveles más altos de estrés vital tienden a experimentar un mayor grado de ideación suicida.

La presencia de estos factores agrava y potencia el nivel de riesgo de suicidio.

- **Factores de riesgo individuales:**

- Características de personalidad como son la impulsividad, la dificultad para manejar las adversidades, solucionar las cosas de manera mal adaptativa, el aislamiento social o narcisismo y perfeccionismo e incapacidad de tolerar el más mínimo fracaso.

- Presencia de trastorno mental, sobre todo se asocia más con depresión y trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad (TLP), que supone un riesgo de suicidio 20 veces mayor frente a la población sin este tipo de patologías mentales.

- Género: los hombres presentan mayores tasas de suicidio y las mujeres de intentos de suicidio sin llegar a consumarlo en su mayoría. De cada 4 suicidios, 3 son varones y 1 una mujer.

- Factores genéticos y biológicos: La conducta suicida se asocia con niveles bajos de serotonina en el cerebro, escaso control de impulsos y también con historias de suicidio en la familia.

- Enfermedad física o discapacidad: sobretodo enfermedades crónicas que cursan con dolor o que son incapacitantes. También el cáncer, VIH y la

***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

Esclerosis Múltiple, presentan tasas de mortalidad el doble que en la población general.

- Abuso de alcohol y consumo de drogas aumenta considerablemente el riesgo como factores precipitantes.
- No aceptación de la homosexualidad o del propio cuerpo.
- Embarazo prematuro no deseado.
- Antecedentes personales de ideación o tentativas suicidas: La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. A más número de intentos, mayor riesgo y a más gravedad de los intentos previos, mayor riesgo.

• **Factores de riesgo familiares y contextuales:**

- Historia familiar previa de suicidio: Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo, especialmente en el género femenino, y cuando el intento o el suicidio consumado se ha producido en un familiar de primer grado.
- Eventos vitales estresantes: Pueden ser factores desencadenantes en personas que presentan otros factores de riesgo, entre ellas:
  - o Pérdidas personales: separación de los amigos, desengaño amoroso, muerte de un ser querido.
  - o Problemas legales.
  - o Acontecimientos negativos: conflictos y relaciones interpersonales inestables.
  - o Fracaso escolar.
  - o Historia de maltrato físico, abuso sexual, violaciones, acoso, malos tratos, bullying, cyberbullying.

• **Factores socio familiares y ambientales:**

- Separación de los padres o graves conflictos conyugales que implican la instrumentalización del hijo.
- La violencia en forma general y la ausencia física y/o emocional de algunos de los padres o de ambos, falta de afecto y apoyo familiar.
- Enfermedad psiquiátrica de alguno o ambos progenitores. Estudios realizados con niños en adopción muestran que los que llevaron a cabo un intento de suicidio o suicidio consumado, tenían de manera frecuente progenitores biológicos que lo habían hecho.
- Presión escolar, sobretodo periodos de exámenes.
- Cambios habituales de residencia y de entorno social, que conlleva la separación o pérdida de amigos y compañeros.
- Pobreza y nivel educativo bajo.

**Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.**

- Etnia: No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio.

- **Exposición (efecto Werther o llamada):**

La exposición a casos de suicidio cercano o a determinadas informaciones sobre el suicidio sensacionalista que idealizan o dramatizan las conductas suicidas y las que implican a personas famosas, puede conducir a conductas imitativas.

El efecto Werther, toma su nombre de la novela ‘Las penas del joven Werther’ cuyo autor fue Johann Wolfgang von Goethe, publicada en 1774. En la novela, el protagonista sufre por amor hasta tal punto que acaba por quitarse la vida de un disparo dejando una carta de despedida. Fue una novela muy popular entre los jóvenes de la época, muchos de ellos llegaron a suicidarse o lo intentaron, de formas que parecían imitar la del protagonista. Al igual que la reciente y controvertida serie de Netflix “Por trece razones”, dirigida por Brian Yorkey en 2017, que llevó a un “efecto llamada”. Por tanto, el efecto Werther se produce cuando un suicida sirve de modelo para posteriores actos suicidas, siendo muy frecuente cuando el suicida es alguien famoso, ya que puede influir en el proceso de toma de decisiones de una persona durante una fase crítica y servir de desencadenante. Una intensa cobertura mediática informativa puede provocar la identificación con la persona fallecida, normalizando el suicidio como una forma de hacer frente a sus problemas. Por ello es necesario no presentar el suicidio como algo positivo o como un medio ni como una solución comprensible o una opción razonable ante una crisis importante.

Es muy importante que los medios de comunicación se impliquen en la prevención del suicidio, publicando dicha información de forma responsable, animando a las personas a buscar ayuda y proporcionar información sobre dónde encontrarla y siempre dejando claro que ha sido una pérdida evitable. La forma y el contenido de las noticias sobre suicidio puede ejercer un efecto preventivo, conocido como efecto Papageno. Que debe su nombre a un personaje llamado Papageno de ‘La flauta mágica’ de Mozart. Quien tiene su suicidio planificado, pero lo evitan tres espíritus de niños que le recuerdan las alternativas a la muerte, Papageno, acaba siendo disuadido de suicidarse por ellos.

#### **2.4.1 Cómo informar sobre suicidio, qué hacer y qué no hacer:**

<b>QUÉ HACER</b>	<b>QUÉ NO HACER</b>
Trabajar estrechamente con los profesionales de la salud en la presentación de los hechos.	Publicar fotografías o notas suicidas.
Referirse al suicidio como un hecho, no como un logro.	Glorificar, romantizar ni tratar el suicidio de forma sensacionalista.

**Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.**

Presentar sólo datos relevantes y limitar la duración de la cobertura mediática sobre la noticia.	Informar sobre detalles específicos del método utilizado. O si fue un método fácil y rápido, así como publicar la noticia en la portada de los medios impresos.
Resaltar las alternativas al suicidio y proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios	Emplear estereotipos religiosos o culturales.
Aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma. Enfatizando que podría haberse tratado a tiempo con éxito.	Culpabilizar.

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia.

**2.4.2 Comportamientos de alerta y detección temprana de jóvenes con riesgo de suicidio:**

“Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida de los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental”. (Cortés Alfaro et al. 2021, pág. 7)

Son signos de alarma:

- Cambios de humor que pueden presentarse como: aparición de irascibilidad y comportamiento desafiante, irritabilidad, agresividad, alegría repentina e injustificada, actitud de calma y tranquilidad inusual.
- Preocupaciones por la muerte y conductas negativas acerca de la vida.
- Cambios horarios en sus hábitos y forma de vida.
- Aislamiento social y familiar.
- Anhedonia, desinterés generalizado con presencia de falta de energía, desinterés hacia la escuela, allegados, aficiones y falta de concentración.
- Descuido del aseo personal, con disminución de la autoestima y autoimagen deteriorada con despreocupación por la imagen personal.
- Consumo repentino de tóxicos o alcohol o aumento de la frecuencia o cantidad habitual y acumulación de estos en el hogar.
- Acciones temerarias, infracción de normas o leyes, discusiones y peleas.
- Indiferencia a elogios y refuerzos.
- Autocrítica y auto humillación repetida.
- Regalo de pertenencias, objetos apreciados o valiosos y cesión de mascotas.
- Redacción de testamento y/o notas de despedida.
- Visitas inesperadas a familiares o personas cercanas.
- Sospechas de autolesiones leves.
- Pérdida de sueño, o dormir mucho.
- Gasto de dinero injustificado o desproporcionado.

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

- Falta de apetito sexual.
- Elaboración de planes suicidas y hacerse con los elementos necesarios para llevarlos a cabo, por ejemplo, la compra de armas u objetos sospechosos, búsqueda sobre métodos en Internet, colección de fármacos.
- Historia de intentos de suicidio anteriores.
- Existencia de delirios de negación, ruina o indignidad.

“Todo ello se debe completar con una evaluación de las circunstancias particulares del sujeto, así como de sus posibilidades y de su motivación para pedir ayuda”. (Olle, 2008, pág. 7)

### **2.5 Prevención:**

La prevención del suicidio es una prioridad, ya que está estrechamente relacionada con otras formas de violencia (maltrato físico y/o psicológico, abandono infantil, acoso, violencia entre pares, abuso sexual etc.)

“La mejor manera de lograr la prevención del suicidio es mediante un enfoque que abarque los niveles individual, relacional, familiar, comunitario y social, y todos los sectores, tanto privados como públicos”. (CDC, 2023, pág.12)

Existen múltiples programas de prevención en los distintos países del mundo, así como múltiples propuestas de la OMS para reducir el número de suicidios, como:

- Reducir el acceso a medios letales como armas y sustancias tóxicas.
- Mejorar los servicios sanitarios y su accesibilidad. (El acceso a servicios de atención médica y de salud mental urgente es esencial para las personas en riesgo de suicidio).
- Desarrollar intervenciones comunitarias.
- Reducir los tabúes, el estigma y aumentar la concienciación acerca del suicidio sobre todo en los profesionales sanitarios.
- Formar a los médicos y enfermeras de Atención Primaria y a los profesionales educativos en la prevención del suicidio.
- Fomentar un tratamiento responsable de las noticias por los medios de comunicación acerca del suicidio, evitando los sensacionalismos.
- Desarrollar factores de protección sobre todo el apoyo socio-familiar, el cual juega un papel clave.
- Investigar más acerca del suicidio y su prevención, ya que, debido a su origen multifactorial, se debe investigar y prevenir en muchas áreas de la persona y la comunidad, para reducir las cifras de suicidio a largo plazo.

Uno de los programas de prevención a nivel europeo en los años 2001 y 2002 fue el Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD), llevado a cabo en la ciudad de Nuremberg (500.000 habitantes), donde se formaron médicos de Atención Primaria, se emplearon campañas de información para los medios de comunicación e intervinieron en grupos de riesgo. El resultado

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

fue muy bueno, mostrando la efectividad de este programa, con una disminución significativa de suicidios consumados y de intentos de suicidio. (Reducción del 21%, y un año más tarde de un 32%). A partir de ahí se iniciaron otros proyectos similares en países europeos como, por ejemplo: la Alianza Europea contra la depresión (European Alliance Against Depression EAAD), la cual empezó en 2004 cuyo objetivo principal fue iniciar programas de intervención comunitarios utilizando el enfoque de 4 niveles:

1. Atención Primaria y Salud Mental.
2. Público general (campaña de sensibilización y disminución del estigma).
3. Facilitadores comunitarios y partes interesadas. (Como periodistas, profesores, policías, familiares de personas afectadas) con el objetivo de aumentar sus conocimientos sobre los trastornos depresivos y proporcionar ayuda en caso de detectar riesgo de suicidio.
4. Pacientes, grupos de riesgo y familiares. (Donde se prioriza a adolescentes después de un intento suicida) Por ejemplo, grupos de autoayuda.

Actualmente financiado por la Unión Europea en España está empezando en tres comunidades autónomas: Valencia, Andalucía y Galicia. Coordinado por el Ciber de Salud Mental (CiberSAM), para avanzar en la prevención del suicidio y también para detectar precozmente la depresión y mejorar su tratamiento.

La sensibilización y concienciación dirigida a la población general debe ir enfocada a qué hacer y qué no hacer ante una persona en riesgo de suicidio, desmitificar el suicidio y los estigmas sociales, así como proponer actuaciones dirigidas al conocimiento de esta problemática.

### **2.6 Intervenciones:**

La psicoterapia juega un papel muy importante ante la conducta suicida, por lo que se recomienda asegurar su disponibilidad para las personas que lo necesiten. La entrevista clínica es un instrumento importante y esencial para la valoración del riesgo de suicidio, que permite al profesional realizar una evaluación psicopatológica general de la persona, donde también se inicia una relación terapéutica profesional-paciente que es fundamental en la reducción del riesgo. Es esencial un acercamiento tranquilo, abierto, empático, respetuoso, afectuoso, adecuado, demostrando interés y sin juzgar a la persona para facilitar la comunicación. Así como elegir el momento adecuado para preguntar, que se hará cuando la persona se sienta cómoda, comprendida y hable de sus sentimientos. La entrevista clínica debe incluir además de la evaluación psicológica, la situación social, relaciones interpersonales, acontecimientos vitales o problemas recientes, antecedentes de trastorno mental, intentos previos, abuso de alcohol y otras drogas. Así como, la evaluación de los factores psicológicos y contextuales de la persona que traten de explicar por qué ha tenido lugar una conducta suicida. También deberán evaluarse las características de la conducta suicida y el riesgo de repetición como son la intencionalidad, la elaboración del plan y el método elegido. De manera complementaria se pueden realizar escalas de valoración de riesgo de suicidio (se empezaron a usar en las décadas de 1950 y

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

1960), pero nunca deben sustituir la entrevista clínica. Estas escalas son: Escala Paykel, Escala C-SSRS, Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), Escala desesperanza de Beck, Escala Sad Person, Escala de ideación suicida (SSI), Escala de intencionalidad suicida (SIS), Escala de valoración de la depresión de Hamilton (HDRS) y Escala de malestar subjetivo de Kessler (K10). Las cuales pueden ser autoaplicadas o heteroaplicadas. **(ANEXO)**

En el caso de acudir el paciente a urgencias, se recomienda que sea visto por el psiquiatra una vez valorada la condición física, y cuando esté plenamente consciente para poder llevar a cabo una correcta evaluación psicológica.

“En cuanto a la formación del médico de urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir aquellos aspectos considerados de su competencia como son la evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo, habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato y conocimiento básico de las condiciones médico-legales de las situaciones de urgencia”. (Guía de Práctica clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida. Avalia-t, 2012, pág. 27)

Si acude una persona con ideaciones y conductas suicidas a Atención Primaria, se llevará a cabo una entrevista, donde el profesional podrá identificar factores específicos de riesgo, conducta, presencia o no de alteraciones senso-perceptivas como alucinaciones etc. Expresiones del estado de ánimo y afectividad (ideas de muerte, expresión facial, sentimientos de culpa, anhedonía, autolesiones, tono de voz, actividad motora, llantos etc.) Se recomienda al médico de familia:

- Prescribir fármacos seguros por si hubiese posible sobre-ingesta, y envases con el menor número de comprimidos posibles. La psicofarmacología en este caso va encaminada a la disminución de los síntomas depresivos, y la estabilización afectiva.
- Aconsejar acompañamiento constante y vigilancia por parte de los familiares y amigos.
- Aceptación por parte del paciente y/o tutor/a legal de la derivación al Servicio de Salud Mental.

La urgencia de la derivación al servicio de Salud Mental dependerá de la gravedad de la conducta suicida, si tiene un plan de suicidio elaborado, e intentos previos. Ya desde Salud Mental la decisión de hospitalizar a la persona o no tras un intento de suicidio o una conducta suicida peligrosa, se base en el riesgo suicida inmediato del paciente, así como la necesidad de un tratamiento más intensivo como podría ser la terapia electro convulsiva, teniendo en cuenta la gravedad de sus síntomas como son el riesgo vital y la resistencia farmacológica, se podría tomar la decisión de la terapia electro convulsiva, en la cual debe haber un consenso con el paciente, con su correspondiente consentimiento informado por escrito, en caso de ser menor de edad, también los padres/tutor legal, teniendo siempre en cuenta el balance beneficio/riesgo. Combinada con tratamiento farmacológico siendo los antidepresivos los más eficaces, entre ellos concretamente los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), y en concreto la fluoxetina, aunque no existe evidencia, se ha visto que podría tener un efecto inhibitor de la

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

impulsividad y de las ideas suicidas. La fluoxetina es el único antidepresivo aprobado en el tratamiento de episodios depresivos de moderados a graves en niños y adolescentes en relación al crecimiento, la maduración sexual y el desarrollo cognitivo, emocional y conductual.

En cuanto a terapia psicológica la más empleada y con más evidencia es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) la cual se enfoca en los pensamientos y comportamientos del paciente, que puede cambiar para mejorar su salud mental. En un principio fue diseñada para trastornos de personalidad; sin embargo, en la actualidad es muy útil para tratar a niños y adolescentes con ideación o conducta suicida, reducir la autolesión y las conductas autodestructivas repetitivas.

Después de una evaluación psicológica se puede considerar el alta domiciliaria para aquellos adolescentes con pensamientos suicidas pero siempre que se pueda garantizar una atención y seguimiento desde Salud Mental, y los cuidadores principales (padres, tutores) puedan supervisar y proteger adecuadamente al joven.

En cuanto a las intervenciones post-suceso, se deben tener claros los protocolos de actuación para poderlos realizar en una situación de urgencia, si está ocurriendo en ese momento lo primero que debemos hacer es mantener a la persona a salvo, reduciendo el acceso a medios letales, luego llamar al 112, mientras acompañamos a la persona siguiendo las instrucciones por los profesionales hasta su llegada. El intento de suicidio implica el 1% de los ingresos en los servicios de urgencia, de los cuales el 5% requerirán su ingreso en UCI mientras el 2% morirá tras la tentativa.

#### **2.7 El suicidio relacionado con traumas en la infancia:**

“El concepto de trauma hace referencia a las consecuencias de la exposición a experiencias personales que suponen una amenaza a nuestra supervivencia o bienestar”. (Cervera Pérez et al., 2020, pág. 1)

En cuanto a eventos potencialmente traumáticos se encuentran entre muchos, estresores que aparecen en el contexto de relaciones de apego como pueden ser violencia y negligencia a las que se ve expuesto el menor (maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia, abandono o ser testigo directo de violencia entre los padres) todo ello genera disfunciones duraderas en el niño/a, así como alteraciones en el desarrollo de estructuras cerebrales fundamentales.

Está demostrado que los eventos emocionalmente traumáticos en los primeros años de vida, la niñez y la adolescencia pueden tener efectos duraderos en el cerebro adulto, aumentando el riesgo de psicopatología a lo largo de la vida. El sistema nervioso central (SNC) es uno de los últimos sistemas en completar su desarrollo ya que continúa desarrollándose durante la infancia y la adolescencia hasta los 20 años aproximadamente, en esta etapa el cerebro recibe constantemente estímulos del exterior, donde están involucrados los circuitos neuronales para permitir una mejor adaptación al entorno. Por tanto, los estímulos inadecuados como son negligencia y el maltrato tienen un impacto profundo en el neurodesarrollo del individuo, estas adaptaciones cerebrales persistirán durante toda la edad adulta, traduciéndose en umbrales

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

bajos de tolerancia al estrés y frustración, relaciones sociales complicadas, baja autoestima y niveles elevados de cortisol en sangre dando lugar a un mayor riesgo de aparición de trastornos físicos y mentales, déficits en el funcionamiento cognitivo y graves perturbaciones en la autorregulación afectiva, cognitiva y comportamental, con deterioro en la capacidad de auto-protección, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda de emociones intensas como conductas sexuales riesgo, impulsividad, dificultad de comprensión de las reglas y autolesiones (cortarse, pellizcarse o quemarse). Creencias sobre uno mismo de incapacidad y poca valía, sentimientos de culpa y vergüenza con un alto predominio de desesperanza, aislamiento y relaciones disfuncionales con los otros, abuso de drogas y alcohol. Por tanto, el trauma infantil se relaciona no solamente con los comportamientos auto lesivos y problemas en la adolescencia y la edad adulta, sino también con el suicidio. Todo ello le impide al individuo a largo plazo tener un funcionamiento satisfactorio en las diferentes áreas de su vida y bienestar mental. Estas personas tienen un riesgo elevado de sufrir conductas suicidas a lo largo de su vida. Siendo el riesgo todavía más elevado en víctimas de traumas perpetrados por cuidadores principales.

