



ROY SCOTT

Estrategias terapéuticas ante adolescentes suicidas

SANTHINY RAJAMOHAN, PhD, RN; PATRICIA L. SHARKEY, MS, RN, y ELIZABETH HEAVEY, PhD, RN, CNM

Resumen: El suicidio es una de las causas de muerte más evitable entre los niños y los adolescentes. Puesto que a menudo las enfermeras son las primeras en interactuar con personas con una actitud suicida, todos los centros sanitarios deberían contar con protocolos para la detección y prevención del suicidio. Este artículo aborda el problema del suicidio entre los adolescentes y se centra en la evaluación de riesgos, las intervenciones terapéuticas y las recomendaciones para obtener resultados satisfactorios.

Palabras clave: adolescentes, urgencias, salud mental, autoagresiones, suicidio.

EL SUICIDIO ES UNA crisis de salud pública en Estados Unidos. Y es la undécima causa principal de muerte en personas de todas las edades. Desde 2007, la mortalidad por suicidio ha aumentado el 31% entre los adolescentes varones; entre las adolescentes, las tasas de suicidio se han duplicado y ahora se encuentran en su punto más álgido¹. El suicidio es la tercera causa principal de muerte en niños de 10 a 14 años y la segunda causa principal de muerte en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 34 años². La Organización Mundial de la Salud informa de que el suicidio es la principal causa de muerte en niños y adolescentes de 10 a 19 años³. Este artículo aborda el problema del suicidio entre los adolescentes y se centra en la evaluación de riesgos, las intervenciones terapéuticas y las recomendaciones para obtener resultados satisfactorios.

Frecuente pero evitable

Aunque ha aumentado su frecuencia, el suicidio es también una de las causas de muerte más evitable entre los niños y los adolescentes. El aumento en la incidencia de ingresos hospitalarios relacionados con autoagresiones entre los adolescentes pone de relieve la necesidad de evaluaciones e

intervenciones efectivas de detección de suicidio en todos los centros sanitarios, incluidos los centros educativos y los centros de atención primaria⁴. Los intentos de suicidio no mortales comprenden alrededor del 5% de las visitas a urgencias. Para 1,5 millones de adolescentes, aproximadamente, los servicios de urgencias son el único método de recibir cuidados sanitarios^{5,6}. Por tanto, la visita a urgencias puede ser la única oportunidad para que aquellos adolescentes con ideas de suicidio reciban tratamiento.

Dada la frecuencia de intentos de suicidio en personas jóvenes, es probable que las enfermeras trabajen con pacientes suicidas en todas las áreas del sistema sanitario. Sin embargo, puesto que las enfermeras de urgencias a menudo son las primeras en interactuar con adolescentes suicidas, los servicios de urgencias deben contemplar la detección y prevención del suicidio como aspectos esenciales de la atención que prestan³. La detección del suicidio es fundamental para establecer la necesidad de hospitalización psiquiátrica y seguimiento sanitario continuo. Comprender los patrones frecuentes de comportamiento ayuda a las enfermeras a identificar a aquellos pacientes que pueden ser suicidas.

Estrategias suicidas frecuentemente utilizadas por los adolescentes

Los varones probablemente elegirán medios más violentos y letales para acabar con su vida, mientras que las mujeres tienden a utilizar formas menos dañinas y violentas de autoagresión y, por tanto, tienen más probabilidades de sobrevivir a los intentos de suicidio⁷. La forma más común en que los hombres intentan suicidarse es con un arma de fuego. Pueden citarse otros medios de autoagresión, como ahorcamiento, apuñalamiento, choques de vehículos motorizados, saltar desde un lugar elevado, ahogamiento y envenenamiento por monóxido de carbono^{5,8}.

Entre las adolescentes es más probable que se corten las muñecas o tomen una sobredosis de medicamentos o drogas ilegales⁹. Los suicidios relacionados con opioides continúan aumentando junto con otros suicidios relacionados con fármacos^{10,11}. Conocer el historial del consumo de drogas del adolescente es fundamental para establecer el tratamiento y el seguimiento adecuados¹⁰.

