

Psicoterapia multifamiliar para adolescentes en hospitalización parcial

Multifamily psychotherapy for teenagers in partial hospitalization

Esp. Edeltes Edelmira Cuenca Doimeadios¹ <https://orcid.org/0000-0002-6483-6160>

Esp. Damaris González Martínez¹ <https://orcid.org/0000-0002-9163-5022>

¹Hospital Pediátrico Provincial Docente Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: edeltes@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: la psicoterapia multifamiliar es un tratamiento psicológico en el cual un grupo de individuos, adolescentes y familias se reúne con profesionales calificados, para realizar acciones terapéuticas donde se unen aprendizaje social, saber popular y red de apoyo social.

Objetivo: desarrollar habilidades cognitivas y sociales en las familias para afrontar situaciones de la vida cotidiana.

Método: se realizó estudio cuasi experimental, con grupo familiar y modalidad de psicoterapia multifamiliar. El universo quedó constituido por los adolescentes del municipio de Holguín que acudieron a consulta de Psicología y/o Psiquiatría en la etapa septiembre 2015 a diciembre de 2018 y la muestra, por 340 adolescentes y sus familias, remitidos por especialistas de Psiquiatría infantil, con criterio de ingreso y con aceptación del tratamiento en igual período. Estos grupos fueron abiertos, heterogéneos, funcionaron una vez por semana e incluyeron adolescentes con problemas desde los propios de la etapa hasta trastornos mentales y del comportamiento y alteraciones en la dinámica familiar. Las variables estudiadas fueron: etapa de ingreso, edad, sexo, diagnósticos más frecuentes y evolución, para lo cual se realizó exploración documental, además de revisión bibliográfica y de H.C, dinámicas grupales y técnicas activas participativas en algunas sesiones. Los métodos estadísticos utilizados fueron: distribución de frecuencia y cálculos porcentuales.

Resultados: el tratamiento fue muy aceptado y los trastornos de mayor demanda fueron: conducta suicida, alteraciones del comportamiento, desarrollo anómalo de la personalidad y conducta adictiva en familias disfuncionales

Conclusiones: la terapia multifamiliar resultó efectiva y muy aceptada por los participantes.

Palabras clave: terapia multifamiliar, psicoterapia familiar, familia.

ABSTRACT

Introduction: multifamily psychotherapy is a psychological treatment in which a group of individuals, teenagers and families meet with qualified professionals to perform therapeutic actions where social learning, popular knowledge and social support networks come together.

Objective: develop cognitive and social skills in families to deal with situations of daily life.

Method: a quasi-experimental study was carried out with family group and multifamily psychotherapy modality. The universe consisted of the adolescents from Holguín municipality who attended a Psychology and/or Psychiatry consultation in the period from September 2015 to December 2018; and the sample was 340 adolescents and their families referred by child psychiatric specialists, with admission criteria and acceptance of the treatment, in the same period. These groups were open, heterogeneous, worked once a week, and included adolescents with problems ranging from those of the stage itself to mental and behavioral disorders, as well as alterations in family dynamics. The variables studied were: admission period, age, sex, most frequent diagnoses and evolution, for which document examination, as well as bibliographic and C.H. review, group dynamics and active participatory techniques in some sessions were carried out. The statistical methods used were: frequency distribution and percentage calculations.

Results: the treatment was widely accepted and the most common disorders in demand were: suicidal behavior, behavioral alterations, abnormal personality development and addictive behavior in dysfunctional families.

Conclusions: multifamily therapy was effective and very much accepted by the participants.

Keywords: multifamily therapy, family psychotherapy, family.

Recibido: 26/03/2019.

Aprobado: 08/11/2019.

Introducción

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.^(1,2)

Los comportamientos riesgosos son factores importantes en la aparición de enfermedades, sobre todo en la adolescencia, cuando existe autodescubrimiento de clarificación de la identidad; también —lógicamente— de construcción y maduración. Mientras ellos y ellas aprenden a manejar y a conducir sus diferentes posiciones, es muy posible que se enfrenten a choques, confrontaciones y cambios comportamentales desadaptados al medio.⁽³⁾

Los trastornos mentales infanto-juveniles, según las estadísticas mundiales más conservadoras plantean que del 30 al 40 % de todos los pacientes que acuden al médico de familia lo hacen por afecciones en el que existen manifestaciones psicopatológicas de diferente significación que requieren indispensablemente una atención psiquiátrica; otros investigadores plantean que solamente un 1/3 de la población puede considerarse libre de síntomas psíquicos.^(4,5)