“Se entiende por trauma infantil aquella amenaza muy fuerte que el niño puede vivir sobre su psiquis, su cuerpo o sobre otras personas alrededor” (Corral-Proañó, V. J. y Díaz-Mosquera, E., 2019, pág. 2).

Se evidencia que las consecuencias en un futuro de un niño que ha sufrido abusos de tipo sexual son más graves, sobre todo si el abuso tuvo frecuencia y prolongación en el tiempo, y cuando existe una relación cercana de la víctima y agresor, como sería el caso de abuso intrafamiliar. Se presenta un gran vínculo entre el abuso sexual infantil y estilos de vida mal adaptativos en la adultez con alto riesgo de ideación y conductas suicidas. Hay un cuestionario para valorar el trauma infantil Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ- SF), el cual aborda experiencias traumáticas que pudo tener la persona durante su infancia y adolescencia. **(ANEXO)**

Se debe tener muy presente la importancia de una relación de base segura intrafamiliar durante la infancia para el correcto desarrollo posterior del niño y en el establecimiento de sus futuras relaciones sanas con las demás personas.

De los 0 a los 6 años, es la etapa clave para establecer un correcto apego y vínculo, así como determinar la seguridad emocional del niño con los cuidadores principales ya que es la etapa donde se inicia la maduración biológica, los procesos de aprendizaje y donde se forja la personalidad de los niños. Los cuidados traumáticos en esa etapa estructuran un vínculo inseguro que le dificulta al niño reconocer al otro y al yo, y formar en el futuro relaciones insanas, dificultosas y complicadas.

#### **2.8 La enfermera de Salud Mental:**

Se define salud mental como adecuado estado de bienestar subjetivo donde la persona es capaz de hacer frente a las demandas psicosociales del día a día, donde es consciente de sus capacidades y es capaz de adaptarse de manera efectiva al medio que le rodea. Un estado de

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

equilibrio cognitivo, emocional y conductual. Cabe destacar que tener buena salud mental no es sinónimo de no tener un trastorno mental.

La enfermería de salud mental es una de las especialidades de esta profesión, donde la enfermera tiene en cuenta al individuo sano o enfermo, a la familia y a la comunidad en tres fases: prevención, promoción mediante la reducción de factores de riesgo en atención primaria, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, con los cuidados de enfermería correspondientes en cada caso, proporcionando atención y apoyo centrada en la relación persona a persona, considerando al ser humano como un ser biopsicosocial (factores biológicos, psíquicos y sociales que influyen en la salud y la enfermedad de la persona) donde cada una de estas tres partes dependen entre ellas, el desequilibrio en una puede provocar desequilibrio en las restantes.

En cuanto a la prevención, desde Atención Primaria, la enfermera identifica los factores de riesgo y la población vulnerable, a partir de ahí planea acciones de promoción y prevención como es la preparación de actividades que puede desarrollar con padres, tutores, adolescentes y profesores con un manejo anticipatorio de las crisis propias de cada etapa evolutiva. Se puede realizar tanto a nivel individual como en grupo, donde la enfermera puede captar de forma precoz personas con problemas de salud mental para que no progresen a un estado patológico en un futuro, y remitirá a psiquiatría aquellos casos que considere. La escuela por ejemplo, ejerce un papel fundamental en el desarrollo socio-emocional de niños y adolescentes, ya que es donde entran en contacto con la sociedad, donde los niños adquieren un aprendizaje social y emocional y desarrollan un sentido de la identidad, por ello se convierte en uno de los entornos más importantes para las intervenciones en este grupo de edad, enfocados a la promoción de la salud mental, prevención de abuso de sustancias y programas contra la agresión e intimidación como los programas anti-bullying.

Así mismo, la promoción de una buena Salud Mental, desde Atención Primaria, tiene como objetivo reducir la prevalencia de trastorno mental mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo con acceso a los servicios de salud mental. Con un cuidado integral de la persona además de atender sus necesidades físicas, la enfermera también brinda oportunidades a los pacientes para que expresen sus sentimientos y sus preocupaciones. A nivel grupal puede dirigir actividades con fines concretos como relajación, desarrollo de habilidades comunicacionales, mejorar la expresión de los sentimientos, entre otras. Un objetivo fundamental de la enfermería en esta etapa es ayudar a estos pacientes a aceptarse a ellos mismos y a mejorar su relación con el entorno.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento y rehabilitación, las acciones de enfermería se centran en reducir los efectos que provoca en la persona la enfermedad mental, promover su rehabilitación y la reubicación en la vida socio-familiar, con recuperación de sus habilidades y capacidades, evitando la cronicidad, previniendo crisis o nuevos brotes con sus consiguientes secuelas. Aquí es muy importante la psiquiatría y las trabajadoras sociales para la readaptación del paciente al medio laboral y social. La enfermera juega un papel importante en el seguimiento para brindarle los cuidados que necesite en este proceso para que pueda reanudar sus actividades, también

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

brindar orientación a la familia y ayudar a ambos a superar periodos de dificultad evitando la desocialización de la persona tras su ingreso hospitalario y favoreciendo su independencia. En definitiva, el objetivo en esta fase es restaurar el equilibrio de la persona y su familia, ya que muchas familias siguen reaccionando hacia la enfermedad mental con ansiedad, miedo, vergüenza y/o culpa.

- **Funciones de enfermería en el servicio de Salud Mental:**

- Recibir y acoger al paciente en la unidad.
- Realizar y aplicar el plan de cuidados de enfermería de manera individualizada.
- Colaborar con el resto de profesionales en la aplicación de tratamientos, exploraciones y realización de pruebas diagnósticas oportunas en cada caso.
- Controlar y seguir la evolución de los pacientes.
- Garantizar una buena comunicación y pase de información entre profesionales para asegurar una atención continuada, a través de los cambios en el registro de las "notas de enfermería".
- Orientar y educar en todo lo relacionado con los diferentes tratamientos y cuidados necesarios tanto a pacientes como a sus familiares.
- Participar, junto con el resto del equipo interdisciplinar, en la elaboración y ejecución de los diferentes protocolos de actuación y programas de salud mental necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad.
- Procurar lo necesario para que el paciente y su familia asuman sus autocuidados al alta médica.

- **Cuidados de enfermería para paciente con ingreso de suicidio:**

En primer lugar, se procederá a la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon, la evaluación del riesgo suicida es la parte más importante a la hora de prevenir el suicidio. Valorar los factores de riesgo y los factores protectores. En los pacientes con riesgo de suicidio se van a alterar la mayoría de estos patrones, por lo que deben tratarse uno a uno:

- Patrón percepción/manejo de la salud:

Cuando la conducta suicida aparece asociada a un cuadro depresivo, el paciente suele abandonar su cuidado personal, por pérdida de interés. Cuando el riesgo de suicidio se asocia a una enfermedad mental, el paciente no suele aceptarla o pueden considerar que su tristeza le acompañará siempre, que no tiene tratamiento y, por tanto, no tiene sentido seguir las recomendaciones terapéuticas. En cuanto a los hábitos tóxicos: es frecuente la ingesta de sustancias tóxicas, siendo mayoritaria la ingesta abusiva de tabaco y alcohol.

- Patrón nutricional/metabólico:

En estado depresivo se puede comer en exceso o, por el contrario, perder el apetito y dejar de comer.

- Patrón eliminación:

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

La alteración de este patrón depende del sujeto. En estado de depresión se reduce la motilidad del aparato digestivo, la eliminación se encuentra disminuida provocando estreñimiento.

- Patrón actividad/ejercicio:

El sujeto puede tener expresión facial de tristeza y tensión. En cuanto a la conducta motriz, nos podemos encontrar con dos polos opuestos, que la conducta motriz aparezca alterada bien por exceso (agitación), o por una fuerte inhibición (hipoactividad). La participación en actividades suele encontrarse ausente debido a la tristeza y apatía con presencia de bajo interés y aislamiento social.

- Patrón sueño/reposo:

Este patrón suele estar alterado debido a la persistencia de las ideas sobre la muerte y el suicidio, lo que hace que disminuyan las horas de sueño (2-3h de sueño) y la sensación de no haber descansado (sueño poco reparador) o insomnio. Así mismo, si la ideación suicida se asocia con un cuadro depresivo la persona que puede tener un exceso de sueño durante la noche y también por el día, (hipersomnia).

- Patrón cognitivo/ perceptivo:

En cuanto a la capacidad para mantener la atención y la concentración suele presentarse alterado debido a la recurrencia de las ideas suicidas y pensamientos negativos sobre uno mismo, puede haber fallos en la memoria reciente debido a la falta de atención. El lenguaje con el que se expresa suele ser escaso, con un tono de voz bajo, o también puede volverse hostil.

- Patrón autopercepción/autoconcepto:

Suele ser el patrón que más se altera en el paciente con riesgo suicida puesto que hace referencia al estado de ánimo y a las actitudes sobre uno mismo. Con una percepción de la imagen corporal negativa acompañada de sentimientos de rechazo hacia sí mismo, exagerando las características negativas, considerándose torpe e inferior, incapaz de salir del círculo vicioso en el que se encuentra.

- Patrón rol /relaciones:

Donde se valora la comunicación con la familia, amigos y escuela o trabajo, y cómo la persona desempeña su rol en cada uno de estos ámbitos, suele estar alterado porque está impregnada por las ideas negativas sobre uno mismo. Las relaciones suelen caracterizarse por ser reacciones hostiles y de incompreensión, escasas o inexistentes, y en las laborales/ escolares es frecuente la aparición de problemas por la apatía, anhedonía y desinterés de la persona hacia el medio que le rodea, provocando en el sujeto un profundo sentimiento de soledad. Aquí la enfermera también valorará las relaciones familiares funcionales o disfuncionales de la persona, relación de afecto entre sus miembros, existencia de límites definidos, reparto adecuado de tareas y roles y la existencia de una comunicación y apoyo eficaz.

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

- Patrón sexualidad/reproducción:

Este patrón está estrechamente relacionado con la dificultad en el rol/ relaciones, por lo general, presentan desinterés sexual y apatía.

- Patrón afrontamiento/tolerancia al estrés:

Valora las estrategias de afrontamiento a situaciones difíciles por parte de la persona, lo que aparece frecuentemente alterado y se caracteriza por estado de ansiedad, tensión, bajo control de uno mismo, sentimientos negativos y estrategias de adaptación inadecuadas como pueden ser las autolesiones o el consumo de tóxicos.

- Patrón valores/creencias:

Donde se valora lo que el paciente considera correcto/incorrecto, sus metas, valores y creencias religiosas. En este caso pueden darse dos situaciones diferentes: que el que decide suicidarse y que tiene creencias religiosas acabe desestimándolas, y por tanto termine cometiendo el acto de suicidio, o que la persona que tiene unas creencias religiosas bien aferradas desestime el suicidio.

- **Diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA:**

- Desesperanza r/c expectativas negativas sobre el futuro.
- Riesgo de violencia autodirigida r/c señales conductuales de intento de suicidio.
- Conductas autodestructivas r/c decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c pensamientos recurrentes de muerte.
- Ansiedad r/c conflicto sobre los objetivos vitales.
- Temor r/c conductas impulsivas.
- Baja autoestima situacional/crónica r/c síntomas depresivos.
- Sufrimiento espiritual r/c fatiga.
- Déficit de autocuidado r/c disminución de la motivación.
- Aislamiento social r/c autoconcepto negativo.
- Afrontamiento ineficaz r/c conducta destructiva hacia sí mismo y resolución inadecuada de problemas.
- Alteración del patrón de sueño r/c inquietud, pensamientos inquietantes.

- **Plan de cuidados de enfermería:**

- Evitar el intento y controlar la conducta autolítica.
- Modificar las creencias irracionales sobre sí mismo y su entorno por otras más adaptativas.
- Mejorar en la persona el afrontamiento de situaciones conflictivas.

- **Actividades enfermeras para controlar la conducta autolítica en adolescentes dese Salud Mental:**
  - Establecer un ambiente seguro para la persona, evitando la posibilidad de que se lesione. La enfermera deberá retirar cualquier objeto (cordones, tijeras, cristal, objetos cortantes etc.), que pueden ser usados por el paciente para suicidarse o autolesionarse.
  - Establecer una relación terapéutica de calidad, estas personas necesitan ser escuchadas sin ser interrumpidas, sin minimizar su nivel de sufrimiento, estar presente sin juzgar. No intentar llenar los silencios con frases huecas como “todo pasa”, “hay más peces en el mar”, “eres joven, tienes toda la vida por delante”. etc.
  - Establecer un dispositivo de vigilancia, que permita el control de la persona y la acción terapéutica, sin que sea percibido por él como un control excesivo y restrictivo, manteniendo actualizados en todo momento los datos de la persona y su entorno, así como, supervisar todos los cambios tanto en las funciones físicas como en las cognitivas, deberemos intentar que el paciente nos explique qué piensa y siente y cómo esos pensamientos/sentimientos van cambiando a lo largo del ingreso, valorando el estado de ánimo de la persona (mañana, medio día y noche), también se deberá realizar una supervisión de la persona durante el turno de noche para comprobar que está bien sin interrumpir su descanso en intervalos de 1 hora.
  - Estructurar las actividades con el objetivo de disminuir su ansiedad y hacer más llevadera su experiencia durante la hospitalización.
  - Toma controlada de medicación, asegurándonos de su ingesta, con el fin de minimizar los riesgos del uso inadecuado de fármacos.
  - Practicar una escucha activa sin juzgar, demostrando interés y confianza mostrándose disponible para ayudarlo respondiendo a todas aquellas dudas y preguntas que tenga sin mostrar prisa. La enfermera debe ser capaz de reconocer reacciones de ansiedad, enfado, ira o de culpabilidad, por otro lado, junto con la persona, se deberá realizar una revisión de sus logros en experiencias pasadas y de cómo resolvió esas situaciones, ayudándole a identificar los motivos por los que merece la pena luchar, motivándolo y facilitando el desarrollo de una perspectiva positiva, infundiendo esperanza. Identificando a personas significativas que hayan podido ayudar en el pasado a la persona y animarlo a que establezca relaciones sanas con ellas.
  - Contribuir junto al paciente a detectar cogniciones erróneas como la generalización excesiva: “siempre, nunca, nada y todo”, y el uso de ideas erróneas y sobrevaloradas sobre todo en aquello que tiene que ver con su autoestima. Estas personas tienden a realizar evaluaciones muy negativas sobre sí mismos y sobre el mundo como un lugar amenazante.
  - Ayudarle a examinar la situación que le genera estrés y elaborar planes contingentes para solventarla, así como reducir la ansiedad mediante el uso de técnicas como el control de la respiración o técnicas de relajación muscular profunda.

- **Planificación al alta hospitalaria:**

Para la persona, el momento del alta es de especial significado ya que debe volver a su entorno habitual, y esto suele provocar un sentimiento de miedo e indefensión. A pesar de que la ideación suicida pueda parecer ya erradicada, ante cualquier situación estresante y de cambio y sobre todo si los mecanismos de afrontamiento no están lo suficientemente afianzados o no son los adecuados, pueden volver a presentarse las ideas de suicidio incluso con una fuerza mayor. Por este motivo, es muy importante una planificación coordinada entre los equipos de atención primaria y el de salud mental; la enfermera deberá aportar su informe de alta con los comentarios, recomendaciones y observaciones pertinentes. Inmediatamente tras el alta se programa una cita en el Centro de Salud para hacer un seguimiento posterior, donde la enfermera hace un seguimiento cercano del paciente, incluso en el domicilio si lo precisa para evitar posibles recaídas, cerciorándonos de su vida socio-familiar, se involucra a los padres/familia para que supervisen a la persona y su medicación, no pueden dejarlo solo bajo ningún concepto, si el paciente no tiene familia se considerará el ingreso hospitalario, hasta que el psiquiatra determine que está fuera de peligro.

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS:**

**Hipótesis de trabajo (H1):** Los adolescentes con una infancia segura, estable y estructurada tienen menor riesgo de suicidio.

**Objetivo general (O1):** Prevenir el suicidio en la adolescencia.

#### **Objetivos específicos:**

**O2:** Analizar causas y factores de riesgo relacionados con el suicidio en adolescentes, así como factores protectores.

**O3:** Identificar a tiempo las conductas suicidas en adolescentes. (intentos fallidos, ingesta farmacológica, colección de fármacos en el hogar, pensamientos negativos de muerte).

**O4:** Comparar adolescentes con una infancia segura y estable con adolescentes con infancias traumáticas o complicadas, así como entorno familiar disfuncional, experiencias de abuso (psicológico, físico y/o sexual), abandono y negligencia física y/o emocional por parte de uno o ambos progenitores.

**O5:** Estudiar la importancia del papel de la enfermera en Salud Mental.

#### **4. MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica de 2019 a la actualidad (2024).

##### **4.1 Pregunta de investigación:**

¿Los adolescentes con una infancia segura, estable y estructurada tienen menor riesgo de suicidio que los adolescentes con infancias traumáticas?

##### **4.2 Pregunta PICO:**

P: Adolescentes, entre 10 y 20 años. Exceptuando adolescente con enfermedad mental grave.

I: Analizar las causas y factores de riesgo frente al suicidio, así como adolescentes con infancias traumáticas.

C: Factores de protección frente al suicidio. Adolescentes con apoyo familiar, apego y vínculo familiar seguro.

O: prevenir y tratar a tiempo el suicidio.

##### **4.3 Estrategia de búsqueda:**

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica, artículos recuperados mediante una búsqueda exhaustiva y selectiva en las Bases de Datos siguiendo los criterios de calidad de la declaración PRISMA. La consulta de la literatura fue de octubre de 2023 a febrero de 2024.

Las Bases de datos que se consultaron fueron:

- **PubMed:** base de datos que facilita la búsqueda y recuperación de bibliografía biomédica y de ciencias de la vida con el objetivo de mejorar la salud, tanto a nivel mundial como personal. Contiene más de 37 millones de citas y resúmenes de literatura biomédica.
- **Medline:** Base de datos bibliográfica especializada en biomedicina y las ciencias de la vida, creada por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Abarca todas las áreas de la medicina, incluida la enfermería y salud pública.
- **Scopus:** Es una base de pago que cubre una gran variedad de áreas y ofrece más de 23,452 revistas (5500 de acceso libre) y artículos que datan desde el año de 1788. Además, contiene registros de más de 210,000 libros, 9.8 millones de artículos de conferencias de unos 120,000 eventos alrededor del mundo y unos 4 millones de registros de patentes.