Cuando los adolescentes se sienten deprimidos, desesperados y deciden que la vida no vale la pena, pueden utilizar cualquier medio para infligirse daño a sí mismos. Una evaluación psicológica realizada por un profesional experimentado y una estrecha supervisión son fundamentales para evitar que ocurra una tragedia.

Cómo las redes sociales afectan al riesgo

La influencia de las redes sociales en el suicidio de adolescentes es un fenómeno bastante nuevo y se informa de que está aumentando¹¹. Comprender el papel



La evaluación de adolescentes en riesgo de suicidio debe incluir conexiones entre iguales y cibernéticas.

de las redes sociales en términos de comportamientos relacionados con el suicidio puede ayudarnos a comprender las perspectivas de los adolescentes.

Los adolescentes pueden estar expuestos a influencias perjudiciales y recursos de apoyo a través de numerosas formas de redes sociales y oportunidades de contactos. El acoso y el hostigamiento cibernéticos aumentan el riesgo de autoagresiones al intensificar los sentimientos de falta de conexión,

desesperanza y angustia emocional^{11,12}. Se ha observado una asociación entre visitas a sitios de redes sociales negativos que fomentan la autoagresión/el suicidio y mayor tasa de conductas de autoagresión¹³. Los padres, asesores y profesores deben conocer los sitios que visitan los adolescentes y educarlos sobre la participación segura en cualquier plataforma en línea. La evaluación de adolescentes en riesgo de suicidio debe incluir conexiones entre iguales y cibernéticas¹⁴.

Los sitios de redes sociales de apoyo a la prevención del suicidio, como las páginas de Facebook de la National Suicide Prevention Lifeline o la American Foundation for Suicide Prevention, ofrecen ayuda para la crisis y recursos educativos. Los sitios de medios sociales positivos como estos aumentan la conexión social entre otros y brindan apoyo que puede reducir el riesgo de suicidio¹¹.

Percepciones erróneas sobre el suicidio

Muchas enfermeras no están seguras de cómo acercarse a un paciente potencialmente suicida y se preguntan si el simple hecho de plantear el problema aumenta el riesgo. La evidencia dice que no; de hecho, como se explica a continuación, animar a los pacientes a que hablen sobre sus pensamientos y sentimientos puede reducir el riesgo¹⁵.

Aunque muchos adolescentes no hablan abiertamente de lo mal que se sienten, los que lo hacen tienen la misma probabilidad de llevar a cabo un intento de suicidio¹⁶. Comentarios del tipo “estaré mejor muerto”, “estaré mejor sin mí”, “odio mi vida” o “me gustaría estar muerto” deben tomarse en serio y ser evaluados por un profesional capacitado para interpretar la gravedad de estos comentarios. Debe preocuparse sobre todo si los adolescentes despliegan esfuerzos para poner sus asuntos en orden o regalan artículos personales¹⁶.

Existe la impresión generalizada de que el suicidio se produce sin previo aviso, pero los pacientes que piensan en suicidarse con frecuencia dan pistas. A menudo hay una sensación de ambivalencia en los pacientes suicidas hasta que incurren en un comportamiento autodestructivo. Es posible que los pacientes suicidas realmente no deseen morir, pero no pueden ver ninguna otra manera de continuar debido a su insoportable dolor. Por ello, los pacientes que han tomado la decisión de acabar con su vida a menudo parece que estén en paz

Síntomas y signos de depresión¹⁸

En general, cinco o más de los siguientes síntomas y signos que están presentes al menos durante 2 semanas e indican un cambio en el nivel funcional anterior pueden señalar que un paciente está deprimido. Provocan un importante deterioro de todas las áreas de funcionamiento.

- Estado de ánimo depresivo.
- Desinterés por actividades placenteras.
- Disminución o aumento del apetito que produce pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Cansancio o pérdida de energía.
- Sentimiento excesivo o inadecuado de inutilidad o culpa.
- Incapacidad para pensar o concentrarse, o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte, con un plan específico o sin él.
- Quejas somáticas (como dolores de cabeza o dolor abdominal).

y menos angustiados. En ese momento ya tienen un plan para escapar del dolor.