En la búsqueda de cómo tratar la salud mental o los problemas mentales, se escribió en la historia el esbozo de lo que hoy denominamos relación interpersonal de ayuda en el ámbito médico, situación que alcanza su más desarrollada expresión en la psicoterapia, que en síntesis es una relación médico-paciente positiva, con recursos que actúan por la vía psicológica sobre una o más personas, a fin de restablecer o promover su adaptación creadora al medio.^(6- 8)

La psicoterapia es una modalidad de tratamiento psicológico en la cual un grupo de individuos (en nuestro caso, niños, adolescentes y padres) se reúnen con personal calificado (terapeutas y coterapeutas), y realizan acciones terapéuticas para mejorar las relaciones interpersonales de los pacientes, aliviar síntomas, modificar patrones de comportamientos alterados, propiciar el desarrollo positivo de la personalidad, reforzar logros para desarrollar autoestima positiva, desarrollar habilidades cognitivas de solución de problemas, expresar emociones sin inhibiciones, mejorar motivación por el aprendizaje, propósitos que, una vez alcanzados, se incrementan o restablecen, según el caso y la adaptación creadora del paciente a su medio.^(8,9)

Unido a esto se ha de lograr que los padres mejoren sus relaciones interpersonales, intrafamiliares y extrafamiliares, lo que les permite enfrentar los problemas propios y estar así en mejores condiciones para educar y favorecer el desarrollo a sus hijos.^(10,11)

Las enfermedades mentales infanto-juveniles para su mejoría necesitan de una atención sistemática especializada, que puede ir desde la hospitalización en unidades de intervención en crisis, en hospitales pediátricos, donde se garantiza una atención calificada a las urgencias psiquiátricas posibilitando acciones necesarias para mejorar los síntomas en el menor tiempo posible y posterior al egreso, el seguimiento en hospitalización parcial de día, servicio insertado en el hospital, donde el paciente recibe atención a través de la psicoterapia individual y la terapia multifamiliar para lograr finalmente la inserción social del paciente.

La terapia multifamiliar tiene logros importantes, pues permite pasar de la comprensión particular a la comprensión común, superando los prejuicios y simplismos culturales: buenos y malos, locos y cuerdos, listos y tontos, exitosos y fracasados. Estos grupos generan un contexto humano y social donde caben las personas y sus necesidades, en función de sus momentos vitales. A lo largo de las intervenciones se construye una historia común que llega a "contener" a todos los participantes y les permite integrarse en ella de algún modo, como protagonistas.

La terapia multifamiliar es un lugar de llegada, la estructura más poderosa para producir cambios de profundidad en los pacientes, difíciles de modificar con los recursos terapéuticos tradicionales.

Esta terapia incluye varios problemas de salud mental en las mismas coordenadas de espacio y tiempo, que les añade una dimensión institucional, comunitaria y social propia y específica.

La terapia familiar es un encuentro de familia donde se trabajan aspectos conductuales, emocionales, cognitivos y relacionales que atañen al ámbito familiar.

El modelo sistémico asume la familia tiene un profundo impacto en los resultados a largo plazo, amplitud y severidad de los problemas que los hijos y es donde se encuentran los recursos para resolver o aliviar el sufrimiento individual. Asimismo, el ambiente familiar puede ser entendido como un elemento importante para el éxito del tratamiento de un hijo.

La terapia multisistémica se basa en intervenciones cognitivas-conductuales y parte de la concepción de que los seres humanos tienen imágenes y pensamientos (cognición), afectos y sensaciones (afectividad), sobre una base somática (biológico) y conductual en contextos interpersonales (familia, escuela). Es una herramienta terapéutica integradora, con un enfoque cognitivo – conductual que involucra tratamientos psicosociales y psicoeducativos con una ambientación ecológica, dirigida a adolescentes, familiares y profesores.