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

- **Dialnet:** proporciona todas las herramientas necesarias para optimizar las búsquedas y trabajar con los fondos disponibles. Ofrece búsqueda simple y tiene acceso a numerosos servicios avanzados y personalizados.
- **Scielo:** es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos.
- **Cochrane library:** es la fuente principal de revisiones sistemáticas en salud. Estas revisiones proporcionan información basada en la evidencia sobre atención sanitaria.
- **BVS:** es un modelo de gestión de información basado en el trabajo colaborativo y en red, aplicado a la creación, organización y disseminación de información y evidencia científica y técnica en salud puesta a disposición de los usuarios en línea a través de los 67 portales de instancias activas de la BVS.
- **Cinhal:** es una base de datos de 1.350 revistas en texto completo, de las áreas de enfermería, biomedicina, medicina alternativa y complementaria, terapia física y terapia ocupacional entre otras.
- **INE:** es un organismo público español encargado de la coordinación general de los servicios estadísticos de la Administración General del Estado. Su labor abarca una amplia variedad de áreas, incluyendo demografía, población, censos, migraciones, estadísticas económicas y sociales.

En la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: adolescencia, suicidio, intento de suicidio, prevención y trauma infantil. Relacionadas con la conducta suicida en términos MeSH y DeCs, combinándose con los operadores booleanos AND, OR y NOT.

### **Criterios de elegibilidad:**

Los filtros se delimitaron por año de publicación (últimos 5 años), en idioma castellano e inglés y texto completo.

### **Criterios de inclusión:**

Adolescentes de 10 a 20 años, con conductas suicidas e historial de traumas infantiles y artículos publicados de 2019 a 2024.

### **Criterios de exclusión:**

Aquellos referentes a artículos cuyo campo de estudio no se centrara en la salud mental, así como los adolescentes ingresados en Unidad de Salud Mental por patología mental grave, adolescentes en centros penitenciarios e institucionalizados, con riesgo de exclusión social, estar cursando un embarazo, con trastorno de estrés post-traumático o trastorno límite de la personalidad, mayores de 20 años de edad y estudios retrospectivos en adultos.

Tras aplicar estos criterios y en una primera lectura se obtuvieron: 253 resultados.

#### **4.3.2 Operadores booleanos y búsqueda avanzada:**

**PubMed:** suicidio AND adolescentes = 1701 artículos, de los cuales, fueron potencialmente relevantes para mi estudio = 28 artículos.

Suicidio AND adolescencia AND trauma infantil = 0 artículos relevantes para mi estudio.

Adverse childhood experiences AND suicide= 226 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 48 artículos.

Sexual abuse AND suicide= 366 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 39 artículos.

Relaciones familiares AND suicidio= 153 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 19 artículos.

Domestic violence AND suicide= 263 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 25 artículos.

Emotional regulation AND suicide= 180 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 18 artículos.

En lenguaje no codificado se hizo una búsqueda: Abandono emocional en la infancia por parte de los padres = 8 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 1 artículo.

#### **Medline:**

Suicidio AND adolescentes= 156 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 9 artículos.

Adverse childhood experiences AND suicide= 221 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 10 artículos.

Abandono infantil AND suicidio de los cuales = 1 resultado relevante para mi estudio.

#### **Scopus:**

Adverse childhood experiences AND suicide= 36 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 12 artículos.

Abandono emocional AND infancia= 74 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 0 artículos.

Suicidio AND adolescencia OR infancia AND trauma infantil= 29 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 3 artículos.

Abandono infantil AND suicidio AND adolescencia= 3 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 1 artículo.

***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

Apego infancia AND suicidio= 17 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio =5 artículos.

**Dialnet:**

En esta base de datos se utilizó lenguaje libre.

Suicidio y adolescentes con infancias traumáticas= 4 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 0 artículos.

Abandono emocional infantil y suicidio en la adolescencia= 0 resultados.

Experiencias infantiles adversas= 103 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 1 artículo.

**Scielo:**

Suicidio AND adolescentes= 300 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 3 resultados.

Suicidio AND adolescentes OR infancia NOT enfermedad mental= 41 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 1 artículo.

Suicidio AND adolescentes OR infancia= 1924 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 14 artículos.

**Cochrane library:**

Adverse childhood experiencias= 81 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 0.

**BvS:**

Apoyo familiar AND suicidio AND adolescencia OR infancia= 449 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio = 2 artículos.

En lenguaje libre: Apoyo familiar y suicidio en la adolescencia= 106 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 1 artículos.

**Cinhal:**

Apoyo familiar AND adolescentes AND suicidio= 1 resultado. No relevante para mi estudio.

Adverse childhood experiencias AND adolescents AND suicide= 50 resultados. De los cuales relevantes para mi estudio= 12 artículos.

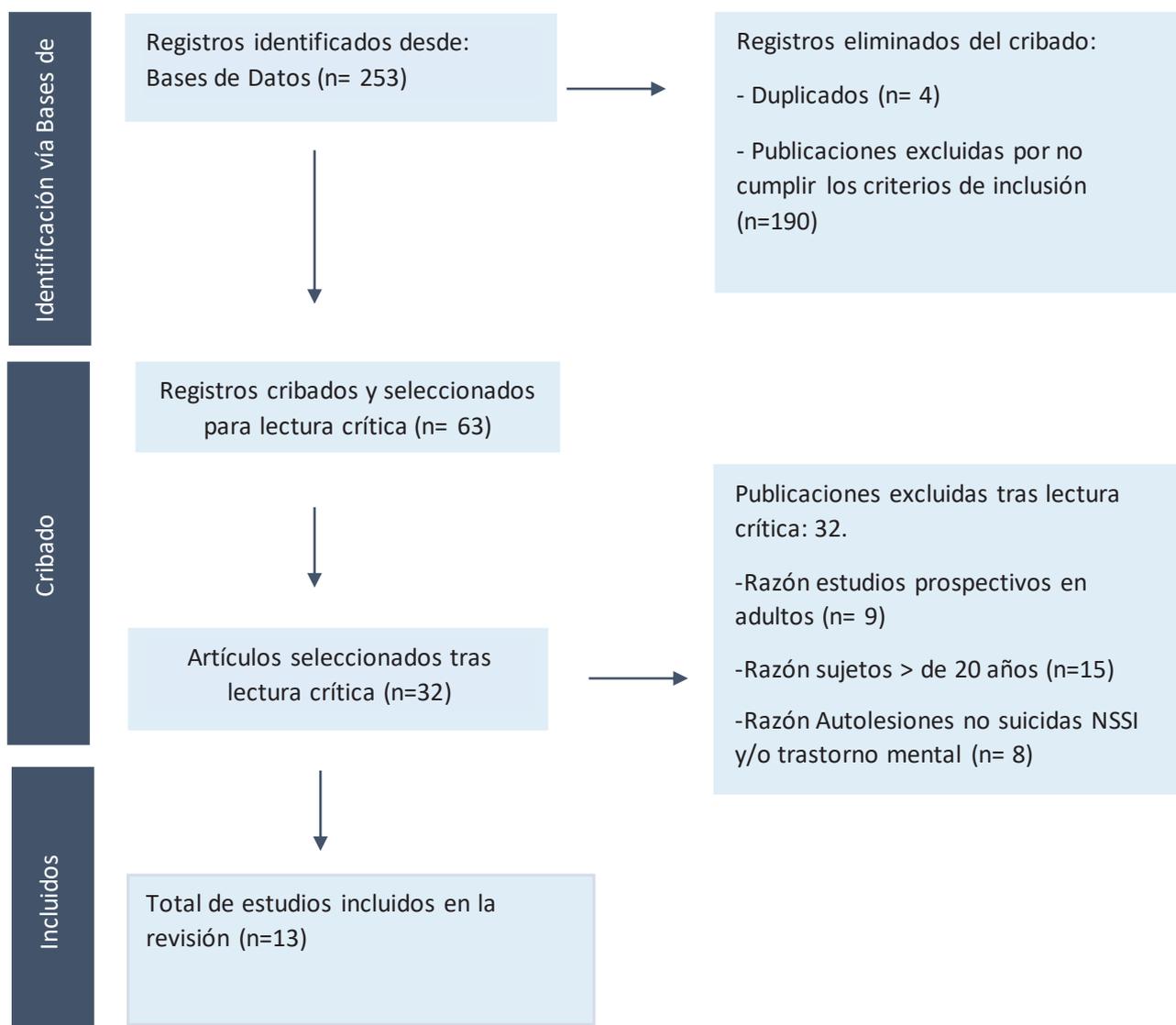
Finalmente, tras la fase anterior de búsqueda, y de una primera lectura superficial, se procedió a una segunda fase de lectura profunda, crítica y exhaustiva de los artículos ya seleccionados para eliminar los duplicados o que no cumpliesen estrictamente los criterios de inclusión y exclusión. Tras esta fase se obtuvieron 13 artículos los cuales se incluyeron en el estudio.

### 4.3.3 Validez documental:

Para definir la calidad científica de los estudios se consultó la FLC 3.0. (s/f). Lecturacritica.com. donde se evalúa cada artículo a partir de unas preguntas muy concretas en referencia a su estudio, pregunta de investigación, metodología, resultados, conclusiones, conflicto de intereses y tipos de sesgos encontrados. También se comprobó en la Escala SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), que clasifica de 4 a 1++ los niveles de evidencia de los estudios según su diseño.

Los 13 artículos seleccionados en la presente revisión según los objetivos planteados y que intentan dar respuestas a la pregunta de investigación, presentan un nivel de evidencia científica analizada con resultado de evidencia alta y media-baja.

### 4.4 DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA:



Fuente: Elaboración propia.

## 5. RESULTADOS:

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias*

Tabla de análisis y síntesis

Primer autor. (año),país	Tipo de estudio. Población	Intervención/ comparación	Resultados	Conclusiones	Nivel de evidencia
Jie Tang. (2023),China.	Encuesta transversal a 25 universidades, Análisis descriptivo en estudiantes universitarios.	Adolescentes con ACE y ECB.	Sujetos con ACE tuvieron mayor riesgo de suicidio que los adolescentes con BCE. Fue un factor de protección importante frente al suicidio el apoyo socio-familiar. La ACE con mayor riesgo de suicidio fue el abuso emocional.	El abuso emocional se asocia significativamente con peores síntomas de salud mental e ideas suicidas.	- FLC 3.0. (Fichas de Lectura Crítica). ALTA - Evidencia según SIGN: 3
Bunting Lisa. (2023), Irlanda del Norte.	Encuesta en hogares de probabilidad aleatoria estratificada. Sujetos entre 11 y 19 años.	Influencia de las ACE y las PCE en la salud mental de los jóvenes, así como en las autolesiones y conductas suicidas.	Las ACE se asociaron significativamente con un aumento en la probabilidad de tener pensamientos o intentos de suicidio, mientras las PCE se asociaron con una disminución significativa.	Las iniciativas para aumentar las PCE pueden ayudar en la prevención de problemas de salud mental en adolescentes, pero tendrían un impacto limitado concretamente en relación con la ideación suicida.	- FLC: ALTA - SIGN: 2+
Zhihui Jia. (2020), Nanchang, China.	Encuesta a cinco escuelas de secundaria seleccionadas mediante un muestreo aleatorio estratificado por conglomerados. Sujetos entre 14 y 18 años.	Relaciones entre diferentes tipos de ACE y síntomas depresivos, intenciones suicidas y planes suicidas.	El resultado mostró que después de controlar todas las covariables, se observaron mayores probabilidades de planes de suicidio entre los estudiantes que experimentaron abuso sexual y abuso físico.	Los síntomas depresivos y las conductas suicidas de los adolescentes chinos fueron relativamente graves.	- FLC: MEDIA - SIGN: 2-
Meeker Elizabeth. (2021), Nueva York.	Encuesta de Vigilancia de Conductas de Riesgo en	La prevalencia de ACE y su impacto sobre la salud.	Los jóvenes con dos o más ACE tenían significativamente más probabilidades que los	Informar de múltiples ACE estaba fuertemente	- FLC: ALTA - SIGN: 2+

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

	Jóvenes en sus escuelas de secundaria. Las preguntas exploraban la prevalencia de ACE. Sujetos entre 14 y 18 años.		jóvenes sin ACE de ideación suicida e intento de suicidio.	relacionado con una amplia gama de problemas de salud mental, violencia y uso de sustancias.	
Wang Geng Fu. (2022), China.	Proyecto para la salud “Salud de los adolescentes y conductas de riesgo en la provincia de Anhui” mediante una encuesta transversal. Sujetos entre 12 y 18 años.	Explorar la salud de los adolescentes con ACE.	El 85,3% de los estudiantes estudiados habían experimentado al menos un tipo de ACE. Existía una relación positiva entre las puntuaciones de ACE y las conductas de riesgo para la salud entre los adolescentes.	ACE específicos como la adversidad escolar, el acoso y el maltrato, podían estar asociados con conductas de riesgo para la salud de los adolescentes.	- FLC: MEDIA - SIGN: 2-
Bulat Rajhvajn Linda.(2023), Croacia.	Estudio longitudinal de 3 años. Sujetos de 15 a 17 años de edad.	Diferenciación entre los adolescentes que continúan con NSSI/SI y los que lo abandonan en un período de 3 años.	Los adolescentes con NSSI/SI prolongados tenían más ACE.	La falta de apoyo de los padres en la infancia y la adolescencia se asoció con un riesgo elevado de SI ocasional e incluso frecuente. Asimismo es importante que el suicidio en sí no sea tabú y que los jóvenes tengan adultos accesibles con quienes puedan hablar.	- FLC: ALTA - SIGN: 2+
Roland Donald Ahouanse.	Estudio transversal mediante un	Comprobar la asociación entre diferentes tipos de	El apoyo de los padres se presentó como un mediador importante en la asociación	Mejorar el apoyo social de los padres podría ser	- FLC: ALTA - SIGN: 2+

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

(2022), suroeste de China.	cuestionario autoadministrado. Sujetos entre 10 y 18 años.	maltrato infantil, apoyo social y SI.	entre el abuso emocional, maltrato físico y/o abuso sexual así como la negligencia, y SI.	eficaz para prevenir el riesgo de suicidio en adolescentes relacionado con el maltrato emocional infantil.	
Kumar Pradeep. (2021), La India.	Análisis de datos a través de encuestas transversales realizadas en dos estados indios: Bihar y Uttar Pradesh. El tamaño de la muestra fue 10.352 sujetos entre 10 y 19 años.	Analizar la asociación entre ideación suicida y variables como el abuso, negligencia, factores estresantes, entorno familiar y comportamiento impulsivo/agresivo en los adolescentes.	Las probabilidades de ideación suicida son significativamente mayores entre los adolescentes cuyas madres sufrieron abuso físico y los adolescentes que sufrieron abuso sexual. Así como los adolescentes que presentaron comportamiento impulsivo. Las mujeres reportaron mayores síntomas depresivos y mayor ideación suicida que los varones.	La ideación suicida es prevenible si se pueden identificar adolescentes que sufren abuso y agresión. El papel de los padres es fundamental en el seguimiento de sus hijos.	- FLC: ALTA - SIGN: 3
Naz Anum. (2021), Pakistán.	Estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas a adolescentes que presentaron al menos un episodio de autolesión. Sujetos entre 12 y 18 años.	Proporcionar información que sirviera de base para el desarrollo de una intervención adecuada y aceptable para adolescentes en riesgo.	Todos los participantes excepto uno utilizaron veneno para ratas como medio de autolesión. Se estudiaron los factores predisponentes, así como la relación con la familia. La crisis emocional fue uno de los factores predisponentes reportados por los participantes, las experiencias subjetivas de emociones negativas hacia uno mismo y sentimientos de soledad. De igual forma, los conflictos interpersonales con familiares se reportaron también como un factor predisponente.	Los hallazgos de este estudio respaldan el papel importante de la investigación en la prevención del suicidio y las autolesiones.	- FLC: ALTA - SIGN: 2+

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

<p>Colorado Suárez Yuly. (2019) Colombia.</p>	<p>Estudio observacional de corte transversal con componente analítico, en una muestra aleatorizada de adolescentes con alto riesgo de suicidio. Sujetos de 13 a 19 años.</p>	<p>Establecer la asociación entre las dimensiones de apego y el alto riesgo suicida en adolescentes de Colombia.</p>	<p>Se observó que la baja confianza y comunicación con la madre y el padre, se asociaron con un alto riesgo suicida en adolescentes.</p>	<p>Algunas dimensiones del apego se asocian a comportamientos suicidas, en consecuencia, es de relevancia este factor en el estudio del riesgo para suicidio en adolescentes.</p>	<p>- FLC: ALTA - SIGN: 2+</p>
<p>Rodway Cathryn. (2020), Reino Unido.</p>	<p>Estudio exploratorio de serie de casos consecutivos a nivel nacional de muertes por suicidio en adolescentes. Sujetos de 10 a 19 años.</p>	<p>Examinar las narrativas personales de las personas más cercanas al joven antes de su muerte y tratar de comprender los antecedentes de suicidio en los jóvenes.</p>	<p>La mayoría de muertes fueron de género masculino donde el ahorcamiento/estrangulación fue el método más prevalente. Los antecedentes más comunes fueron autolesiones, presiones académicas en concreto periodos de exámenes, estar atravesando un duelo, condiciones de mala salud física, abuso de drogas o alcohol, intimidación y aislamiento social. Hubo mayor porcentaje de mujeres que tuvieron contacto con los servicios de Salud Mental meses previos a la muerte.</p>	<p>La variedad de antecedentes identificados en este estudio resalta la necesidad de un enfoque de base amplia para la prevención del suicidio. Así como la importancia del apoyo a familias en duelo, servicios de salud mental que ofrezcan acceso urgente. Así como una evaluación psicosocial después de una autolesión y una mejor comprensión de cómo cuidar la salud emocional a través de las escuelas,</p>	<p>- FLC: MEDIA - SIGN: 2-</p>

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

				universidades, la Salud Pública y los medios de comunicación.	
Dema Tashi. (2019) Bután, Asia del Sur.	Análisis secundario de datos representativos a nivel nacional en Bután, de adolescentes en 2016. Sujetos de 13 a 17 años.	Determinar la prevalencia y los factores asociados (demográficos, psicosociales y relacionados con el abuso de sustancias) de la conducta suicida (ideación y SI) entre adolescentes.	Uno de cada nueve adolescentes entre 13 y 17 años informó haber intentado suicidarse en los últimos 12 meses. La alta tasa de suicidio entre estas edades fue motivo de grave preocupación. Se identificaron como factores de riesgo: el sexo femenino, la inseguridad alimentaria, las agresiones físicas, el acoso, la violencia sexual, la soledad, la falta de sueño, y el abuso de tóxicos y tabaquismo de los padres.	Es importante identificar estos factores de riesgo precozmente y abordarlos de manera eficaz para prevenir los suicidios. Requiere una intervención multifacética con el apoyo de la comunidad, los maestros y los padres.	- FLC: MEDIA/BAJA - SIGN: 2-
Peng Chang. (2023), China.	Muestreo por conglomerados de múltiples etapas para adolescentes de cinco provincias representativas de China. Se utilizó el formulario breve del Cuestionario de trauma infantil para medir los subtipos de maltrato infantil. Sujetos entre 12 y 18 años.	Explorar el impacto específico de cinco subtipos de maltrato infantil en la ideación, los planes y los intentos de suicidio entre adolescentes urbanos y rurales en China.	Los efectos directos de los subtipos de maltrato infantil en las conductas suicidas de mayor a menor fueron: abuso emocional, abuso físico y abuso sexual. Mientras que los efectos de la negligencia física y emocional no fueron relevantes.	El abuso emocional tiene un efecto más fuerte sobre la Salud Mental, y el abuso sexual tiene un efecto directamente relacionado con el suicidio. Los programas de prevención del suicidio podrían centrarse en aquellos que sufrieron abuso emocional, físico y sexual.	- FLC: ALTA - SIGN: 2+

Tabla 1 Resultados. Fuente: elaboración propia.