Los informes de cambios, tanto positivos como negativos, en el comportamiento inicial de los pacientes suicidas deben advertir a las enfermeras de que estén más atentas con las evaluaciones y la supervisión. Estos cambios también deben ser tratados con los pacientes. Hágales saber que, aunque está contenta de que interactúen más con los demás y parezcan estar menos deprimidos, le preocupa que estos cambios a veces puedan producirse cuando los pacientes tienen un plan para terminar con su sufrimiento.

No tenga miedo de preguntar a los pacientes si es así como se sienten en ese momento. Independientemente de su respuesta, supervíselos de acuerdo con el protocolo del centro sobre el suicidio y las normas de la Joint Commission¹⁷. En todos los controles se debe observar a los pacientes visualmente y saber lo que están haciendo^{9,16}.

Evite la percepción errónea de que pedirles a los pacientes que hablen sobre sentimientos e ideas suicidas, o tratar de redirigir su pensamiento, es perjudicial. Por el contrario, es importante reflejar lo que está escuchando porque los pacientes tienen menos probabilidades de actuar sobre la base de esos sentimientos si pueden hablar sobre ellos abiertamente con una persona que les presta atención¹⁶. Abordar la desesperanza o hablar sobre los pensamientos suicidas no fomenta la idea. La mayoría de los pacientes se sienten cómodos cuando alguien está dispuesto a intentar comprender lo que están pasando. Esto reduce el aislamiento que pueden sentir y aumenta la posibilidad de encontrar alternativas al estrés que están viviendo^{9,16}.

Tenga en cuenta que la hora del día, el día de la semana y la época del año pueden influir en quienes están contemplando suicidarse. El comienzo de la primavera y la felicidad que otros sienten por ello pueden dejar a un paciente deprimido y todavía más aislado. Las vacaciones también pueden incrementar el estrés y el aislamiento, sobre todo en aquellos que no tienen contacto con familiares o amigos. La idea de enfrentarse a otro día o semana de sufrimiento es abrumadora para algunos. Si los pacientes no pueden dormir, pueden permanecer despiertos toda la noche obsesionados con sus problemas, por lo que comenzar otro día resultará menos atractivo.

Factores de riesgo del suicidio^{2,19}

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Antecedentes familiares de maltrato infantil.
- Conflicto familiar.
- Ideas suicidas pasadas o actuales.
- Intento(s) de suicidio previo(s).
- Estrés emocional.
- Exposición a la violencia.
- Historial de trastornos mentales, especialmente depresión clínica.
- Abuso de alcohol y sustancias.
- Sentimientos de desesperanza y tristeza continuos.
- Episodios de llanto.
- Tendencias impulsivas o agresivas hacia uno mismo o hacia otros, irritabilidad, enojo, hostilidad y actos impulsivos.
- Creencias religiosas o culturales (como la creencia de que el suicidio es una forma noble de solucionar un dilema personal).
- Suicidio de compañeros.
- Aislamiento, falta de conexión con el centro escolar/ausencia de sentido de entorno escolar de apoyo.
- Problemas en las relaciones.
- Barreras para acceder al tratamiento de salud mental.
- Pérdidas personales (relacionales, sociales, laborales o económicas).
- Enfermedades físicas, discapacidades y diferencias de aprendizaje.
- Fácil acceso a métodos mortales.
- Comportamientos extremos de control de peso.
- Falta de voluntad para buscar ayuda debido al estigma asociado con la salud mental y los trastornos por el uso de sustancias o los pensamientos suicidas.
- Falta de acceso a recursos/apoyo.

Tenga en cuenta que algunos pacientes ingresan en el hospital planeando acabar con su vida allí para evitar que sus familias sufran el trauma de encontrarlos muertos. Pueden calcular cuándo los miembros del personal están ocupados, así que vigílelos de cerca durante los cambios de turno y en otras ocasiones, cuando haya menos personal disponible o este esté ocupado, ya que estos son momentos de alto riesgo⁹.