Esta terapia promueve técnicas dirigida a mejorar la autoimagen negativa que tienen los menores, su autoestima, la depresión y ansiedad que los conlleva a la autodestrucción; se les ayuda a la resolución de problemas y al autocontrol frente a la impulsividad, al entrenamiento frente a la escasa responsabilidad, se modelan problemas relacionales y se les entrena en alternativas de su solución, se facilita la identificación de sentimientos y se les enseña a regular su expresión y lograr que se adapten mejor a la sociedad.^(10,11)

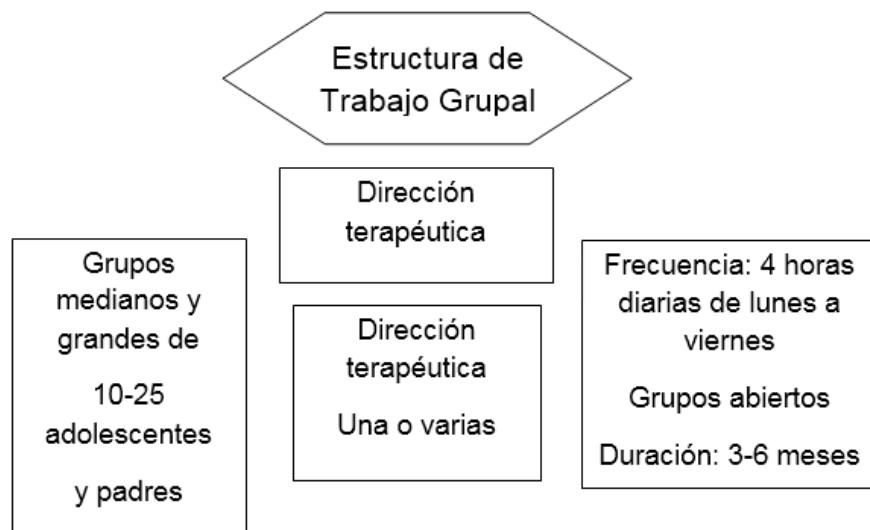


Fig. 1. Estructura del trabajo grupal en hospitalización parcial para adolescentes.

Cinco días de la semana se dedican a distintas actividades terapéuticas de las siguientes formas:

- Dos días a Grupo mixto de problemas relacionados con la adolescencia.
- Dos días a conductas adictivas.
- Un día a terapia individual y familiar.

Este tipo de modalidad psicoterapéutica requiere de tres etapas: inicial o de conocimiento mutuo adolescente-familia-equipo; segunda, de tratamiento propiamente dicho, y tercera, de evaluación y cierre o reapertura del contrato terapéutico, en casos necesarios. Se emplean diferentes técnicas de presentación, de animación, de análisis y de cierre en cada sesión de trabajo, cada uno de ellas con un tema y objetivo específicos, sugeridos por los participantes con anterioridad o que surgen espontáneamente en esa sesión, de acuerdo con la etapa en la que se encuentran los pacientes y el grupo, que logra que se pongan de manifiesto los diferentes mecanismos de acción: la universalización, la presión grupal, la catarsis y el altruismo, entre otros.

La experiencia de esta modalidad terapéutica, de más de 20 años de trabajo, la demanda creciente por los adolescentes de este tipo de tratamiento, por los problemas más frecuentes de salud mental en la provincia y los resultados obtenidos motivan al equipo terapéutico y usuarios a realizar tal investigación.

Objetivo general:

- Desarrollar habilidades cognitivas y sociales para afrontar situaciones de la vida cotidiana.

Objetivos específicos

1. Facilitar la eliminación o atenuación de la sintomatología.
2. Prevenir la presencia de nuevos síntomas.
3. Reforzar logros para desarrollar autoestima positiva.
4. Desarrollar habilidades relacionales.

Método

Se realiza investigación cuasiexperimental, mediante técnicas psicoterapéuticas, con modalidad de hospitalización parcial para adolescentes y los principales problemas de salud mental en la provincia:

- Trastornos neuróticos.
- Trastornos adaptativos
- Conducta suicida.
- Conducta adictiva.
- Crisis personales y/o familiares.

El universo quedó constituido por los adolescentes atendidos en todas las áreas de salud del municipio de Holguín en la etapa septiembre 2015 a diciembre de 2018 y la muestra por 340 adolescentes remitidos por los especialistas de Psiquiatría infantil y con criterio de ingreso, consentimiento informado y previo contrato terapéutico con adolescente y representante legal: madre, padre o tutor.

Las variables estudiadas fueron: etapa de ingreso, edad, sexo, diagnóstico y evolución.

Para la recolección de la información se realizó reconocimiento documental: revisión bibliográfica y de Historias Clínicas, estudios psicológicos y técnicas activas participativas utilizadas en las sesiones psicoterapéuticas.