ARTICULO	LOCALIDAD	AMBITO	TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN	ESCALAS UTILIZADAS PARA MEDIR LOS RESULTADOS	ASPECTOS POSITIVOS DESTACADOS	ASPECTOS NEGATIVOS DESTACADOS
1) Como las ACE y las BCE influyen en la depresión y la ideación suicida en estudiantes universitarios chinos: un análisis de clase latente.	China	Local	3 meses	No consta	El apoyo en las relaciones socio-familiares de los adolescentes es un factor clave de protección frente al suicidio. Se puede aprender cómo interactúan las BCE en los adolescentes, los estilos de crianza, relaciones padres-hijo sólidas, y desarrollar la resiliencia de los niños para prevenir y mitigar los efectos nocivos de las ACE.	Se utilizaron medidas retrospectivas de las experiencias infantiles, lo que puede dar lugar a sesgo de recuerdo.
2) La influencia de las ACE y BCE para la Salud Mental de los jóvenes y las experiencias de autolesión e ideación suicida.	Irlanda del Norte.	Local	9 meses	Cuestionario CATS (Evaluación de trauma en niños y adolescentes). <b>(ANEXO)</b>	Cada experiencia infantil positiva redujo las ideas suicidas un 7%. Las experiencias positivas en la edad temprana protegen y proporcionan la	Las iniciativas para aumentar las experiencias infantiles positivas pueden ayudar en la prevención de problemas de Salud Mental en los adolescentes,

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

					base para futuras relaciones sociales saludables.	pero tendrían un impacto limitado en relación con la ideación suicida en adolescentes que sufrieron ACE. El 12% informó haber tenido ideas suicidas y el 52% que afirmó no haber experimentado ninguna ACE.
3) Exposición acumulativa a ACE: síntomas depresivos, intenciones suicidas y planes suicidas entre estudiantes de secundaria superior en la ciudad de Nanchang (China).	Nanchang, China.	Académico	1 mes	No consta.	La conexión entre diferentes tipos de ACE relacionadas con el suicidio permite realizar un plan de acción y prevención del suicidio específico.	Existe un sesgo de resultado, ya que no se incluyeron en el estudio la gravedad, la frecuencia y el tiempo de los factores de ACE.
4) El impacto de las ACE en los indicadores de riesgo para la salud de los adolescentes en una muestra comunitaria.	Nueva York	Académico	Año académico 2016-2017.	Encuesta sobre conductas de riesgo infantil (YRBS). <b>(ANEXO)</b>	Prevenir a tiempo el suicidio desde la escuela puede ser vital para los adolescentes.	El estudio se realizó en un solo barrio de un nivel socio-económico bajo, por lo que no se puede extrapolar a todos los barrios de Nueva York.

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

<p>5) Fenotipos de adversidad infantil y conductas riesgosas para la salud entre adolescentes chinos: ampliación del concepto de adversidad.</p>	<p>Anhui, China</p>	<p>Local</p>	<p>1 mes</p>	<p>No consta</p>	<p>Anhui cuenta con un proyecto para la salud en la etapa adolescente: "Salud de los adolescentes y conductas de riesgo en la provincia de Anhui". Donde se pretende prevenir y detectar a tiempo las conductas suicidas.</p>	<p>No se midió la gravedad, la frecuencia y el tiempo de los factores de ACE. Lo que conduce a un sesgo de resultado, así como a un sesgo de recuerdo ya que las ACE fueron autinformadas por los adolescentes y solo se tuvo en cuenta esos resultados. La naturaleza transversal del estudio impidió una interpretación casual de la relación entre las ACE y las conductas de riesgo para la salud de los adolescentes.</p>
<p>6) Predicción de conductas prolongadas de autolesión no suicida e ideas suicidas en la adolescencia: el papel de los factores</p>	<p>Croacia</p>	<p>Académico</p>	<p>3 años.</p>	<p>No consta</p>	<p>Los jóvenes con padres accesibles con los que poder hablar sobre estas cuestiones reduce el riesgo de SI ocasional e</p>	<p>Este estudio solo utilizó los autoinformes de los adolescentes para evaluar su Salud Mental, no se incluyeron datos de informes cruzados. Así</p>

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

personales y ambientales.					incluso frecuente.	mismo las variables de criterio de NSSI e SI se midieron con una sola variable, lo que conduce a tasas de prevalencia más bajas que una evaluación con ítems específicos. Todo ello, puede dar lugar a un sesgo de resultado.
7) Maltrato infantil e ideación suicida: una posible mediación del apoyo social.	China	Académico	2 meses	Cuestionario de trauma infantil (CTQ). <b>(ANEXO)</b>	El apoyo de los padres amortiguó el efecto dañino de eventos estresantes.	El estudio no investigó la fuente de maltrato infantil y solo se tuvo en cuenta los resultados del autoinforme, lo que da lugar a un sesgo de información y de resultado.
8) Ideación suicida entre adolescentes: el papel del abuso sexual, la depresión y el comportamiento impulsivo.	La India	Local	1 año	Encuesta del proyecto "comprender la vida de adolescentes y adultos jóvenes (UDAYA)".	Los resultados revelan que la ideación suicida es prevenible si se pueden identificar adolescentes que sufren abuso, depresión e	Debido a la naturaleza transversal de los datos no se pudo examinar ninguna relación causa-efecto entre las variables del estudio. Las preguntas eran

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

					impulsividad. El papel de los padres en esto es fundamental para el seguimiento de sus hijos.	demasiado amplias para una respuesta precisa. El estudio se realizó en dos estados de La India, por tanto los resultados no se pueden extrapolar a todo el país.
9) Exploración de las experiencias vividas por adolescentes que presentan autolesiones y sus puntos de vista sobre las estrategias de prevención del suicidio: un enfoque cualitativo.	Pakistán	Hospitalario	4 meses	No consta	Los participantes propusieron estrategias de prevención y reflexionaron después de la autolesión.	En Pakistán el uso de insecticidas y pesticidas es común en métodos de autolesión. Todos los participantes menos uno utilizaron veneno para ratas como método de autolesión. Los sujetos fueron reclutados de un solo hospital de la ciudad, no se puede extrapolar los resultados a otras regiones.
10) Asociación entre apego y riesgo suicida en adolescentes	Colombia	Académico	2 meses	No consta	Se debe atender las necesidades del vínculo y el apego seguro	No se consideraron otras co-variables para el estudio como

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

escolarizados en Colombia.					del niño con los padres para la prevención del suicidio.	puede ser la depresión, siendo la evidencia limitada para comparar estrictamente los resultados.
11) Niños y jóvenes que mueren por suicidio: antecedentes relacionados con la infancia, diferencias de género y contacto con los servicios.	Reino Unido	Nacional	3 años	No consta. Estudio exploratorio de casos de muertes por suicidio.	Este estudio resalta la necesidad de un enfoque amplio para la prevención del suicidio. Apoyo a las familias, política antibullying, prescripción segura de fármacos desde Atención Primaria, apoyo a las familias en duelo y asegurar el acceso a servicios de Salud Mental urgente.	De las 68 personas que consultaron en Internet sobre métodos para quitarse la vida, el 4% murieron por el método que habían buscado. Se encuentra un sesgo subjetivo al extraer la información de investigaciones forenses, sesgo de recuerdo de los familiares y amigos de los fallecidos en los meses previos al suicidio, por lo que pueden existir cifras sobreestimadas. El 48% no tuvo ningún contacto previo con servicios de Salud Mental.
12) Ideación e intento de	Bután, Asia del Sur.	Nacional /Académico	1 año	Cuestionario de 84 ítems	Tener 3 o más amigos	Los resultados se basaron en el

*Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.*

<p>suicidio entre adolescentes que van a la escuela en Bután: un análisis secundario de una encuesta mundial de salud estudiantil.</p>				<p>respondido de forma anónima por los estudiantes.</p>	<p>cercanos tuvo un efecto protector contra la ideación e intento de suicidio. La buena relación con los pares en la escuela mantuvo el bienestar mental.</p>	<p>auto informe de los encuestados sin medios para validar las respuestas lo cual da lugar a un sesgo de recuerdo. 1 de cada 9 estudiantes informó haber intentado suicidarse en los últimos 12 meses.</p>
<p>13) Efectos específicos de cinco subtipos de maltrato infantil sobre las conductas suicidas en adolescentes chinos: el efecto moderador del sexo y la residencia.</p>	<p>China</p>	<p>Nacional</p>	<p>9 meses</p>	<p>Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ)</p>	<p>Cuantificar las asociaciones entre los subtipos de maltrato infantil y las diferentes conductas suicidas puede servir para idear un plan de prevención específico.</p>	<p>El estudio transversal no permite establecer una relación causal entre los subtipos de maltrato infantil y las conductas suicidas. No se evaluó otra información importante como: edad de la primera experiencia de maltrato, duración, intensidad, frecuencia y autor del abuso.</p>

Tabla 2 Resultados. Fuente: elaboración propia.

### **5.1 Síntesis narrativa de los resultados:**

En este estudio de revisión bibliográfica de la literatura científica cuyo objetivo principal es prevenir el suicidio en la adolescencia, se observaron los resultados finales que se exponen en la tabla 1 de resultados. Respecto a la procedencia de los 13 artículos seleccionados, 5 son de China, 1 de Asia del Sur (Bután), 1 Reino Unido, 1 Irlanda del Norte, 1 Colombia, 1 Estados Unidos (Nueva York), 1 Croacia, 1 La India, 1 Pakistán. En cuanto al tipo de estudio; 9 fueron cuantitativos, 1 cualitativo y 3 estudios mixtos, donde todos ellos tienen en común el estudio de adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 20 años. Siete de ellos trataron de forma específica las Experiencias Infantiles Adversas (ACE), cinco hablaron de detección y prevención de conductas suicidas en adolescentes y uno de ellos estudió casos de muerte por suicidio consumado.

### **6. DISCUSION:**

En cuanto al sexo, las mujeres poseen un riesgo más elevado de tener conductas suicidas, así como síntomas depresivos moderados, según Dema et al. (2019) el simple hecho de ser mujer es un factor de riesgo para tener mayor predisposición para el suicidio. La ACE que más se relacionó con el suicidio fue el abuso emocional, teniendo un fuerte impacto en la Salud Mental del niño/adolescente, donde se interrumpe el buen desarrollo físico y mental del niño, seguido del abuso físico y el abuso sexual, este último teniendo un efecto directo sobre el suicidio.

En una muestra representativa de una ciudad de China, se comprobó que los niños/adolescentes que habían sufrido abusos sexuales tenían una alta probabilidad de desarrollar ideas suicidas en comparación con otros tipos de ACE. Por otro lado, un factor de riesgo destacable fue la presión académica sobretodo en periodo de exámenes, el acoso escolar y por ende su impacto en las conductas suicidas de los adolescentes. En referencia al suicidio consumado, un estudio realizado en Reino Unido, evidenció que el método más común fue el ahorcamiento, seguido de la precipitación y de la intoxicación por fármacos, donde la mayoría de los fallecidos fueron de sexo masculino, sin embargo, en las niñas/adolescentes se comprobó post-suceso que habían tenido conductas suicidas sobretodo autolesiones, así como intentos autolíticos anteriores, y que tenían más probabilidades de haber tenido contacto con servicios de Salud Mental incluso en los tres meses previos a la muerte, a diferencia de los niños/adolescentes. En contraposición la mayoría de artículos destacaron el apoyo y buena relación de los padres como el factor protector principal frente al suicidio y fundamental en el desarrollo de la mente del niño y de una buena salud mental en la adolescencia y la edad adulta. No hubo diferencias significativas entre los diferentes países con respecto a los factores de riesgo y factores de protección. Para evaluar el riesgo y las conductas suicidas relacionadas con experiencias infantiles traumáticas se utilizaron numerosas escalas como indica la tabla 2 de resultados, detalladas en ANEXOS.

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

A continuación, se describen aspectos importantes de cada objetivo específico de esta revisión:

Haciendo referencia a las causas y factores de riesgo relacionados con el suicidio en adolescentes, así como factores protectores Rajhvajn Bulat et al. (2024) señaló las variables individuales (personalidad, autoconcepto y experiencias infantiles adversas) como factores que predicen con mayor precisión conductas autolesivas prolongadas e ideas suicidas, los adolescentes que sufrieron abuso psicológico/emocional por parte de sus padres tuvieron mayor riesgo de sufrir SI prolongada, como afirma Jia et al. (2020), añadiendo además, los que sufrieron enfermedad mental en el hogar por parte de alguno de los progenitores como otro factor de riesgo, así como mayores probabilidades de planes de suicidio y suicidio consumado entre los adolescentes que experimentaron abuso sexual. A su vez, la prevalencia de síntomas depresivos entre los adolescentes chinos fue mayor que la de otros países dado que la presión académica ocupaba un lugar muy importante entre las causas de suicidio como afirma Jia et al. (2020) en un estudio realizado en China, el cual, puso de manifiesto que, de 884 estudiantes entrevistados, el factor de riesgo más elevado fue la presión académica en un 45'5% de los estudiantes. Por otro lado, el 34'16% informó haber sufrido algún tipo de ACE, siendo el 21'49% violencia doméstica, cifras realmente alarmantes. Otros factores de riesgo relevantes fueron: condiciones de mala salud física, abuso de drogas, aislamiento social, sentimientos de soledad, la crianza inadaptada con estrés y negligencia, falta de apoyo, maltrato en el hogar, tener conductas impulsivas y presenciar violencia doméstica. Al mismo tiempo, existe suficiente evidencia para afirmar que las personas que sufren sentimientos de soledad y/o acoso por parte de los pares, tienen 2 veces más probabilidades de tener conductas suicidas.

Según Wang et al. (2022) se identificaron seis clases de ACE, que incluyeron; adversidad escolar, victimización, maltrato entre pares, ser castigado físicamente por un maestro, sufrir abuso sexual y experimentar un trauma familiar que se correlacionaron significativamente con conductas de riesgo para la salud de los adolescentes, donde el 85,3% de los individuos experimentó al menos un tipo de ACE, la prevalencia de autolesiones fue 21%, la ideación suicida 19'3% y los intentos de suicidio 1'8%. En este caso, el abuso sexual tuvo una alta probabilidad de ideación e intentos suicidas en comparación con otras ACE, así como señalan otros autores. También se encontraron resultados elevados de angustia psicológica en adolescentes que tuvieron dificultades para llevarse bien con los compañeros. En La India un estudio realizado por Kumar et al. (2021) evidenció que las niñas reportaron mayores síntomas depresivos moderados e informaron de una elevada ideación suicida mayor que los niños, un 4'2% niñas frente a un 2'1% en niños. También la impulsividad se consideró un factor de riesgo, en este caso siendo mayor en varones. Por otro lado, uno de los factores de riesgo a destacar en cuanto al suicidio en adolescentes croatas fue que los padres biológicos no viviesen juntos, así como el bajo nivel financiero familiar, percibido como el único factor de riesgo sociodemográfico claro para NSSI y SI prolongado, grandes muestras croatas revelaron que el 14,5% de los estudiantes de secundaria presentaban SI, el 8,9% tenía un plan de suicidio y el 4,4% había intentado suicidarse.

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

Existe por tanto suficiente evidencia para afirmar que hay un vínculo elevado entre el trauma infantil y la ideación suicida. En cuanto al método más utilizado por los adolescentes para la muerte por suicidio según Rodway et al. (2020) fue el ahorcamiento/ estrangulación, seguido de precipitación y autointoxicación por opiáceos comúnmente. Donde la mayoría fueron varones (71%), frente a mujeres (29%), tasa que aumentó con la edad, donde la más frecuente fueron los 18 años, en las mujeres se confirmaron autolesiones previas e intentos fallidos. Según Dema et al. (2019), 1 de cada 9 estudiantes entre 13 y 17 años informó haber intentado suicidarse en los últimos 12 meses, donde se identificó como factor de riesgo el simple hecho de ser mujer, así como tener inseguridades físicas y problemas con la alimentación, donde también el 26'5% de los estudiantes habían sufrido acoso escolar en los últimos 30 días.

En contraposición, la cantidad de amigos y la buena relación con los pares se relacionó positivamente con el rendimiento académico y una mejor salud mental en los adolescentes, tener 3 o más amigos cercanos tuvo un efecto protector frente al suicidio y mantuvo el bienestar mental al igual que pasar tiempo con la familia y tener un vínculo y una conexión fuerte con los padres, con buena comunicación y confianza, adultos accesibles con quienes poder hablar, se presentó como un mediador importante para una mayor protección frente al suicidio y a las NSSI, así como una salud emocional y conductual saludable. La historia de vida con los progenitores guarda relación directa con la identificación propia y de los demás, buena autoestima y relaciones interpersonales futuras sanas. Por otro lado, el estilo de apego inseguro del niño con los padres se relacionó directamente con un alto riesgo de problemas en su Salud Mental siendo un factor de vulnerabilidad y de riesgo para las conductas suicidas, los diferentes patrones de crianza influyen en la confianza del niño, la comunicación y la relación entre padres e hijos. También se evidenció que cuantas más BCE, mejor salud mental general en la adolescencia y la edad adulta, siendo estas experiencias cruciales en el desarrollo mental y de resiliencia de los hijos.

En cuanto a la importancia de identificar a tiempo las conductas suicidas en adolescentes. (Intentos fallidos, ingesta farmacológica, colección de fármacos en el hogar, pensamientos negativos de muerte), un estudio realizado por Dema et al. (2019), de 68 adolescentes con suicidio consumado, buscaron métodos de suicidio por internet, la mayoría fueron mujeres donde el 4% murió por el método consultado, lo que da lugar a una reflexión en cuanto a la seguridad en línea y el acceso a páginas con información sobre métodos suicidas. De estos 68 adolescentes el 48% no tuvo ningún contacto previo con servicios de Salud Mental. Todos los participantes excepto uno (uso de drogas), utilizó veneno para ratas como método para suicidarse. Esto puede ser un hallazgo importante para la prevención del suicidio en Pakistán.