Evaluación del riesgo de suicidio

Los adolescentes pueden expresar su dolor y desesperanza de forma no verbal, regalando objetos personales, exteriorizándolo de manera anormal e iracunda, con comportamientos de riesgo, trastornos somáticos, como dolores de cabeza o dolor abdominal, y el uso continuo de drogas o alcohol². Este tipo de comportamiento puede desviar la atención del problema y lograr que se pierdan pistas importantes sobre el dolor que pueden sentir los adolescentes.

Si bien estos pueden mostrar varios signos de depresión, la presencia continua de cinco o más síntomas o signos (v. el cuadro *Síntomas y signos de depresión*) representa la preocupación más grave. Las enfermeras

deben conocer los factores de riesgo adicionales del suicidio identificados por la American Psychiatric Association (v. el cuadro *Factores de riesgo del suicidio*).

Cuando interactúe con adolescentes deprimidos o suicidas, evalúe el nivel de letalidad o si son realmente suicidas. Recuerde que, aunque los problemas y las preocupaciones pueden parecer mínimos para otros, pueden ser abrumadores y terribles para los adolescentes que los sufren. Las enfermeras que trabajan con estos pacientes deben utilizar herramientas de detección de suicidio que hayan sido validadas para su uso con adolescentes con problemas psiquiátricos (v. los cuadros *Cuestionario sobre el riesgo de suicidio* y *Preguntas para la detección del riesgo de suicidio*)²⁰.

Comience la evaluación reflejando cualquiera de los comportamientos o afirmaciones del paciente que sean preocupantes. Inténtelo con frases como “puedo ver lo deprimido y desanimado que estás” o “puedo escuchar lo desesperado que te sientes”. Deje que el paciente responda y continúe con “¿tan mal están las cosas que piensas en hacerte daño?” Si el paciente dice que no, pregunte “¿qué te hace seguir?”.

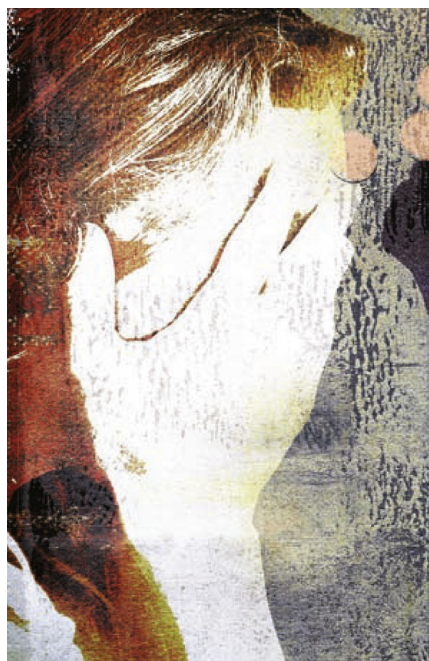
Algunos pacientes pueden responder que piensan en el suicidio, pero no pasarían a la acción a causa de sus creencias religiosas o por el modo en que afectaría a su familia. Sin embargo, cualquier paciente que comunique que ha pensado en el suicidio debe evaluarse más a fondo⁹. Si los pacientes comunican que se sienten como una carga para los demás y que sus amigos/familiares estarían mejor sin ellos, preocúpese y aumente la supervisión.

Si los pacientes indican que tienen ideas suicidas, pregúnteles si tienen pensamientos o planes para hacerse daño en ese preciso momento. Pregunte específicamente a los pacientes si han pensado en cómo pondrían fin a sus vidas. Si los pacientes tienen un plan concreto, pregúnteles si han recopilado o tienen acceso a los materiales necesarios para llevar a cabo esta acción.

Aunque los pacientes respondan “no” a todas las preguntas, evalúe cómo gestionan el estrés. Los adolescentes tienen menos experiencia de la vida cuando se trata de gestionar el estrés, pueden ser impulsivos y los desafíos actuales de la vida pueden parecer insuperables. La detección es solo el comienzo de este proceso; todos los adolescentes que presenten un problema psiquiátrico necesitarán otra evaluación por parte de un psiquiatra cualificado²¹.