La modalidad terapéutica más utilizada fue la cognitivo conductual y las técnicas empleadas en las sesiones psicoterapéuticas: lluvia de ideas, ejercicios de papeles múltiples, dramatización, video debate, técnicas de solución de problemas, el naufragio, inventario de problemas, la corbata en la espalda, el incidente, la heráldica, el árbol de la vida, comunicación a ciegas, el termómetro y PNI.

Los métodos estadísticos empleados fueron distribución de frecuencia y cálculos porcentuales.

-Criterios de inclusión:

Adolescentes de 12-18 años con problemas de salud o trastornos mentales ya referidos, incluyendo consumo de sustancias psicoactivas y riesgo suicida.

Con aceptación de contrato terapéutico y reglamento institucional.

Previo consentimiento informado a pacientes y tutor o tutora.

-Criterios de exclusión:

Adolescente menor de 12 años y mayor de 18 años.

Que no acepta contrato terapéutico y/o reglamento institucional. No aceptación de consentimiento informado por pacientes y/o tutor o tutora.

Resultados

Demandan mayor atención los adolescentes del sexo masculino, por trastornos de ansiedad en el 45,90 %, seguido de los adolescentes con conducta suicida en el 30,29% (tabla I).

Tabla I. Adolescentes ingresados en Hospital de Día, según grupos psicoterapéuticos

Grupos psicoterapéuticos	2015	2016	2017	2018	Total	%
Trastorno ansiedad	39	23	52	42	156	45,90
Conducta suicida	27	34	20	22	103	30,29
Conducta adictiva	28	10	12	31	81	23,82
Total de ingresos	94	67	84	95	340	100

Los grupos de edades que ingresan con mayor frecuencia por trastornos de ansiedad en Hospital de Día están comprendidos entre 14-15 años y 16-17 años, con el 36,62% y 29,48%, respectivamente (tabla II).

Tabla II. Distribución de adolescentes ingresados por trastornos de ansiedad, según grupos de edades

Grupo de edades (años)	2015	2016	2017	2018	Total	%
12-13	14	7	16	5	42	26,90
14-15	13	6	21	14	54	36,62
16-17	11	9	10	16	46	29,48
18	1	1	5	7	14	8,96
Total	39	23	52	42	156	100

El sexo masculino ingresó con mayor frecuencia por trastornos de ansiedad (tabla III).

Tabla III. Distribución de adolescentes ingresados por trastornos de ansiedad, según sexo

Sexo	2015	2016	2017	2018	T	%
Femenino	17	9	21	23	70	44,87
Masculino	22	14	31	19	86	55,12
Total	39	23	52	42	156	100

Fuente: Historias clínicas

Las féminas adolescentes demandan mayor atención por riesgo suicida en Hospitalización de Día (tabla IV).

Tabla IV. Distribución de los adolescentes con riesgo suicida, según sexo

Sexo	2015	2016	2017	2018	Total	%
Femenino	24	32	16	18	90	87,38
Masculino	3	2	4	4	13	12,62
Total	27	34	20	22	103	100

Los adolescentes masculinos acuden al servicio de Hospitalización de Día por conducta adictiva con mayor frecuencia (tabla V).

Tabla V. Adolescentes ingresados por conductas adictivas, según sexo

Sexo	2015	2016	2017	2018	Total	%
Femenino	7	4	13	14	38	38,38%
Masculino	21	6	7	27	61	61,62%
Total	28	10	20	41	99	100

Discusión

Durante cuatro años, de enero 2015 hasta diciembre 2018, en el Hospital de Día de Adolescentes del Hospital Pediátrico Provincial de Holguín se atendieron 340 pacientes y los tres problemas de salud que demandaron mayor atención fueron trastornos de ansiedad, riesgo suicida y consumo de sustancias psicoactivas, según se muestra en la (tabla I).

Por trastorno de ansiedad se ingresaron 156 pacientes, que representaron el 45,90% del total de ingreso y los factores precipitantes más frecuentes: inadaptación a situaciones de la vida cotidiana, fundamentalmente relacionadas con factores de riesgo consigo mismo, con la familia, con parientes, con la escuela o con la sexualidad, mientras por conducta suicida ingresaron 103 adolescentes, que representaron el 30,29%, lo que mostró para ambos problemas de salud los mismos factores precipitantes y de riesgo y con una demanda de ingreso con similar frecuencia.