Cabe agregar que en un estudio realizado en ámbito hospitalario, donde entrevistaron adolescentes que presentaban autolesiones, se les preguntó acerca de sus puntos de vista sobre estrategias de prevención del suicidio y refirieron encontrar la autolesión como única salida para aliviar su malestar emocional, en contraposición, el impacto en su familia y ellos mismos empeoró tras el acto con sentimientos de vergüenza y culpa, se referían a las autolesiones como una mezcla de emociones, entre ellas; ira, miedo, tristeza e impotencia. La mayoría coincidieron en

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

la estrategia de realizar múltiples actividades para mantenerse ocupados, motivar mediante testimonios de personas famosas y sus historias de vida para aquellos que no encuentran el camino, o famosos con problemas de salud mental e intentos de suicidio que encontraron una salida. Destacaron también la importancia de involucrar a los miembros de la familia en esto, para que logren comprender y empatizar con ellos en cuanto a sentimientos y comportamientos como son las autolesiones, que lejos de separarlos, pueda unirlos más. Según Kumar et al. (2021) los adolescentes que no tenían buena comunicación con los padres informaron de mayor prevalencia de ideación suicida, 6'6% mujeres frente 3'8% varones.

Al comparar adolescentes con una infancia segura y estable con adolescentes con infancias traumáticas o complicadas, así como entorno familiar disfuncional, experiencias de abuso psicológico, físico y/o sexual, abandono y negligencia física y/o emocional por parte de uno o ambos progenitores, la mayoría de los autores coincidieron en que los adolescentes con ACE tuvieron mayor riesgo de suicidio que los que no sufrieron ninguna ACE, así como una amplia gama de problemas de salud mental en un futuro, violencia y abuso de sustancias. Resaltar que el acoso escolar puede estar altamente relacionado con conductas de riesgo para la salud de los adolescentes como el consumo de tóxicos, presencia de autolesiones y conductas suicidas.

Con respecto a los distintos tipos de ACE, Peng et al. (2023) describe los efectos directos de los subtipos de maltrato infantil en la conducta suicida de mayor a menor, siendo: abuso emocional, abuso físico y abuso sexual. Tanto Peng et al. (2023) como Tang et al. (2023) afirmaron que el abuso y negligencia emocional fue la ACE que más se relacionó con la ideación suicida y depresión en adolescentes teniendo un efecto negativo muy elevado en su Salud Mental, algunos comportamientos específicos como el rechazo de los padres y la falta de calidez y afecto pueden producir en el adolescente baja autoestima, desesperanza y estilos de afrontamiento negativo como podrían ser las NSSI. Al mismo tiempo, el abuso sexual fue un factor de gran dosis-respuesta relacionado directamente con el suicidio, con SI, no con ideación, dato que puede significar que este tipo de ACE tiene un impacto agudo y grave sobre la mente del niño, perturbando su bienestar psicosocial durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Por otro lado, Crandall et al. (2020) realizó un estudio en el cual participaron adultos jóvenes de 20 a 23 años donde examinó la asociación entre las ACE y las BCE acumuladas con su consecuente variedad de resultados en la Salud Mental en la edad adulta, siendo entre ellas; relaciones sexuales de riesgo, depresión, ansiedad, abuso de sustancias e imagen corporal negativa. Donde cada ACE adicional aumentó significativamente la probabilidad de todos los resultados, mientras que cada BCE adicional disminuyó significativamente la probabilidad de todos los resultados. Así mismo, Lisa Bunting et al. (2023) corroboró en una muestra en adolescentes de 11 a 19 años, que cada ACE aumentó un 88% la probabilidad de sufrir ideación suicida con comportamiento autodestructivo, mientras que cada BCE adicional redujo estas ideas un 7%, siendo cruciales factores protectores y fundamentales en la adquisición de resiliencia, autocontrol y afrontamientos adaptativos a las dificultades del día a día, siendo crucial también para que los adolescentes establezcan relaciones sanas. Algunos sujetos con ACE conservaron

## ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

un efecto significativo de conductas suicidas en la edad adulta, independientemente de las experiencias positivas de la infancia, siendo esto de gran relevancia a tener en cuenta ya que se puede corroborar la importancia e influencia de las características de personalidad en relación con las conductas suicidas como son la impulsividad, problemas para manejar las dificultades, el aislamiento social, narcisismo y perfeccionismo e incapacidad de tolerar el más mínimo fracaso.

Por otro lado, Meeker et al. (2021) evidenció en una muestra de 1532 adolescentes de una escuela de secundaria, que el 37'7% no informó de ninguna ACE, mientras los jóvenes que informaron de 2 o más ACE fueron la mayoría mujeres un 58'8% frente a un 41'2 % hombres, las cuales tenían más probabilidades de informar de ideación suicida y autolesiones con mayor predisposición a la planificación del acto suicida.

En cuanto al estudio de la importancia del papel de la enfermera en Salud Mental, no se encontraron estudios científicos que midiesen el impacto de la enfermería en este ámbito. Es muy necesario dar a conocer el papel fundamental de la enfermera en este campo, por tanto, lo propongo para futuras líneas de investigación.

### **6.1 Limitaciones y sesgos del estudio:**

Las limitaciones más evidentes del presente trabajo de fin de grado son las propias de una investigación de este tipo, en cuanto a tiempo y espacio. Sin duda, los sesgos, propios de la revisión bibliográfica en cuanto a un sesgo de búsqueda también han limitado en mayor o menor medida el desarrollo de este. Los sesgos de selección y publicación han sido los más prevalentes.

Por otro lado, se han realizado muy pocos estudios prospectivos y la mayoría de los datos derivan de una evaluación retrospectiva de muestras de adultos que sufrieron traumas infantiles. Esto puede dar lugar a un importante sesgo de recuerdo. Así mismo, la mayoría de estudios consultados fueron realizados fuera de España e incluso fuera de Europa, por tanto, se puede interpretar como una falta de estudios y publicaciones en el ámbito salud mental de los adolescentes en España, lo cual es verdaderamente alarmante debido a las cifras de suicidios en estas edades, que cada vez van en aumento. También el tamaño de las muestras en algunas ocasiones no era representativo para todo un país y por tanto no podían extrapolarse los resultados obtenidos.

#### **6.1.1 Futuras líneas de investigación:**

Una limitación importante fue la falta de estudios acerca de la importancia del papel de enfermería en la prevención y el manejo de las conductas suicidas en adolescentes, es muy necesario dar a conocer el papel fundamental de la enfermera en este ámbito el cual propongo para futuras líneas de investigación.

## **7. CONCLUSIÓN:**

A continuación, se describen las conclusiones del presente TFG dando respuesta a la hipótesis y objetivos:

- La hipótesis que afirmaba que los adolescentes con una infancia segura y estructurada tienen menor riesgo de suicidio se ha cumplido, ya que existe la suficiente evidencia para afirmar que las experiencias positivas de la infancia protegen ante las conductas suicidas, así como las experiencias infantiles adversas son un factor de riesgo muy elevado para el suicidio, guardando así una correlación positiva.

- En respuesta al objetivo general de prevenir el suicidio en la adolescencia, es prevenible si se puede identificar a los adolescentes que sufren abusos y agresión, con iniciativas para aumentar las experiencias positivas de la infancia, relaciones de apego seguro con los padres, infancias seguras, estructuradas y estables, adolescentes con adultos a los que puedan acudir, siendo el papel de los padres fundamental para prevenir esto, así como para proteger contra otros problemas de Salud Mental. También el profesorado en la escuela tiene un papel crucial, siendo necesario un enfoque amplio y diferente para la prevención del suicidio con apoyo a las familias, necesitando la capacitación de los profesionales para desarrollar habilidades y confianza para identificar y abordar los factores de riesgo del suicidio y ayudar así a jóvenes en riesgo, tener una mejor comprensión hacia los sentimientos de los adolescentes, aprendiendo a enseñar a cuidar la salud emocional de los niños, tanto en casa como en la escuela y desde los medios de comunicación. Por otra parte, es crucial la seguridad en línea en cuanto al acceso a páginas de Internet sobre información de métodos suicidas y fundamental disponer de acceso urgente a servicios de Salud Mental.

- Se ha analizado tanto los factores de riesgo como los factores protectores frente al suicidio en los adolescentes, y se puede afirmar que, los factores de riesgo individuales como la impulsividad, la dificultad para manejar los problemas, el aislamiento social, el narcisismo y perfeccionismo son clave en cuanto al riesgo de conductas suicidas. Por otro lado, los factores genéticos de historias familiares de suicidio están relacionados, pero se demuestra que no tienen tanto peso, y que con factores de protección elevados esto no desencadena mayor riesgo en las conductas suicidas. En contraposición, las BCE son cruciales en la adquisición de resiliencia del niño, autocontrol y regulación emocional, siendo fundamental tanto como para prevenir el suicidio como para que establezcan en un futuro relaciones saludables. Mejorar las habilidades de crianza de los hijos, desde la estabilidad, con un entorno estable y seguro, así como fortalecer las relaciones entre padres e hijos y ayudar a desarrollar la resiliencia de los niños pueden ayudar a mitigar los efectos nocivos de las ACE. En cambio, informar de múltiples ACE está fuertemente relacionado con una amplia gama de problemas de Salud Mental, violencia y abuso de sustancias en adolescentes. De la misma manera, la soledad está fuertemente relacionada con conductas suicidas, y puede ser un foco importante de acción preventiva, reducirla podría ser una forma

### ***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

directa de abordar el comportamiento suicida. Se ve respaldado por numerosos estudios que tener 3 o más amigos cercanos tiene un efecto protector contra la ideación e intento de suicidio.

- Para identificar a tiempo las conductas suicidas en adolescentes es de gran importancia prestar atención a: cambios de humor repentinos, irascibilidad y comportamiento desafiante, irritabilidad, agresividad, alegría repentina e injustificada, actitud de calma y tranquilidad inusual. Cambios en la conducta alimentaria, en la higiene del sueño, aislamiento social, falta de energía y motivación, descuido del aseo personal, consumo de tóxicos o acumulación de fármacos (aquí la Atención Primaria juega un papel importante en la prescripción de benzodiazepinas y antidepresivos de manera responsable), regalo de pertenencias, objetos valiosos y cesión de mascotas, sospechas de autolesiones leves, notas de despedida, compra de armas u objetos sospechosos e historial de búsqueda en Internet acerca de métodos suicidas. Es vital identificar todas estas señales a tiempo para abordarlo eficazmente y prevenir así los suicidios, además requiere una intervención multifacética de los padres, profesores y la comunidad.

- Se ha comparado adolescentes con una infancia segura y estable con adolescentes con infancias traumáticas o complicadas, así como entorno familiar disfuncional, experiencias de abuso psicológico, físico y/o sexual, abandono y negligencia física y/o emocional por parte de uno o ambos progenitores. Llegando a la conclusión de que las ACE se relacionan significativamente con un aumento en la probabilidad de tener pensamientos e intentos de suicidio, mientras las BCE se asociaron con una disminución significativa, en concreto el apoyo de los padres se presentó como mediador significativo en la prevención del suicidio. Numerosos estudios respaldan la fuerte relación entre experiencias infantiles adversas y las conductas suicidas. En concreto el abuso emocional tiene un efecto más fuerte según algunos autores, ya que puede ser difícil de detectar a la vez que es probable que provoque en los jóvenes vergüenza, culpa, desesperanza, apego disfuncional con los padres y aumento de depresión y ansiedad. Por otro lado, otros autores destacan el abuso sexual como factor de riesgo elevado con más resultados, relacionado directamente con una alta probabilidad de intentos de suicidio. Así mismo se destaca la importancia de estar atentos a la adversidad escolar y el acoso, ya que pueden estar asociados a conductas de riesgo para la salud de los adolescentes.

- Se ha efectuado una búsqueda exhaustiva acerca de la importancia del papel de la enfermera en Salud Mental, sin embargo, no se encontraron estudios referentes a esta cuestión tan importante, siendo una gran limitación y permitiendo darnos cuenta que el tema del suicidio sigue siendo tabú y debemos trabajar en ello para prevenir y proteger a los adolescentes frente a este problema mundial con cifras realmente alarmantes.

## 8. BIBLIOGRAFÍA:

- Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., y Elicer, B. (2018). Literature review to identify standardized scales of assessment of suicidal risk in adults seen in primary health care. *Medwave*, 18(05), e7246–e7246. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246>
- Ahouanse, R. D., Chang, W., Ran, H.-L., Fang, D., Che, Y.-S., Deng, W.-H., Wang, S.-F., Peng, J.-W., Chen, L., y Xiao, Y.-Y. (2022). Childhood maltreatment and suicide ideation: A possible mediation of social support. *World journal of psychiatry*, 12(3), 483–493. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i3.483>
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V*.
- Ángela Carbonell Marqués, Begoña Frades, Eugènia Benimeli Navarro, Irene Tur Cruces, Isabel López Aterche, José López Cocera, Josep Pena, Manuel Barceló, Rafael Mora, Raquel Martínez Gómez y Vicente Elvira. (2018). *Prevención del Suicidio. Guía informativa para profesionales de sanidad*.
- Baron, O, P. (2000). *Adolescencia y Suicidio*. PKP. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/765/9446>
- Bruce, A. (2016). Northumbria University. *Researchgate.net*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22807.93609>
- Bunting, L., McCartan, C., Davidson, G., Grant, A., Mulholland, C., Schubotz, D., Hamill, R., McBride, O., Murphy, J., Nolan, E., y Shevlin, M. (2023). The influence of adverse and positive childhood experiences on young people’s mental health and experiences of self-harm and suicidal ideation. *Child Abuse & Neglect*, 140(106159), 106159. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106159>
- Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 85(1), 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.04.022>
- CDC. (2023, mayo 17). Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/digital-social-media-tools/cdctv/suicide-esp/suicide.html>
- Cervera Pérez, I. M., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro Sáez, M., Fernández-Fernández, V., y Martínez Pérez, A. (2020). Consequences of chronic intra-family abuse in childhood: Developmental trauma. *Biblioteca Virtual de Salud de España*, 9. <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsespana/resource/es/ibc-197410>
- Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R. y Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-01062021000200029&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000200029&lang=es)
- Corral-Proañó, V. J. y Díaz-Mosquera, E. (2019). Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil. *CienciAmérica*, 8(1), 48–61. <https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.204>

***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

- Crandall, A., Broadbent, E., Stanfill, M., Magnusson, B. M., Novilla, M. L. B., Hanson, C. L., y Barnes, M. D. (2020). The influence of adverse and advantageous childhood experiences during adolescence on young adult health. *Child Abuse and Neglect*, 108(104644), 104644. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104644>
- Cuesta-Revé, D. (s/f). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Medigraphic.com*. Recuperado el 9 de diciembre de 2023, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2017/sp172f.pdf>
- De la Fuente Muñiz., Catalina González-Forteza, Liliana Mondragón, Alberto Jiménez, Luciana Ramos, y Fernando Wagner. (2013). Conductas parasuicidas en adolescentes estudiantes. *Detección y reflexiones metodológicas*. Capítulo 5. Torres Asociados.
- Dema, T., Tripathy, J. P., Thinley, S., Rani, M., Dhendup, T., Laxmeshwar, C., Tenzin, K., Gurung, M. S., Tshering, T., Subba, D. K., Penjore, T., y Lhazeen, K. (2019). Suicidal ideation and attempt among school going adolescents in Bhutan – a secondary analysis of a global school-based student health survey in Bhutan 2016. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7791-0>
- Después del Suicidi, Associació de Supervivents. (2020). DSAS. <https://www.despresdelsuicidi.org/es/enlaces-de-interes/>
- Domene, A. G. (2021). La cobertura mediática del suicidio. *Universitat Miguel Hernandez*.
- EAAD-BEST. (2022). Guía para periodistas Cobertura mediática del suicidio. <https://eaad-best.eu/>
- Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation) (SSI). (s/f). *psiquiatria.com*. Recuperado el 9 de mayo de 2024, de <https://psiquiatria.com/glosario/escala-de-ideacion-suicida>
- FLC 3.0. (s/f). *Lecturacritica.com*. Recuperado el 18 de abril de 2024, de [http://www.lecturacritica.com/web/mis\\_fichas/](http://www.lecturacritica.com/web/mis_fichas/)
- Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Casassus M, Sandoval A, Santander S. y Calderón S. (2009). Percepción de la Relación Parental entre Adolescentes Mayores y Menores de 15 Años. *Scielo.cl*. <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v80n6/art04.pdf>
- Francisco Megías Lizancos, M. D. S. P. (2021). *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. DAE. <https://www-enferteca-com.eu1.proxy.openathens.net/>
- Glattli, H. M. (s/f). Evaluación del Riesgo de Suicidio. *Uba.ar*. Recuperado el 9 de mayo de 2024, de [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/616\\_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/evaluacion.pdf)
- Guía de Práctica clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida. - *Avalia-t*. (2012). <https://shre.ink/rweU>
- Jia, Z., Wen, X., Chen, F., Zhu, H., Li, C., Lin, Y., Xie, X. y Yuan, Z. (2020). Cumulative exposure to adverse childhood experience: Depressive symptoms, suicide intentions and suicide plans among senior high school students in Nanchang city of

- China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4718. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134718>
- Kumar, P., Srivastava, S., Mishra, P. S. y Sinha, D. (2021). Suicidal ideation among adolescents—the role of sexual abuse, depression, and impulsive behavior. *Frontiers in psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.726039>
  - Línea de atención a la conducta suicida. (s/f). 024. Gob.es. Recuperado el 13 de diciembre de 2023, de <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
  - Margarit Soler, A., Martínez Sánchez, L., Martínez Monseny, A., Trenchs Sainz de La Maza, V., González, P., Villar Cabeza, F. y Luaces Cubells, C. (2016). Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain: 2003)*, 85(1), 13–17. <https://medes.com/publication/110827>
  - Meeker, E. C., O'Connor, B. C., Kelly, L. M., Hodgeman, D. D., Scheel-Jones, A. H. y Berbary, C. (2021). The impact of adverse childhood experiences on adolescent health risk indicators in a community sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 13(3), 302–312. <https://doi.org/10.1037/tra0001004>
  - Ministerio de Sanidad, P. S. E. I. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
  - Mimenza, O. C. (7 de marzo 2018). Escala de Depresión de Hamilton. pymOrganization. <https://psicologiymente.com/clinica/escala-depresion-de-hamilton>
  - Mireya, D., Figueroa, P., Ivón, D., Saura Hernández, M., Inés, D. M., Sol Martínez, D. y Sánchez, M. (s/f). Título: Intento suicida en niños y adolescentes. Hospital Materno-Infantil 10 de octubre. Cinco años de experiencia. Codajic.org. Recuperado el 9 de diciembre de 2023, de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Intento%20suicida%20en%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes.%20Hospital%20Materno%20Infantil%2010%20de%20Octubre%20Cuba.pdf>
  - Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288635>
  - Naz, A., Naureen, A., Kiran, T., Husain, M. O., Minhas, A., Razzaque, B., Tofique, S., Husain, N., Furber, C. y Chaudhry, N. (2021). Exploring lived experiences of adolescents presenting with self-harm and their views about suicide prevention strategies: A qualitative approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4694. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094694>
  - NNNConsult. (2021-2023). Nnnconsult.com. <https://www.nnnconsult.com/nanda>
  - Ollé, J. M. (2008). La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la Justicia juvenil. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3247531>
  - Peng, C., Cheng, J., Rong, F., Wang, Y., Tan, Y. y Yu, Y. (2023). Specific effects of five subtypes of childhood maltreatment on suicide behaviours in Chinese adolescents: the