Intervenciones de enfermería: qué debe y qué no debe hacerse

Cuando esté cuidando a un paciente con ideas de suicidio, intente que no haya ningún objeto en el entorno que pueda utilizarse para infligirse autoagresiones (artículos afilados, calcetines, camisas y pantalones de pijamas, sábanas, cuerdas, batas, cordones, bolsas de plástico, etc.) Las enfermeras deben retirar cualquier objeto que pueda usarse para autoagresiones de pacientes con ideas suicidas. La sala en sí debe cumplir con las normas de la Joint Commission en materia de resistencia a la ligadura y seguridad. Todos los objetos que pudieran utilizarse para infligirse



Evite la percepción errónea de que pedir a los pacientes que hablen sobre sentimientos e ideas suicidas, o tratar de redirigir su pensamiento, es perjudicial.

autoagresiones deben retirarse de la sala y ante cualquier visita¹⁷.

Evite intentar crear un ambiente artificialmente alegre y no ofrezca garantías falsas ni banales de que todo mejorará con el paso del tiempo. No cambie de tema si se siente incómoda porque, al hacerlo, dejarán de funcionar las interacciones terapéuticas. La simple tarea de escuchar, sentarse con los adolescentes cuando están sufriendo y recordarles que no están solos puede ofrecerles esperanza y perspectivas⁹. Tantee la necesidad de apoyo espiritual para el paciente y organícelo si lo desea.

Hágales saber a los pacientes que la depresión, la ansiedad, la desesperanza y los pensamientos suicidas son afecciones tratables. Haga hincapié en que existen medicamentos

que pueden ayudar a restituir las sustancias químicas del cerebro que se agotan con el estrés y en que hablar con un terapeuta experto puede reducir, en gran medida, los sentimientos de aislamiento y dolor. Si a los adolescentes les preocupa que los vean como locos, enfatice que la depresión es una enfermedad cerebral que puede corregirse al igual que algunas personas tienen diabetes y necesitan hacer ajustes para mantener estables los niveles glucémicos²².

Advertencia: la mejora sigue siendo un período de alto riesgo

Una vez que los adolescentes suicidas comienzan a tomar antidepresivos, pueden sentir más energía física, por lo que pueden tener la capacidad de llevar a cabo un intento de suicidio. También pueden tener aún más pensamientos de suicidio. Es posible que deba aumentarse la supervisión durante este tiempo. Si los pacientes muestran cambios abruptos respecto a lo que ha sido su situación inicial, comience una conversación con ellos y pregúnteles directamente si han decidido terminar con su vida. Incluso si dicen que no, continúe vigilándolos de cerca. Los pacientes pueden parecer tranquilos cuando han tomado la decisión de aliviar su dolor acabando con sus vidas. Eduque a los pacientes y sus familias sobre estos riesgos y comente los recuadros de advertencia que se encuentran en todos los medicamentos antidepresivos. Hágales saber que pueden pasar varias semanas o más antes de que pueda sentir el efecto total de la medicación. Los adolescentes idealmente deberían recibir asesoramiento sobre salud mental junto con la farmacoterapia para ayudarles a desarrollar estrategias para sobrellevar la situación y ofrecer apoyo y evaluación continuos⁹.

Evalúe a los adolescentes suicidas para detectar síntomas y signos de psicosis, como escuchar voces autodespectivas que les dicen que no merecen vivir. Si un paciente afirma que ha escuchado voces, pregúntele qué le dicen las voces.