Los casos de ingresos por consumo de sustancias psicoactivas representaron solo el 23,82% del total, con factores de riesgo similares al resto de los problemas, pero diferentes vías de entrada a las sustancias y no todos los adolescentes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas fueron atendidos con la modalidad de ingreso parcial, pues muchos prefirieron la psicoterapia individual y familiar, aunque con gran frecuencia abandonaron el tratamiento.

Debemos señalar que los trastornos de ansiedad tuvieron un comportamiento similar en la demanda de ingresos en los 4 años, mientras la conducta adictiva se redujo notablemente en 2016 y 2017 en relación con 2015. Influyen en este comportamiento factores como la no aceptación del ingreso para deshabituación dentro del recinto hospitalario, ya que existió demanda en el servicio de Unidad de Intervención en Crisis (UIC), donde llegan los casos de urgencias por intoxicación aguda o por traslados desde otros servicios pediátricos. En el 2018 se incrementan los ingresos, nuevamente asociado al aumento de la morbilidad de esta conducta.

Estos trastornos mentales y/o del comportamiento muchas veces comienzan desde temprana infancia y entre los 13-14 años terminan de estructurarse, pero de no tratarse adecuadamente serán los pacientes con trastornos mentales crónicos del adulto joven y de etapas posteriores.^(13,14)

En la (tabla II), se muestra el comportamiento de los adolescentes ingresados por trastornos de ansiedad en Hospital de Día en el periodo estudiado, distribuidos según grupos de edades, con un comportamiento similar en los tres primeros grupo de 12-13 años, de 14-15 años y de 15-16, que se corresponden con casi toda la segunda década de la vida, la adolescencia, desde el inicio del nivel de Secundaria Básica hasta terminar el Preuniversitario, lo que coincide con literatura revisada, que considera la etapa de la adolescencia como un factor de riesgo para los problemas de salud estudiados, ya que en este periodo de la vida aparecen grandes problemas y retos que enfrentar hasta lograr la inserción plena en la vida social con mayor responsabilidad, cuando luchan por la independencia hasta llegar a la emancipación de la familia para lo que muchas veces tiene que enfrentarse a conducta de riesgo y obstáculos que tienen que vencer, para lo que tanto el adolescente o la familia se encuentran preparados.⁽¹⁻³⁾

Las autoras consideran que, a pesar de las influencias familiares y educacionales desde etapas tempranas de la vida, aun es necesario desarrollar acciones de promoción y prevención de salud desde el escenario escolar, *dirigidas al desarrollo de habilidades cognitivas y sociales que preparen al adolescente para enfrentar los retos que la sociedad impone, basados en la competencia social y personal.*

Al distribuir los adolescentes con trastornos de ansiedad, según sexo, en la (tabla III) existió mayor atención por dicho trastorno en el sexo masculino, pues de 156 adolescentes ingresados, el 55,12% se correspondió con el sexo masculino, mientras el sexo femenino quedó representado solo por el 44,87 % del total de los ingresos.

En correspondencia con bibliografía revisada,⁽⁵⁻⁸⁾ las autoras consideran de vital importancia que tanto los padres como los profesores deben de estar preparados no solo para instruir, sino para el desarrollo de habilidades cognitivas y competencias sociales desde etapas anteriores a la adolescencia y el escenario escolar en el nivel de la enseñanza media: secundaria básica, enseñanza politécnica y preuniversitario deben jugar un papel primordial, donde el adolescente se convierta en protagonista de las acciones de promoción y prevención de salud, esto es, promotores pares y donde la escuela pueda identificar necesidades sentidas en estudiantes, profesores y personal de apoyo, mediante uso de técnicas novedosas y atractivas que a la vez utilizaría para el desarrollo de su plan de acción y/o estrategias colectivas e individuales en su colectivo.

En la tabla IV, se describe el comportamiento de los adolescentes ingresados por riesgo suicida, con franco predominio del sexo femenino, con 90, para el 87,38%, lo que coincide con bibliografía revisada. Para todas las edades en la adolescencia, al igual que el método fundamental utilizado para realizar el intento, es la ingestión de tabletas.^(2,3,4)

El consumo de sustancias psicoactivas no es un problema grave de salud en nuestro país, gracias al control desde el triunfo revolucionario, pero somos parte del mundo y estamos expuestos a los mismos riesgos del postmodernismo, con la forma de vida hedónica, que nos llega a través de los canales de la comunicación, el desarrollo tecnológico, el turismo y la apertura al comercio, por lo que ya desde comienzo de este siglo XXI se comienzan a ver algunas manifestaciones de conducta adictivas. En 2002, en el primer semestre, se atendieron en el centro infanto juvenil 20 adolescentes por alguna forma de consumo, entre ellos enfermos, de ellos rehabilitados algunos y son hasta profesionales de prestigio.