- moderating effect of sex and residence. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32(e45).  
<https://doi.org/10.1017/s2045796023000604>
- Pérez de Albéniz, A., Fonseca-Pedrero, E., Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Apropósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del psicólogo*, 41(1), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
  - Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S. y Mann, J. J. (2011). The Columbia–suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
  - Programa “Prevensuic: Hablar es prevenir”. (2022). Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Recuperado el 12 de noviembre de 2023, de <https://www.fsme.es/>
  - Psicólogo en Madrid Pedro Martín-Barrajón - Psicólogos Madrid. (2018, diciembre 2). Psicólogos Madrid | Centro Psicólogos Princesa. <https://psicologosprincesa81.com/equipo/pedro-martin-barrajon>
  - Rada, J. M. D. (2017). Desarrollo y validación del cuestionario SIQUE: evaluación de la ideación suicida en la adolescencia desde una aproximación situacional. *Universitat Rovira i Virgili*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137887>
  - RAE. (2023). Real Academia Española de la Lengua. <https://dle.rae.es/suicidio>
  - Rajhvajn Bulat, L., Sušac, N. y Ajduković, M. (2024). Predicting prolonged non-suicidal self-injury behaviour and suicidal ideations in adolescence – the role of personal and environmental factors. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 43(2), 1533–1544. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04404-8>
  - Rivera Morell, M González Llovet, N., Ponce Surós, Y., Rosete Gamboa, E. M., Zamora Martínez, L. O. (2022). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes entre 9 y 14 años. *Multimed*, 26(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182022000200005&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000200005&lang=es)
  - Roch, J. L. G. (2016). *Enfermería psiquiátrica*. ELSEVIER ESPAÑA.
  - Rodway, C., Tham, S.-G., Ibrahim, S., Turnbull, P., Kapur, N. y Appleby, L. (2020). Children and young people who die by suicide: childhood-related antecedents, gender differences and service contact. *BJPsych Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.33>
  - Romero, M. O. (2010). *Suicidio en Adolescentes*. Facultas de Humanidades y Ciencias de la Comunicación. Universidad de Jaén.
  - Salud Madrid, C. (2014). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales*. Recuperado el 12 de

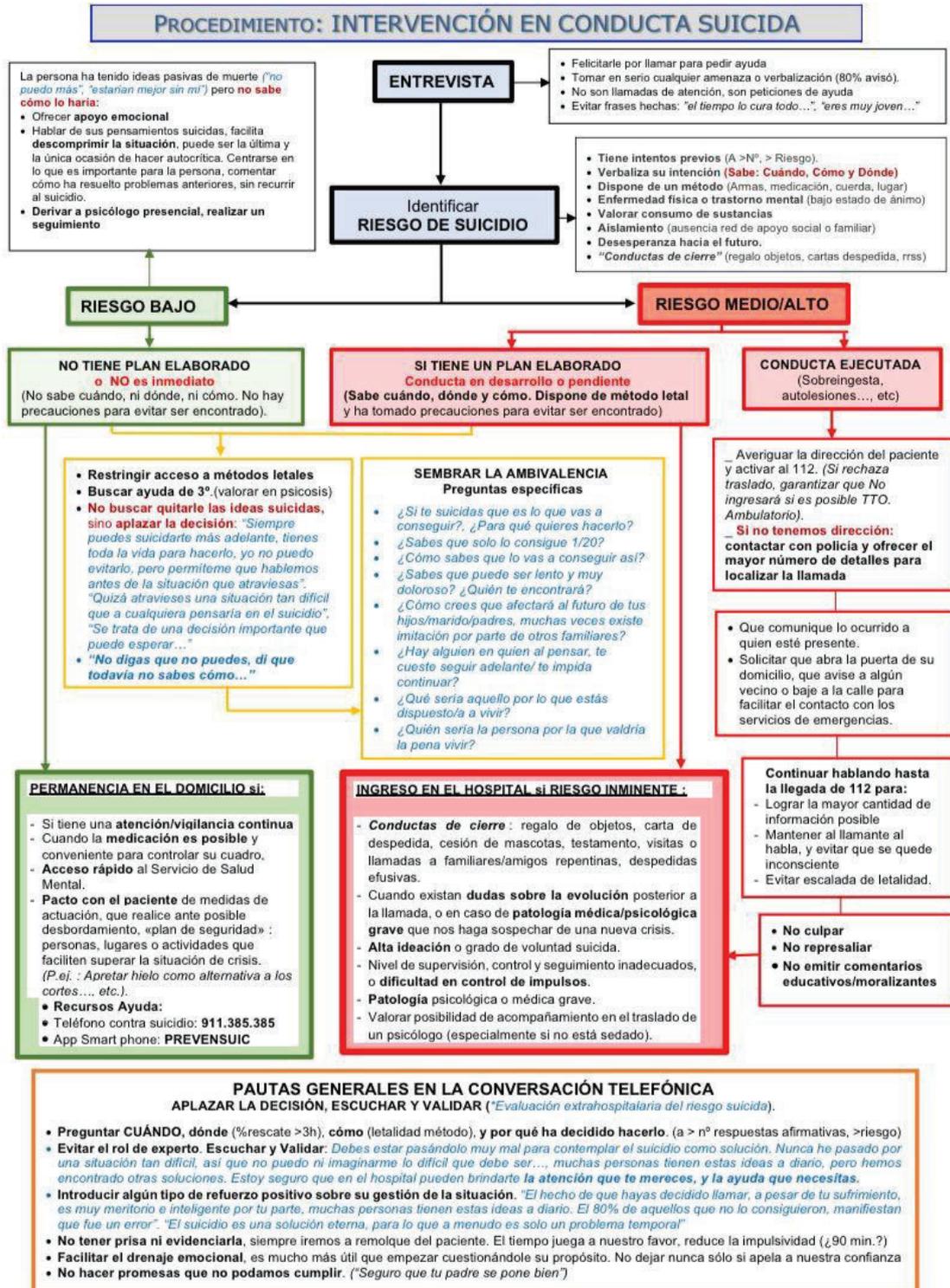
***Prevención y manejo de las conductas suicidas en adolescentes con experiencias infantiles traumáticas: una revisión bibliográfica.***

- Noviembre de 2023, de <https://www.prevensuic.org/soy-un-a-profesional/documentaci%C3%B3n-para-profesionales-sanitarios/>
- Sanidad y Política Social, M. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Recuperado el 13 de Noviembre de 2023, de <https://www.prevensuic.org/soy-un-a-profesional/documentaci%C3%B3n-para-profesionales-sanitarios/>
  - Servicio Andaluz de salud., S. A. de S. C. (2010). Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida.
  - Sistema Nacional de Salud. (9 de mayo 2022). Plan de acción de Salud Mental 2022-2024.
  - Suárez Colorado, Y. y Campo-Arias, A. (2019). Asociación entre apego y riesgo suicida en adolescentes escolarizados de Colombia. *Revista chilena de pediatría*, 90(4), 392. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i4.985>
  - Suicidio y Autolesión. (2022). American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/suicidio-y-autolesion/que-son-suicidio-y-autolesion>
  - Tang, J., Wang, J., Pei, Y., Dereje, S. B., Chen, Q., Yan, N., Luo, Y., Wang, Y. y Wang, W. (2023). How adverse and benevolent childhood experiences influence depression and suicidal ideation in Chinese undergraduates: a latent class analysis. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 28(0), 17–17. <https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00242>
  - Vargas Terrez, B. E., Villamil Salcedo, V., Rodríguez Estrada, C., Pérez Romero, J. y Cortés Sotres, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 34(4), 323–331. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000400005](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005)
  - Wang, G. F., Yuan, M. Y., Chang, J. J., Li, Y. H. y Su, P. Y. (2022). Childhood adversity phenotypes and risky health behaviors among Chinese adolescents: Extending the concept of adversity. *Biomedical and environmental sciences: BES*, 35(8). <https://doi.org/10.3967/bes2022.092>
  - Who, (s/f), Suicidio. Recuperado el 13 de diciembre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

9.ANEXOS:

9.1: INTERVENCIÓN EN CONDUCTA SUICIDA:

Beatriz Alba Carmona Enfermera SUMMA 112  
Pedro Martín-Barrajón Morán. Psicólogos Princesa 81



Fuente: Psicólogo Pedro Martín-Barrajón (2018)

## 9.2 Escalas de valoración de riesgo de suicidio:

- **Escala Paykel:** Concretamente utilizada para la evaluación de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en adolescentes. Consta de cinco ítems con un sistema de respuesta de Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente). A mayor puntuación, mayor gravedad.

<b>TABLA 1 ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO</b>		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el <b>último año</b>		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Fuente: Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA) (Eduardo Fonseca- Pedrero 2021)



<b>COMPORTAMIENTO SUICIDA</b> (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)	Desde la última visita
<p><b>Intento real:</b> Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>cualquier</i> intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <b>No es necesario que haya alguna herida o daño</b>, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiera, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.</p> <p><b>¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste?</b> <b>¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso?</b>     ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida?     ¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú _____?     ¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____?     ¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____? <b>¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)?</b> (Comportamiento autolesivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describe:</p> <p><b>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?</b></p> <p><b>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?</b></p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Intento interrumpido:</b> Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene.</p> <p><b>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?</b> Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p><b>Intento abortado:</b> Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.</p> <p><b>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste?</b> Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p><b>Actos o comportamiento preparatorios:</b> Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).</p> <p><b>¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte?</b> Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<b>Suicidio consumado:</b>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Fecha del intento más letal: Ingrese código _____
<p><b>Grado de letalidad y lesiones:</b> 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización médica y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización médica con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte</p>	Ingrese código _____
<p><b>Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0</b> Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).</p> <p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	Ingrese código _____

Fuente: The American Journal of Psychiatry, Posner, K et al. (2010)

- **Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS):** Para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva, donde se incluye un apartado para valorar la presencia o ausencia de ideación o conducta suicida. La escala consta de diferentes ítems que se puntúan en una escala de 0 a 4, donde 0 indica la ausencia de un síntoma y 4 indica una presencia severa del mismo.

<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4

<b>Sentimientos de culpa</b>	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
<b>Suicidio</b>	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
<b>Insomnio precoz</b>	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
<b>Insomnio intermedio</b>	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
<b>Insomnio tardío</b>	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

<b>Trabajo y actividades</b>	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligeramente retrasado en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

<b>Ansiedad psíquica</b>	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b>	
- Ausente	0
- Ligera	1
- Moderada	2
- Severa	3
- Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	
- Ninguno	0
- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
	3
	4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1
	2
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
<b>Hipocondría</b>	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
<b>Pérdida de peso</b>	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
<b>Introspección (insight)</b>	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
- No se da cuenta que está enfermo	2
	3

Fuente: Psiquiatría.com (s/f)

- **Escala de desesperanza de Beck:** Se trata de una escala autoaplicada que consta de 20 preguntas V/F que evalúan la desesperanza y las expectativas de la persona sobre su futuro.

Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar	V	F
Mi futuro me parece oscuro	V	F
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F

No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
El futuro me parece vago e incierto	V	F
Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

- **Escala Sad Person:** Escala heteroaplicada elaborada por Patterson et al. (1983). Formada por 10 ítems donde cada uno de ellos hace referencia a un factor de riesgo de suicidio, valorándose de 0 a 1 en función de su presencia/ausencia. Es muy útil para la valoración de riesgo inmediato.

### ESCALA SAD PERSONS

(Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. Psychosomatics).

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

Criterios	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad : menor de 20 años o mayor de 45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N. No pareja o cónyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación		

#### Valoración

Se mide su ausencia o su presencia. Cada ítem asigna 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4.: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida.

Fuente: Glatli, (s/f). Facultad de psicología UBA.

#### - Escala Ideación Suicida (SSI):

Desarrollada por Beck et al. (1979), cuenta con 19 ítems para evaluar variables cognitivas en relación con el riesgo suicida, es heteroaplicada.

14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*  
 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente  
 1. Inseguridad sobre su valor  
 2. Seguros de su valor, capacidad
- 
15. *Expectativas/espera del intento actual*  
 0. No  
 1. Incierto  
 2. Sí
- 
16. *Preparación actual para el intento contemplado*  
 0. Ninguna  
 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)  
 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
- 
17. *Nota suicida*  
 0. Ninguna  
 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada  
 2. Nota terminada
- 
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*  
 0. Ninguno  
 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos  
 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
- 
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*  
 0. Reveló las ideas abiertamente  
 1. Frenó lo que estaba expresando  
 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

1. *Deseo de vivir*  
 0. Moderado a fuerte  
 1. Débil  
 2. Ninguno
- 
2. *Deseo de morir*  
 0. Ninguno  
 1. Débil  
 2. Moderado a fuerte
- 
3. *Razones para vivir/morir*  
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir  
 1. Aproximadamente iguales  
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
- 
4. *Deseo de intentar activamente el suicidio*  
 0. Ninguno  
 1. Débil  
 2. Moderado a fuerte
- 
5. *Deseos pasivos de suicidio*  
 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida  
 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad  
 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
- 
6. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*  
 0. Breve, periodos pasajeros  
 1. Por amplios periodos de tiempo  
 2. Continuo (crónico) o casi continuo
- 
7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*  
 0. Raro, ocasional  
 1. Intermitente  
 2. Persistente o continuo
- 
8. *Actitud hacia la ideación/deseo*  
 0. Rechazo  
 1. Ambivalente, indiferente  
 2. Aceptación
- 
9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*  
 0. Tiene sentido del control  
 1. Inseguro  
 2. No tiene sentido del control
- 
10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*  
 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo  
 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo  
 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

- |   |
|---|
| 11. <i>Razones para el intento contemplado</i>                            |
| 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse                     |
| 1. Combinación de 0 y 2   |
| 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta         |
| 12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i>   |
| 0. No considerado   |
| 1. Considerado, pero detalles no calculados                               |
| 2. Detalles calculados/bien formulados                                    |
| 13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> |
| 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad                  |
| 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa            |
| 2. Método y oportunidad accesibles  |
| 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto                 |

Fuente: Riesgo suicida en adultos atendidos en Atención Primaria. Medwave, Abarca et al. (2018)

### - Escala de Intencionalidad Suicida (SIS):

Desarrollada por Beck et al. (1974). Busca medir la real expectativa de morir luego del intento mediante 12 ítems.

<b>I. Circunstancias objetivas</b>
1. <i>Aislamiento</i>
0. Alguien presente
1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i>
0. La intervención es muy probable
1. La intervención es poco probable
2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i>
0. Ninguna
1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i>
0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i>
0. Ninguno
1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i>
0. Ninguna
1. Mínima o moderada
2. Importante
7. <i>Nota suicida</i>
0. Ninguna
1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i>
0. No comunicación verbal
1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

<b>II. Autoinforme</b>	
9. <i>Propósito supuesto del intento</i>	0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i>	0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i>	0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i>	0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

Fuente: Psiquiatría.com (s/f)

- **Escala de depresión de Hamilton (HDRS):** Escala Heteroaplicada, diseñada por Max Hamilton (1960). No está pensada para el diagnóstico de la depresión, sino para la evaluación del estado de pacientes a los que previamente se les ha diagnosticado, e incluye ítems para valorar el riesgo de suicidio.

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche

5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeramente retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

Fuente: [Psychologiyamente.com](http://Psychologiyamente.com) (Mimenza, 2018)

- **Escala de malestar subjetivo de Kessler (K10):** Escala autoaplicada que consta de 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico que puede tener una persona durante las cuatro semanas previas. Las opciones de respuesta de las preguntas son tipo Likert: siempre (5 puntos), y nunca (1 punto). La suma de las puntuaciones tiene un mínimo de 10 y un máximo de 50. Los resultados presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29), y muy alto (30–50).

En el último mes	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Siempre 5
1. ¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?					
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?					
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?					
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?					
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?					
6. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?					
7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?					
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?					
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?					
10. ¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?					

Fuente: Salud Mental México. Vargas Terrez et al. (2011)

**- Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF):**

Estas preguntas se refieren a algunas de las experiencias al crecer como niño y adolescente.

Para cada pregunta, se selecciona el número que mejor describe cómo se siente el sujeto.

Q	QUESTION	NEVER TRUE	RARELY TRUE	SOMETIMES TRUE	OFTEN TRUE	VERY OFTEN TRUE
<b>When I was growing up</b>						
1	I didn't have enough to eat.	1	2	3	4	5
2	I knew that there was someone to take care of me and protect me.	1	2	3	4	5
3	People in my family called me things like "stupid", "lazy", or "ugly".	1	2	3	4	5
4	My parents were too drunk or high to take care of the family.	1	2	3	4	5
5	There was someone in my family who helped me feel important or special	1	2	3	4	5
<b>When I was growing up</b>						
6	I had to wear dirty clothes	1	2	3	4	5
7	I felt loved.	1	2	3	4	5
8	I thought that my parents wished I had never been born	1	2	3	4	5
9	I got hit so hard by someone in my family that I had to see a doctor or go to the hospital.	1	2	3	4	5
10	There was nothing I wanted to change about my family.	1	2	3	4	5
<b>When I was growing up</b>						
11	People in my family hit me so hard that it left me with bruises or marks.	1	2	3	4	5
12	I was punished with a belt, a board, a cord (or some other hard object).	1	2	3	4	5
13	People in my family looked out for each other.	1	2	3	4	5

14	People in my family said hurtful or insulting things to me.	1	2	3	4	5
15	I believe that I was physically abused.	1	2	3	4	5
<b>When I was growing up</b>						
16	I had the perfect childhood.	1	2	3	4	5
17	I got hit or beaten so badly that it was noticed by someone like a teacher, neighbour, or doctor.	1	2	3	4	5
18	Someone in my family hated me.	1	2	3	4	5
19	People in my family felt close to each other.	1	2	3	4	5
20	Someone tried to touch me in a sexual way or tried to make me touch them.	1	2	3	4	5
<b>When I was growing up</b>						
21	Someone threatened to hurt me or tell lies about me unless I did something sexual with them.	1	2	3	4	5
22	I had the best family in the world.	1	2	3	4	5
23	Someone tried to make me do sexual things or watch sexual things.	1	2	3	4	5
24	Someone molested me (took advantage of me sexually).	1	2	3	4	5
25	I believe that I was emotionally abused.	1	2	3	4	5
<b>When I was growing up</b>						
26	There was someone to take me to the doctor if I needed it	1	2	3	4	5
27	I believe that I was sexually abused.	1	2	3	4	5
28	My family was a source of strength and support.	1	2	3	4	5

- **Escala CATS. (Cuestionario de Trauma Infantil):** Herramienta diseñada para evaluar eventos estresantes o aterradores que pueden haber afectado a niños y adolescentes.

**Cuestionario de Trauma en Niños y Adolescentes (CATS) – Reporte del Cuidador (Edades de 7-17 años)**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A muchos niños les ocurren eventos estresantes o aterradores. A continuación hay una lista de eventos estresantes y aterradores que a veces suceden. Marque SÍ si le pasó al niño a su mejor entender. Marque NO si no le sucedió al niño.