Los adolescentes con psicosis corren mayor riesgo de tener ideas e intentos de suicidio en comparación con aquellos sin síntomas psicóticos²³. La existencia de síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones, paranoia y pensamiento desorganizado, es una situación de alto riesgo y exige que los pacientes estén bajo supervisión constante. La psicosis controla la mente y, sin importar la relación que tenga la enfermera con estos pacientes, la enfermera no puede estar segura

Cuestionario sobre el riesgo de suicidio²⁰

Este cuestionario validado puede ayudar a evaluar el riesgo de suicidio:

- ¿Estás aquí hoy porque intentaste hacerte daño?
- Durante la semana pasada, ¿has pensado en suicidarte?
- ¿Alguna vez en el pasado has tratado de hacerte daño (aparte de esta vez)?
- ¿Te ha ocurrido algo muy estresante durante las últimas semanas (una situación muy difícil de gestionar)?

de que los pacientes no actuarán de acuerdo con sus pensamientos. El reconocimiento temprano y el tratamiento de la depresión y la psicosis son necesarios para prevenir los intentos de suicidio²³.

Controle cuidadosamente que los pacientes tomen los medicamentos que se les han recetado porque algunos intentarán acumular los medicamentos con el propósito de provocar una sobredosis una vez que tengan los suficientes. Pídale a los pacientes que abran la boca para revisar debajo de la lengua y observar toda el área de las mejillas. No les esconda a los pacientes por qué está haciendo esto.

Cuando se identifica a los adolescentes como en riesgo de suicidio, mantenga la seguridad al realizar un estrecho seguimiento del paciente y luego póngase en contacto con el médico para obtener una prescripción facultativa de precauciones de suicidio e impleméntelas según el protocolo del hospital. Un médico debe hacer una evaluación y cumplimentar una prescripción antes de interrumpir las precauciones de suicidio.

Si el médico interrumpe las precauciones de suicidio y el paciente parece demasiado alegre o muy diferente, inicie el control 1:1 hasta que el médico pueda llevar a cabo más evaluaciones¹⁷⁻²⁴.

Los pacientes y algunas veces las familias deben ser derivados a consultas psiquiátricas y servicios de intervención por crisis si es necesario. Educar a los padres o tutores, así como colaborar con el centro escolar del paciente y el equipo de tratamiento, es fundamental para ofrecer apoyo continuo y mantener seguros a los adolescentes que corren el riesgo de cometer suicidio. Las familias deben evitar el acceso a armas o fármacos en el hogar cuando tienen un hijo con depresión u otras enfermedades mentales. Anime a las familias a que busquen apoyo entre los recursos comunitarios, como los organismos de salud mental, la American Foundation for Suicide Prevention (<http://afsp.org>) y la National Alliance on Mental Illness (www.nami.org).

Cuidarse a uno mismo

Trabajar con pacientes emocionalmente angustiados puede ser gratificante, pero también puede crear desafíos que producen agotamiento, desgaste y dolor emocional no resuelto²⁴. Una enfermera que trabaja en cualquiera de estos estados puede caer en comportamientos no terapéuticos, como evitar y mostrar insensibilidad o una actitud de superioridad. Ser consciente de uno mismo y

Preguntas para la detección del riesgo de suicidio²¹

Esta es una herramienta validada de detección de suicidio para identificar a adolescentes en riesgo de suicidio.

Una respuesta de sí a cualquiera de las cuatro preguntas a continuación representa un riesgo:

- Durante las últimas semanas, ¿has deseado estar muerto?
- Durante las últimas semanas, ¿ha sentido que tú o tu familia estaríais mejor si estuvierais muerto?
- Durante la semana pasada, ¿has pensado en suicidarte?
- ¿Has tratado de suicidarte alguna vez?

buscar ayuda profesional cuando sea necesario mejorará la capacidad de la enfermera para intervenir de manera segura y terapéutica.