Siempre ha predominado en nuestra cultura el sexo masculino, como se observa en la tabla V y en bibliografía revisada,^(13,14) pero ya existe cierta tendencia a que el sexo femenino sea acompañante, aunque no prevalezca en esta investigación.

La sustancia consumida como droga portera es el alcohol, seguidas de drogas como la marihuana, medicamentos y uso de plantas, como el clarín, campana o chamico, pero cada día pueden aparecer nuevas sustancias, por lo que todos debemos estar alerta.

Conclusiones

La hospitalización parcial para adolescentes donde se realice terapia multifamiliar es una modalidad de atención de gran necesidad y demanda por este grupo poblacional y sus familiares. Los adolescentes demandaron mayor atención por trastornos de ansiedad y conducta adictiva, mientras las adolescentes lo hicieron por riesgo suicida.

Referencias Bibliográficas

1. Sott Net. Informe sobre suicidios: cifras, causas y países que más lo padecen. Estados Unidos: Sott Net; 10/09/2012[citado 03/10/2019]. Disponible en: <http://es.sott.net/article/16180-Informe-sobre-suicidios-cifras-causas-y-paises-que-mas-lo-padecen>

2. Cortés Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr . 2014 [citado 05/10/ 2019]; 30(1): 132-139. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000100013&lng=es
3. OMS. Preventing suicide:A global imperative. Geneva: OMS; 2014[citado 05/10/2019]]Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=D10CB2BE9F9FE2296243935395F217A0?sequence=1
4. Cuenca Doimeadios E, Roselló López M, Ricardo Díaz N, Fernández Carballo L M, Ávila Pujol .Caracterización clínico epidemiológica de la conducta suicida en adolescentes en la provincia Holguín, 1996-2014. CCM. 2016 [citado 03/10/2019] ;20(3): 490-503. Disponible en:
<http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2271>
5. WHO. Disease burden and mortality estimates. Geneva: WHO; 2018[citado 03/10/2019] Disponible en:
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index1.html
6. OMS. Plan Global de Acción de Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013[citado 03/10/2019].Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=32341A694C7C15C27CCFE3D1C1C14D5D?sequence=1
7. Louro Bernal IL. Visión panorámica de los determinantes sociales de la salud. Rev Salud Vida. 2013 [citado 23 /10/2019]; 3(1). Disponible en: <http://www.saludvida.sld.cu/articulo-dossier/2013/11/06/vision-panoramica-de-los-determinantes-sociales-de-la-salud>
8. Kliegman RM. Crecimiento, desarrollo y conducta. En: Nelson. Tratado de Pediatría. 19^{na} ed. Amsterdam: Elsevier; 2013.p 28-33.

9. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Rev Psicol Clín Niños Adolesc. 2016 [citado 23/10/ 2019]; 3(1):9-18. Disponible en:
https://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
10. Castellano Barca G, Coto Hermosilla C, Silber Tj, Curí Hallal R, Domínguez García L. et al. Adoleca. 2013.Temas escogidos. La Habana: MINSAP; 2013.Disponible en:
<https://docplayer.es/15541414-Adoleca-2013-temas-escogidos.html>
11. OPS. La OPS/OMS llaman a que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes para evitar muertes y mejorar su salud. Washington, D.C.EUA: OPS;14/05/2014[citado 04/09/2019].Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9579:2014-pahowho-adolescents-health-prevent-deaths-improvehealth&Itemid=1926&lang=es
12. Alfonso Libertad M, Reyes Díaz Z. Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia: Un enfoque integral de promoción de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003 [citado 02 /10/2019]; 29(2): 183-187. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200014&lng=es
13. López Sánchez F. Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. Rev Forma Continua Socie Española Med Adolesc. 2015 [citado 15/01/ 2019];3(2):9-17. Disponible en. https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_9-17_Adolescencia.pdf
14. Bautista Bautista NE, Cuello Royert C, Lopera Isaza R. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Minsalud. 2017 [citado 15/01/ 2019];2:1-25. Disponible en.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional](#).