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Desastres naturales serios, como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos, o incendios.  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Un accidente o lesión de gravedad como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión de deportiva.  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Amenazado, golpeado o herido gravemente dentro de la familia.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Amenazado, golpeado o herido gravemente en la escuela o comunidad   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Atacado, apuñalado, disparado o robo con amenaza.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ver a alguien en la familia ser amenazado, golpeado o herido gravemente.  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Ver a alguien en la escuela o la comunidad ser amenazado, golpeado o herido gravemente.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Alguien le hace cosas sexuales al niño o hace que el niño haga cosas sexuales a ellos cuando él/ella no pudieron decir no. O cuándo el niño fue forzado o presionado. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Alguien en línea o redes sociales que este preguntando o presionando al niño hacer algo sexual. Como tomar o mandar fotografías.                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Alguien acosando al niño en persona. Diciendo cosas muy malas que asustan a él/ella.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Alguien acosando al niño en línea. Diciendo cosas muy malas que asustan a él/ella.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Alguien cercano al niño que muere de repente o violentamente.  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Un procedimiento que le produjo estrés o miedo.  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estar en un lugar en guerra.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Otro evento que le estreso o asusto?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Describalo: \_\_\_\_\_

**De vuelta a la página y conteste las siguientes preguntas acerca de todos los eventos que asustaron o estresantes que le ocurrieron al niño.**

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las siguientes situaciones han perturbado al niño en las últimas dos semanas:

0 Nunca / 1 De vez en cuando / 2 La mitad del tiempo / 3 Casi siempre

1. Tiene pensamientos o imágenes molestos sobre un evento estresante. O vuelve a representar un evento estresante durante el juego.	0	1	2	3
2. Tiene pesadillas sobre un evento estresante.	0	1	2	3
3. Actúa, juega o siente como si un evento estresante estuviera sucediendo ahora.	0	1	2	3
4. Se siente muy molesto emocionalmente cuando se le recuerda sobre un evento estresante.	0	1	2	3
5. Tiene reacciones físicas fuertes cuando se le recuerda sobre un evento estresante (sudoración, palpitaciones)	0	1	2	3
6. Trata de no recordar, hablar acerca o tener sentimientos acerca del evento estresante.	0	1	2	3
7. Evita actividades, personas, lugares o cosas que son un recordatorio del evento estresante.	0	1	2	3
8. No puede recordar una parte importante del evento estresante.	0	1	2	3
9. Tiene cambio negativos en los pensamientos personales de él/ella, otros o del mundo después del evento estresante.	0	1	2	3
10. Piensa que el evento estresante sucedió porque él/ella o alguien más hizo algo mal o no hizo lo suficiente para detenerlo.	0	1	2	3
11. Tiene estados emocionales muy negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza).	0	1	2	3
12. Ha perdido el interés en actividades que él/ella disfrutaba con anterioridad al evento estresante. Incluyendo el no jugar mucho.	0	1	2	3
13. Sentirse distante o aislado de gente alrededor de él/ella.	0	1	2	3
14. No mostrar o reducción en los sentimientos positivos (ser feliz, tener sentimientos amorosos).	0	1	2	3
15. Estar irritado o tener arrebatos de enojo sin una buena razón o tomarla en contra de otras personas.	0	1	2	3
16. Conducta riesgosa que podría ser perjudicial.	0	1	2	3
17. Está demasiado alerta o en guardia.	0	1	2	3
18. Está nervioso o se asusta con facilidad.	0	1	2	3
19. Tiene problemas de concentración.	0	1	2	3
20. Tiene problemas para dormir o manteniéndose dormido.	0	1	2	3

CATS 7-17 Puntaje de años <15	CATS 7-17 Puntaje de años 15-20	CATS 7-17 Puntaje de años 21+
Normal. Clínicamente no elevado.	Angustia moderada relacionada con el trauma.	Probable PTSD.

Marque SÍ o NO si los problemas que marco interfirieron con:

- |                                      |                             |                             |                           |                             |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Llevarse bien con otras personas. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 4. Relaciones familiares. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Pasatiempos/diversión.            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 5. Felicidad general.     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Escuela o trabajo.                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |                           |                             |                             |

Fuente: Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center. (26 de febrero de 2021)

### - Encuesta sobre conductas de riesgo infantil (YRBS):

La presente encuesta se creó para que los jóvenes compartan información sobre comportamientos que podrían afectar a su salud, es un cuestionario autoaplicado.

Fuente: Cdc.gov. (s/f) Recuperado el 26 de mayo de 2024, de <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/20>

# Encuesta nacional sobre comportamientos de riesgo entre los jóvenes 2023

Esta encuesta es sobre comportamientos de salud. Se ha creado para que nos cuentes lo que haces que pudiera afectar tu salud. La información que nos proporciones se usará para mejorar la educación de salud para jóvenes como tú.

Todas las respuestas que nos proporciones serán confidenciales. Nadie sabrá lo que pones. Responde a las preguntas según lo que realmente haces.

La participación en la encuesta es voluntaria. Si respondes o no a las preguntas no afectará tu nota en esta clase. Si te incomoda responder a alguna pregunta, déjala en blanco.

Las preguntas sobre tus antecedentes se usarán solo para describir los tipos de estudiantes que completan esta encuesta. La información no se usará para descubrir tu nombre. Ningún nombre será reportado.

Asegúrate de leer cada pregunta. Cuando termines, sigue las instrucciones de la persona que administra la encuesta.

Se estima que la carga del público para reportar datos en esta recopilación de información tendrá un promedio de 25 minutos por respuesta, e incluye el tiempo para revisar instrucciones, buscar en fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar la recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido y vigente. Envía tus comentarios acerca de esta carga estimada o cualquier otro

aspecto de esta recopilación de información, incluyendo tus sugerencias para reducir la carga a: CDC Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road, MS D-74, Atlanta, GA 30333, ATTN:PRA (0920-0493)

***Muchas gracias por tu ayuda.***

1. ¿Qué edad tienes?
  - A. 12 años o menos
  - B. 13 años
  - C. 14 años
  - D. 15 años
  - E. 16 años
  - F. 17 años
  - G. 18 años o más
  
2. ¿Cuál es tu sexo?
  - A. Femenino
  - B. Masculino
  
3. ¿En qué grado estás?
  - A. 9° grado
  - B. 10° grado
  - C. 11° grado
  - D. 12° grado
  - E. Sin grado u otro grado
  
4. ¿Eres hispano/a o latino/a?
  - A. Sí
  - B. No
  
5. ¿De qué raza eres? (**Selecciona una o más respuestas.**)
  - A. Indoamericano/a o nativo/a de Alaska
  - B. Asiático/a
  - C. Negro/a o afroamericano/a
  - D. Nativo/a de Hawái o de otras islas del Pacífico
  - E. Blanco/a

6. ¿Cuánto mides sin zapatos?

**Selecciona tu estatura en pies y pulgadas de las siguientes listas.**

Tu estatura es: 0 Pies 0 Pulgadas

Pies <input type="text"/>	Pulgadas <input type="text"/>
---------------------------	-------------------------------

7. ¿Cuánto pesas sin zapatos?

**Indica tu peso en libras en el cuadro correspondiente.**

Tu peso es: Libras

Libras <input type="text"/>
-----------------------------

**Las siguientes 4 preguntas son acerca de la seguridad.**

8. ¿Con qué frecuencia usas el cinturón de seguridad cuando **viajas** en un auto conducido por otra persona?

- A. Nunca
- B. Rara vez
- C. Algunas veces
- D. La mayor parte del tiempo
- E. Siempre

9. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces **vijaste** en un auto o en otro vehículo **conducido por alguien que había bebido alcohol**?

- A. 0 veces
- B. 1 vez
- C. 2 o 3 veces
- D. 4 o 5 veces
- E. 6 veces o más

10. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces **condujiste** un auto u otro vehículo **después de haber bebido alcohol**?
- A. No conduje un auto ni otro vehículo en los últimos 30 días → **Pasar a la pregunta 12**
  - B. Yo conduje un auto u otro vehículo, pero no mientras había estado bebiendo alcohol
  - C. 1 vez
  - D. 2 o 3 veces
  - E. 4 o 5 veces
  - F. 6 veces o más
11. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días enviaste **mensajes de texto o correos electrónicos** mientras **conducías** un auto u otro vehículo?
- A. No conduje un auto ni otro vehículo en los últimos 30 días
  - B. Yo conduje un auto u otro vehículo, pero no envié mensajes de texto o correos electrónicos mientras conducía
  - C. 1 o 2 días
  - D. 3 a 5 días
  - E. 6 a 9 días
  - F. 10 a 19 días
  - G. 20 a 29 días
  - H. Los 30 días

**Las siguientes 12 preguntas son acerca de comportamientos y experiencias relacionadas con la violencia.**

12. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días llevaste **un arma**, como una pistola, un cuchillo o un garrote a **la propiedad de la escuela**?
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 o 3 días
  - D. 4 o 5 días
  - E. 6 días o más
13. **Durante los últimos 12 meses**, ¿cuántos días llevaste contigo una pistola? (**No** cuentes los días en los que llevaste contigo una pistola solo para cazar o practicar un deporte, como tiro al blanco.)
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 o 3 días
  - D. 4 o 5 días
  - E. 6 días o más

14. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días **faltaste** a la escuela porque te sentías inseguro en la escuela o en el camino entre la escuela y tu casa?
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 o 3 días
  - D. 4 o 5 días
  - E. 6 días o más
15. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces alguien te amenazó o hirió con **un arma**, como una pistola, un cuchillo o un garrote en **la propiedad de la escuela**?
- A. 0 veces
  - B. 1 vez
  - C. 2 o 3 veces
  - D. 4 o 5 veces
  - E. 6 o 7 veces
  - F. 8 o 9 veces
  - G. 10 u 11 veces
  - H. 12 veces o más
16. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una **pelea física**?
- A. 0 veces → **Pasar a la pregunta 18**
  - B. 1 vez
  - C. 2 o 3 veces
  - D. 4 o 5 veces
  - E. 6 o 7 veces
  - F. 8 o 9 veces
  - G. 10 u 11 veces
  - H. 12 veces o más
17. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces participaste en una **pelea física en la propiedad de la escuela**?
- A. 0 veces
  - B. 1 vez
  - C. 2 o 3 veces
  - D. 4 o 5 veces
  - E. 6 o 7 veces
  - F. 8 o 9 veces
  - G. 10 u 11 veces
  - H. 12 veces o más
18. ¿Alguna vez has visto a alguien sufrir un ataque físico, recibir una golpiza, puñaladas o disparos en tu vecindario?
- A. Sí
  - B. No

19. ¿Alguna vez te han obligado físicamente a tener relaciones sexuales en contra de tu voluntad?
- A. Sí
  - B. No
20. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces **alguien** te obligó a hacer actos sexuales en contra de tu voluntad? (Cuenta cosas como besar, tocar o ser obligado/a físicamente a tener relaciones sexuales.)
- A. 0 veces → **Pasar a la pregunta 22**
  - B. 1 vez
  - C. 2 o 3 veces
  - D. 4 o 5 veces
  - E. 6 veces o más
21. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces **alguien con quien salías o tenías una relación de novios** te obligó a hacer actos sexuales en contra de tu voluntad? (Cuenta cosas como besar, tocar o ser obligado/a físicamente a tener relaciones sexuales.)
- A. No salí con nadie en los últimos 12 meses → **Pasar a la pregunta 23**
  - B. 0 veces
  - C. 1 vez
  - D. 2 o 3 veces
  - E. 4 o 5 veces
  - F. 6 veces o más
22. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces **alguien con quien salías o tenías una relación de novios** te hirió físicamente en forma intencional? (Cuenta cosas como ser golpeado/a, arrojado/a en contra de algo o lesionado/a con un objeto o un arma.)
- A. No salí con nadie durante los últimos 12 meses
  - B. 0 veces
  - C. 1 vez
  - D. 2 o 3 veces
  - E. 4 o 5 veces
  - F. 6 veces o más
23. ¿Alguna vez un adulto o una persona al menos 5 años mayor que tú te ha obligado a hacer cosas sexuales que no querías hacer? (Cuenta cosas como besar, tocar o ser obligado/a físicamente a tener relaciones sexuales.)
- A. Sí
  - B. No

**Las siguientes 3 preguntas son acerca de experiencias con los padres u otros adultos en tu casa.**

24. Durante tu vida, ¿con qué frecuencia un padre u otro adulto en tu casa te ha insultado o humillado?
- A. Nunca
  - B. Rara vez
  - C. Algunas veces
  - D. La mayor parte del tiempo
  - E. Siempre
25. Durante tu vida, ¿con qué frecuencia un padre u otro adulto en tu casa te ha pegado, golpeado, pateado o lastimado físicamente de cualquier manera?
- A. Nunca
  - B. Rara vez
  - C. Algunas veces
  - D. La mayor parte del tiempo
  - E. Siempre
26. Durante tu vida, ¿con qué frecuencia tus padres u otros adultos en tu casa se han cacheteado, pegado, pateado, dado un puñetazo o se han dado de golpes uno al otro?
- A. Nunca
  - B. Rara vez
  - C. Algunas veces
  - D. La mayor parte del tiempo
  - E. Siempre

**La próxima pregunta es acerca de las ocasiones en que sentiste que fuiste tratado/a mal o injustamente.**

27. Durante tu vida, ¿con qué frecuencia has sentido que te trataron mal o injustamente **en la escuela** por tu raza u origen étnico.
- A. Nunca
  - B. Rara vez
  - C. Algunas veces
  - D. La mayor parte del tiempo
  - E. Siempre

**Las siguientes 2 preguntas son acerca del acoso (*bullying*). El acoso es cuando 1 o más estudiantes se burlan, amenazan, esparcen rumores, golpean, empujan o hieren a otro estudiante una y otra vez. No se considera acoso cuando 2 estudiantes de aproximadamente la misma fuerza o poder discuten, pelean o se burlan entre ellos de manera amistosa.**

28. Durante los últimos 12 meses, ¿sufriste acoso **en la propiedad de la escuela**?
- A. Sí
  - B. No
29. Durante los últimos 12 meses, ¿sufriste acoso por medios **electrónicos**? (Cuenta acoso por medio de mensajes de texto, Instagram, Facebook u otros medios sociales.)
- A. Sí
  - B. No

**Las siguientes 5 preguntas son acerca de sentimientos de tristeza e intento de suicidio. A veces la gente se siente tan deprimida sobre el futuro que podría considerar un intento de suicidio, es decir, tomar cierta medida para terminar con su propia vida.**

30. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o sin esperanza casi todos los días durante **2 semanas o más seguidas** que dejaste de hacer tus actividades normales?
- A. Sí
  - B. No
31. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez consideraste **seriamente** un intento de suicidio?
- A. Sí
  - B. No
32. Durante los últimos 12 meses, ¿planeaste cómo intentarías suicidarte?
- A. Sí
  - B. No
33. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces intentaste suicidarte realmente?
- A. 0 veces → **Pasar a la pregunta 35**
  - B. 1 vez
  - C. 2 o 3 veces
  - D. 4 o 5 veces
  - E. 6 veces o más
34. **Si intentaste suicidarte** en los últimos 12 meses, ¿algún intento resultó en lesión, intoxicación o sobredosis que tuvo que ser tratado por un médico o enfermero/a?
- A. **No intenté suicidarme** en los últimos 12 meses
  - B. Sí
  - C. No

**Las siguientes 4 preguntas son acerca de fumar cigarrillos.**

35. ¿Alguna vez has fumado un cigarrillo incluso una o dos fumadas?
- A. Sí
  - B. No → **Pasar a la pregunta 39**
36. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste por primera vez un cigarrillo, incluso una o dos fumadas?
- A. Nunca he fumado un cigarrillo, ni siquiera una o dos fumadas
  - B. 8 años o menos
  - C. 9 o 10 años
  - D. 11 o 12 años
  - E. 13 o 14 años
  - F. 15 o 16 años
  - G. 17 años o más
37. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumaste cigarrillos?
- A. 0 días → **Pasar a la pregunta 39**
  - B. 1 o 2 días
  - C. 3 a 5 días
  - D. 6 a 9 días
  - E. 10 a 19 días
  - F. 20 a 29 días
  - G. Los 30 días
38. Durante los últimos 30 días, en los días que fumaste, ¿cuántos cigarrillos fumaste **por día**?
- A. No fumé cigarrillos durante los últimos 30 días
  - B. Menos de un cigarrillo por día
  - C. 1 cigarrillo por día
  - D. 2 a 5 cigarrillos por día
  - E. 6 a 10 cigarrillos por día
  - F. 11 a 20 cigarrillos por día
  - G. Más de 20 cigarrillos por día

**Las siguientes 3 preguntas son acerca de productos para vapeo electrónico, como JUUL, Vuse, NJOY, Puff Bar, blu o Bidi Stick. Los productos de vapeo electrónicos incluyen cigarrillos electrónicos, vapeadores, *mods*, cigarros electrónicos, narguiles electrónicos (*e-hookahs*) o plumas de vapor.**

39. ¿Alguna vez has utilizado un producto de vapeo electrónico?
- A. Sí
  - B. No → **Pasar a la pregunta 42**

40. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días utilizaste un producto de vapeo electrónico?
- A. 0 días → **Pasar a la pregunta 42**
  - B. 1 o 2 días
  - C. 3 a 5 días
  - D. 6 a 9 días
  - E. 10 a 19 días
  - F. 20 a 29 días
  - G. Los 30 días
41. Durante los últimos 30 días, ¿cómo obtuviste tus productos de vapeo electrónicos **por lo general**? (Selecciona solo **una** respuesta.)
- A. No usé ningún producto de vapeo electrónico durante los últimos 30 días
  - B. Me los dio o se los compré a un/a amigo/a, miembro de la familia u otra persona
  - C. Los compré yo mismo/a en una tienda de vapeo o tienda de tabaco
  - D. Los compré yo mismo/a en una tienda, un supermercado, una tienda de descuento o una gasolinera
  - E. Los compré yo mismo/a en el quiosco o puesto de un centro comercial
  - F. Los compré yo mismo/a por internet, como en un sitio web de productos, sitio web de tienda de vapeo u otro sitio web como eBay, Amazon, Facebook Marketplace o Craigslist
  - G. Los tomé de una tienda o de otra persona
  - H. Los obtuve de alguna otra manera

**Las siguientes 2 preguntas son acerca de otros productos de tabaco.**

42. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumiste **productos de tabaco de mascar, tabaco molido (rapé), tabaco sin humo, pasta de tabaco húmeda o productos de tabaco solubles**, como Copenhagen, Grizzly, Skoal, Camel Snus o Velo Nicotine Lozenges? (**No** cuentes ningún producto de vapeo electrónico.)
- A. 0 días
  - B. 1 o 2 días
  - C. 3 a 5 días
  - D. 6 a 9 días
  - E. 10 a 19 días
  - F. 20 a 29 días
  - G. Los 30 días

43. Durante los últimos 30 días, ¿durante cuántos días fumaste **puros, puritos o puros pequeños**, como Swisher Sweets, Middleton's (incluyendo Black & Mild) o Backwoods?
- A. 0 días
  - B. 1 o 2 días
  - C. 3 a 5 días
  - D. 6 a 9 días
  - E. 10 a 19 días
  - F. 20 a 29 días
  - G. Los 30 días