La colaboración es la clave

Nunca subestime el poderoso papel que desempeñan las enfermeras en el apoyo a las personas con dificultades. Es vital que las enfermeras trabajen en colaboración con pacientes y colegas para establecer una buena relación con los pacientes, inculcar esperanza, llevar a cabo las evaluaciones e identificar cambios en los pensamientos y el comportamiento. No se preocupe por decir exactamente lo correcto y no evite conversaciones difíciles. Los pacientes a menudo responden a las cosas más simples que les dan esperanza para aferrarse a ellas cuando sufren. Pueden estar muy agradecidos por los esfuerzos de aquellos que se preocupan sinceramente de ellos. La amabilidad y la compasión, junto con el tiempo y la voluntad de hablar abiertamente sobre el dolor del adolescente, pueden ayudar a salvar una vida. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control and Prevention. National vital statistics system: mortality data. 2017. www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm.
2. Centers for Disease Control and Prevention. National suicide statistics. 2016. www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/statistics/index.html.
3. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
4. Ballard ED, Cwik M, Van Eck K, et al. Identification of at-risk youth by suicide screening in a pediatric emergency department. *Prev Sci*. 2017;18(2):174-182.
5. Gokalp G, Anil M, Bal A, Biciloglu Y, Kamit Can F, Anil AB. Factors affecting the decision to hospitalise children admitted to the emergency department due to non-fatal suicide attempts by pills. *Pak J Med Sci*. 2016;32(3):731-735.
6. Simpson JA. Improving nursing attitudes toward suicide prevention in the emergency department: the implementation of an adolescent suicide risk screening tool. *Evidence-Based Pract Project Rep*. 2017;102.
7. Price JH, Khubchandani J. Adolescent homicides, suicides, and the role of firearms: a narrative review. *Am J Health Educ*. 2017;48(2):67-79.
8. Kölvös K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(2):155-164.

9. Townsend MC. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Philadelphia, PA: FA. Davis Co.; 2015.

10. Braden JB, Edlund MJ, Sullivan MD. Suicide deaths with opioid poisoning in the United States: 1999-2014. *Am J Public Health*. 2017;107(3):421-426.

11. Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social media and suicide: a public health perspective. *Am J Public Health*. 2012;102(suppl 2):S195-S200.

12. Bowler L, Knobel C, Mattern E. From cyberbullying to well-being: a narrative-based participatory approach to values-oriented design for social media. *J Assoc Inform Sci Technol*. 2015;66(6):1274-1293.

13. Mitchell KJ, Wells M, Priebe G, Ybarra ML. Exposure to websites that encourage self-harm and suicide: prevalence rates and association with actual thoughts of self-harm and thoughts of suicide in the United States. *J Adolescence*. 2014;37(8):1335-1344.

14. Briggs S, Slater T, Bowley J. Practitioners' experiences of adolescent suicidal behavior in peer groups. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24(5):293-301.

15. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014;44(16):3361-3363.

16. Valente SM. Assessing patients for suicide risk. *Nursing*. 2010;40(5):36-40.

17. The Joint Commission. Special Report: Suicide Prevention in Health Care Settings. 2017. www.jointcommission.org/issues/article.aspx?Article=GtNpk0ErgGF%2B7J9WOTTkXANZSEPXa1%2BKH0/4kGHGcio%3D.

18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

19. Johnson ER, Weiler RM, Barnett TE, Pealer LN. Extreme weight-control behaviors and suicide risk among high school students. *J Sch Health*. 2016;86(4):281-287.

20. Ballard ED, Horowitz LM, Jobes DA, Wagner BM, Pao M, Teach SJ. Association of positive responses to suicide screening questions with hospital admission and repeated emergency department visits in children and adolescents. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(10):1070-1074.

21. National Institute of Mental Health. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) toolkit. 2017. www.nimh.nih.gov/news/science-news/asksuicide-screening-questions-asq.shtml.

22. Leistedt SJ, Linkowski P. Brain, networks, depression, and more. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(1):55-62.

23. Falcone T, Mishra L, Carlton E, et al. Suicidal behavior in adolescents with first-episode psychosis. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2010;4(1):34-40.

24. Videbeck S. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 6th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2017.

Santhiny Rajamohan es profesora titular en Roberts Wesleyan College en Rochester, Nueva York. En la State University of New York en Brockport, Patricia L. Sharkey es profesora emérita y Elizabeth Heavy es profesora titular de enfermería.

Las autoras y los editores han declarado no tener ningún conflicto de intereses potencial, económico o de otro tipo relacionado con este artículo.