**La siguiente pregunta es acerca de todos los productos de tabaco. Para responder a esta pregunta, considera cigarrillos, productos de vapeo electrónicos, tabaco libre de humo (tabaco de mascar, tabaco molido (rapé), tabaco sin humo, pasta de tabaco húmeda o productos de tabaco solubles), puros (incluyendo puros pequeños o puritos), tabaco para cachimba o narguile (*hookah*), tabaco para pipa, productos de tabaco calentados y bolsas de nicotina.**

44. Durante los últimos 12 meses, ¿intentaste alguna vez **dejar** de usar **todos** los productos de tabaco?
- A. No usé cigarrillos, productos de vapeo electrónicos, tabaco libre de humo, puros, tabaco para cachimba o narguile (*hookah*), tabaco para pipa, productos de tabaco calentados o bolsas de nicotina en los últimos 12 meses
  - B. Sí
  - C. No

**Las siguientes 5 preguntas son acerca del consumo de alcohol. Esto incluye beber cerveza, vino, bebidas alcohólicas saborizadas y licor, como ron, gin, vodka o whisky. Para estas preguntas, el consumo de alcohol no incluye beber unos cuantos sorbos de vino para fines religiosos.**

45. ¿Cuántos años tenías cuando bebiste la primera bebida alcohólica más que unos cuantos sorbos?
- A. Nunca bebí alcohol más que unos cuantos sorbos → **Pasar a la pregunta 50**
  - B. 8 años o menos
  - C. 9 o 10 años
  - D. 11 o 12 años
  - E. 13 o 14 años
  - F. 15 o 16 años
  - G. 17 años o más

46. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomaste al menos una bebida alcohólica?
- A. 0 días → **Pasar a la pregunta 50**
  - B. 1 o 2 días
  - C. 3 a 5 días
  - D. 6 a 9 días
  - E. 10 a 19 días
  - F. 20 a 29 días
  - G. Los 30 días
47. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días consumiste **4** o más bebidas alcohólicas seguidas, es decir, dentro de un par de horas (si eres **mujer**) o **5** o más bebidas alcohólicas seguidas, es decir, en un par de horas (si eres **varón**)?
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 días
  - D. 3 a 5 días
  - E. 6 a 9 días
  - F. 10 a 19 días
  - G. 20 días o más
48. Durante los últimos 30 días, ¿cuál es el número máximo de bebidas alcohólicas que tomaste seguidas, es decir, en un par de horas?
- A. No consumí ninguna bebida alcohólica en los últimos 30 días
  - B. 1 o 2 bebida(s) alcohólica(s)
  - C. 3 bebidas alcohólicas
  - D. 4 bebidas alcohólicas
  - E. 5 bebidas alcohólicas
  - F. 6 o 7 bebidas alcohólicas
  - G. 8 o 9 bebidas alcohólicas
  - H. 10 bebidas alcohólicas o más
49. Durante los últimos 30 días, ¿cómo obtuviste **por lo general** las bebidas alcohólicas que consumiste?
- A. No consumí ninguna bebida alcohólica en los últimos 30 días
  - B. Las compré en una tienda, como una licorería, una tienda pequeña, un supermercado, una tienda de descuento o una gasolinera
  - C. Las compré en un restaurante, bar o club
  - D. Las compré en un evento público, como un concierto o evento deportivo
  - E. Le di dinero a otra persona para que me las comprara
  - F. Alguien me las dio
  - G. Las tomé en una tienda o de un miembro de la familia
  - H. Las obtuve de alguna otra manera

**Las siguientes 3 preguntas son acerca del consumo de marihuana. A la marihuana se le conoce también como hierba o porro. Para estas preguntas no cuentes productos de 100 % CBD o de cáñamo, que provienen de la misma planta que la marihuana pero que no producen un periodo de euforia (*high*, la sensación de estar drogado) cuando se usan solos.**

50. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido marihuana?
- A. 0 veces → **Pasar a la pregunta 53**
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 a 99 veces
  - G. 100 veces o más
51. ¿Cuántos años tenías cuando probaste marihuana por primera vez?
- A. Nunca he probado la marihuana
  - B. 8 años o menos
  - C. 9 o 10 años
  - D. 11 o 12 años
  - E. 13 o 14 años
  - F. 15 o 16 años
  - G. 17 años o más
52. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces consumiste marihuana?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más

**Las siguientes 2 preguntas son acerca del uso de analgésicos (medicamentos que alivian el dolor) recetados sin la receta de un médico o de una forma diferente a la que te indicó el médico. Para estas preguntas, cuenta fármacos como codeína, Vicodín, oxicodona (OxyContin), hidrocodona y Percocet.**

53. Durante tu vida, ¿cuántas veces has tomado **analgésicos recetados** sin la receta de un médico o de una forma diferente a la que te indicó el médico?
- A. 0 veces → **Pasar a la pregunta 55**
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más

54. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomaste **analgésicos recetados** sin la receta de un médico o de una forma diferente a la que te indicó el médico?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más

**Las siguientes 7 preguntas son acerca de otras drogas.**

55. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido **alguna** forma de cocaína, incluso polvo, cristales (*crack*) o base libre (*freebase*)?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más
56. Durante tu vida, ¿cuántas veces has inhalado pegamento, respirado el contenido de latas de aerosol o inhalado pinturas o aerosoles para drogarte?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más
57. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido **heroína** (también se le conoce como golpe, basura o China Blanca)?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más

58. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido **metanfetaminas** (también se les conoce como anfetaminas, metanfetamina cristal, meta (*crank*) o hielo)?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más
59. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido **éxtasis** (también se le conoce como MDMA o Molly)?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más
60. Durante tu vida, ¿cuántas veces has consumido **drogas alucinógenas**, como LSD, ácido, PCP, polvo de ángel, mezcalina u hongos?
- A. 0 veces
  - B. 1 o 2 veces
  - C. 3 a 9 veces
  - D. 10 a 19 veces
  - E. 20 a 39 veces
  - F. 40 veces o más
61. Durante tu vida, ¿cuántas veces has usado una aguja para inyectar alguna droga **ilegal** en tu cuerpo?
- A. 0 veces
  - B. 1 vez
  - C. 2 veces o más

**Las siguientes 8 preguntas son acerca de la conducta sexual.**

62. ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?
- A. Sí
  - B. No → **Pasar a la pregunta 69**

63. ¿Cuántos años tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?
- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
  - B. 11 años o menos
  - C. 12 años
  - D. 13 años
  - E. 14 años
  - F. 15 años
  - G. 16 años
  - H. 17 años o más
64. Durante tu vida, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?
- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
  - B. 1 persona
  - C. 2 personas
  - D. 3 personas
  - E. 4 personas
  - F. 5 personas
  - G. 6 personas o más
65. Durante los últimos 3 meses, ¿con cuántas personas tuviste relaciones sexuales?
- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
  - B. He tenido relaciones sexuales, pero no durante los últimos 3 meses
  - C. 1 persona
  - D. 2 personas
  - E. 3 personas
  - F. 4 personas
  - G. 5 personas
  - H. 6 personas o más
66. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿bebiste alcohol o consumiste drogas antes de tener relaciones sexuales?
- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
  - B. Sí
  - C. No
67. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja usaron un condón?
- A. Nunca he tenido relaciones sexuales
  - B. Sí
  - C. No

68. La **última vez** que tuviste relaciones sexuales con una pareja del sexo opuesto, ¿qué método usaron tú o tu pareja para **prevenir un embarazo**? (Selecciona solo **una** respuesta.)
- A. Nunca he tenido relaciones sexuales con una pareja del sexo opuesto
  - B. No se utilizó ningún método para prevenir un embarazo
  - C. Píldoras anticonceptivas (**no** cuentas la anticoncepción de emergencia como Plan B o la píldora de la “mañana siguiente”)
  - D. Condones
  - E. Un dispositivo intrauterino, DIU (como Mirena o ParaGard) o un implante (como Implanon o Nexplanon)
  - F. Una inyección (como Depo-Provera), un parche (como Ortho Evra) o un anillo anticonceptivo (como NuvaRing)
  - G. Retiro del pene (eyacular afuera) o algún otro método
  - H. No estoy seguro/a
69. Durante tu vida, ¿con quién has tenido contacto sexual?
- A. Nunca he tenido contacto sexual → **Pasar a la pregunta 71**
  - B. Mujeres
  - C. Varones
  - D. Mujeres y varones

**La siguiente pregunta es acerca del consentimiento. El consentimiento es un acuerdo para hacer algo o dar permiso para que algo suceda. Puede involucrar pedir el consentimiento, recibir el consentimiento o dar el consentimiento.**

70. ¿La última vez que tuviste contacto sexual, pediste el consentimiento verbalmente?
- A. Nunca he tenido contacto sexual
  - B. Sí
  - C. No

**Las siguientes 2 preguntas son acerca de la identidad sexual y de género.**

71. ¿Cuál de las siguientes opciones te describe mejor?
- A. Heterosexual
  - B. Homosexual (gay) o lesbiana
  - C. Bisexual
  - D. Describo mi identidad sexual de alguna otra manera
  - E. No estoy seguro/a de mi identidad sexual (me lo estoy preguntando)
  - F. No entiendo qué me están preguntando

72. Algunas personas se describen a sí mismos como transgénero cuando su sexo al nacer no coincide con la manera que piensan o se sienten sobre su género. ¿Eres transgénero?
- A. No, no soy transgénero
  - B. Sí, soy transgénero
  - C. No estoy seguro/a si soy transgénero
  - D. No entiendo qué me están preguntando

**Las siguientes 2 preguntas son acerca del peso corporal.**

73. ¿Cómo describes **tu** peso?
- A. Muy bajo del peso adecuado
  - B. Un poco bajo del peso adecuado
  - C. Más o menos con el peso adecuado
  - D. Con un poco de sobrepeso
  - E. Con mucho sobrepeso
74. ¿Cuál de las siguientes opciones estás intentando en relación con tu peso?
- A. **Bajar** de peso
  - B. **Aumentar** de peso
  - C. **Conservar** el mismo peso
  - D. **No estoy intentando hacer nada** sobre mi peso

**Las siguientes 10 preguntas son acerca de los alimentos que comiste o bebiste en los últimos 7 días. Piensa en todas las comidas y los refrigerios que has tenido desde que te levantaste hasta que te fuiste a dormir. Asegúrate de incluir alimentos que comiste en casa, en la escuela, en restaurantes o en otra parte.**

75. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces bebiste **jugos con un contenido 100 % de frutas** como jugo de naranja, manzana o uva? (**No** cuentes bebidas de frutas mixtas, Kool-Aid, bebidas deportivas u otras bebidas con sabor a fruta.)
- A. No consumí ninguna bebida con un contenido 100 % de jugo de frutas durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más

76. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces comiste **frutas**? (No cuentes los jugos de frutas.)
- A. No comí ninguna fruta durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más
77. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces comiste una **ensalada verde**?
- A. No comí ninguna ensalada verde durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más
78. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces comiste **papas**? (No cuentes papas a la francesa (*french fries*), papas fritas o papitas.)
- A. No comí papas durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más
79. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces comiste **zanahorias**?
- A. No comí zanahorias durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más

80. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces comiste **otras verduras**? (No cuentes ensaladas verdes, papas o zanahorias.)
- A. No comí ninguna verdura durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más
81. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces bebiste una **lata, una botella o un vaso de gaseosa o refresco** como Coca-Cola o Coke, Pepsi o Sprite? (No cuentes las gaseosas dietéticas.)
- A. No bebí ninguna gaseosa durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más
82. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces bebiste una **lata, una botella o un vaso de bebida deportiva** como Gatorade o Powerade? (No cuentes bebidas deportivas bajas en calorías, como Propel o G2.)
- A. No bebí ninguna bebida deportiva durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más
83. Durante los últimos 7 días, ¿cuántas veces bebiste **una botella o un vaso de agua natural**? (Cuenta el agua de la llave, embotellada o agua con gas sin sabor.)
- A. No bebí agua durante los últimos 7 días
  - B. 1 a 3 veces durante los últimos 7 días
  - C. 4 a 6 veces durante los últimos 7 días
  - D. 1 vez por día
  - E. 2 veces por día
  - F. 3 veces por día
  - G. 4 veces por día o más

84. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días **desayunaste**?
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 días
  - D. 3 días
  - E. 4 días
  - F. 5 días
  - G. 6 días
  - H. 7 días

**Las siguientes 4 preguntas son acerca de la actividad física.**

85. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días realizaste actividad física por un total de **al menos 60 minutos al día**? (Suma todo el tiempo que dedicaste a cualquier tipo de actividad física que aumentó tu ritmo cardiaco y te hizo respirar fuerte algunas veces.)
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 días
  - D. 3 días
  - E. 4 días
  - F. 5 días
  - G. 6 días
  - H. 7 días
86. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hiciste ejercicios para **fortalecer o tonificar los músculos**, como flexiones (lagartijas), abdominales o levantamiento de pesas?
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 días
  - D. 3 días
  - E. 4 días
  - F. 5 días
  - G. 6 días
  - H. 7 días
87. En una semana normal en la que vas a la escuela, ¿cuántos días vas a clases de educación física?
- A. 0 días
  - B. 1 día
  - C. 2 días
  - D. 3 días
  - E. 4 días
  - F. 5 días

88. Durante los últimos 12 meses, ¿en cuántos equipos deportivos jugaste? (Cuenta cualquier equipo dirigido por tu escuela o grupos de la comunidad.)
- A. 0 equipos
  - B. 1 equipo
  - C. 2 equipos
  - D. 3 equipos o más

**La siguiente pregunta es acerca de las conmociones cerebrales. Una conmoción cerebral es cuando un golpe o una sacudida en la cabeza ocasiona problemas como dolores de cabeza, mareos, aturdimiento o confusión, dificultad con la memoria o concentración, vómitos, visión borrosa o pérdida del conocimiento.**

89. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces tuviste una conmoción cerebral **a raíz de jugar un deporte o realizar actividad física?**
- A. 0 veces
  - B. 1 vez
  - C. 2 veces
  - D. 3 veces
  - E. 4 veces o más

**La siguiente pregunta es acerca de las redes sociales, como Instagram, TikTok, Snapchat y Twitter.**

90. ¿Con qué frecuencia usas las redes sociales?
- A. No uso las redes sociales
  - B. Algunas veces al mes
  - C. Aproximadamente una vez a la semana
  - D. Algunas veces a la semana
  - E. Aproximadamente una vez al día
  - F. Varias veces al día
  - G. Aproximadamente una vez por hora
  - H. Más de una vez cada hora

**Las siguientes 8 preguntas son acerca de otros temas de salud.**

91. ¿Alguna vez te han hecho la prueba de detección del VIH, el virus que causa el SIDA? (No cuentes los análisis realizados si donaste sangre.)
- A. Sí
  - B. No
  - C. No estoy seguro/a

92. Durante los últimos 12 meses, ¿te has hecho alguna prueba de detección de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que no sea el VIH, como clamidia o gonorrea?
- A. Sí
  - B. No
  - C. No estoy seguro/a
93. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has tenido una quemadura solar? (Cuenta el número de veces incluso que una parte pequeña de tu piel se enrojeció o te dolió durante 12 horas o más después de estar afuera en el sol o después de usar una lámpara solar u otro aparato para broncear en el interior.)
- A. 0 veces
  - B. 1 vez
  - C. 2 veces
  - D. 3 veces
  - E. 4 veces
  - F. 5 veces o más
94. ¿Cuándo fue la última vez que viste a un dentista para un chequeo, examen, limpieza de dientes u otro trabajo dental?
- A. Durante los últimos 12 meses
  - B. Hace entre 12 y 24 meses
  - C. Hace más de 24 meses
  - D. Nunca
  - E. No estoy seguro/a
95. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia no fue buena tu salud mental? (La mala salud mental incluye estrés, ansiedad y depresión.)
- A. Nunca
  - B. Rara vez
  - C. Algunas veces
  - D. La mayor parte del tiempo
  - E. Siempre
96. En una noche normal del año escolar, ¿cuántas horas duermes?
- A. 4 horas o menos
  - B. 5 horas
  - C. 6 horas
  - D. 7 horas
  - E. 8 horas
  - F. 9 horas
  - G. 10 horas o más

97. Durante los últimos 30 días, ¿dónde dormiste por lo general?
- A. En la casa de mis padres o tutor
  - B. En la casa de un/a amigo/a, miembro de la familia u otra persona porque tuve que abandonar mi casa o mi padre, madre o tutor no puede pagar una vivienda
  - C. En un refugio o alojamiento de emergencia
  - D. En un motel u hotel
  - E. En un vehículo, parque, campamento u otro lugar público
  - F. No tengo un lugar usual para dormir
  - G. En otra parte
98. Durante tu vida, ¿con qué frecuencia ha habido un adulto en tu hogar que se esforzó mucho para asegurarse que tus necesidades básicas estuvieran satisfechas, como ver por tu seguridad y asegurarse que tuvieras ropa limpia y suficiente para comer?
- A. Nunca
  - B. Rara vez
  - C. Algunas veces
  - D. La mayor parte del tiempo
  - E. Siempre

**Las siguientes 8 preguntas son acerca de otras experiencias que hayas tenido durante tu vida.**

99. ¿Alguna vez has vivido con un padre o tutor que estaba teniendo un problema con el uso de alcohol o drogas?
- A. Si
  - B. No
100. ¿Alguna vez has vivido con un padre o tutor que tenía una depresión severa, ansiedad u otra enfermedad mental o tendencias suicidas?
- A. Si
  - B. No
101. ¿Alguna vez has estado separado de un padre o tutor porque fue a la cárcel, prisión o centro de detención?
- A. Si
  - B. No
102. ¿Estás de acuerdo o en desacuerdo con que te sientes cercano a personas en tu escuela?
- A. Totalmente de acuerdo
  - B. De acuerdo
  - C. No estoy seguro/a
  - D. No estoy de acuerdo
  - E. Completamente en desacuerdo

103. ¿Con qué frecuencia saben tus padres u otros adultos de tu familia adónde vas o con quién estarás?
- A. Nunca
  - B. Rara vez
  - C. Algunas veces
  - D. La mayor parte del tiempo
  - E. Siempre
104. Durante los últimos 12 meses, ¿has sido injustamente disciplinado en la escuela?
- A. Sí
  - B. No
105. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo describirías tus calificaciones en la escuela?
- A. Mayoría son A's
  - B. Mayoría son B's
  - C. Mayoría son C's
  - D. Mayoría son D's
  - E. Mayoría son F's
  - F. Ninguna de estas calificaciones
  - G. No estoy seguro/a
106. ¿Tienes problemas graves de concentración, de memoria o para tomar decisiones debido a un problema físico, mental o emocional?
- A. Sí
  - B. No
107. ¿Qué tan bien hablas inglés?
- A. Muy bien
  - B. Bien
  - C. No bien
  - D. Para nada

**Este es el final de la encuesta.  
Muchas gracias por tu ayuda.**



