

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA



**UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA**

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

SUICIDE RISK FACTORS IN ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW.

AUTOR

D.^a María del Rocío Salado Noriega.

DIRECTOR

Prof.^a Agustín Javier Simonelli Muñoz.



Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad de Almería

Curso Académico

2020/2021

Convocatoria

Mayo

RESUMEN

El suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años. En España es la primera causa de muerte no natural, siendo Andalucía una de las comunidades con mayor prevalencia. Está causado por distintos factores de riesgo que se pueden englobar en cuatro grupos: sociales, familiares, biológicos y psicológicos. Los más relevantes son los intentos previos de suicidio y los factores psicológicos. La adolescencia es el periodo de edad que transcurre entre los 10 y los 19 años, en el que se produce el cambio y la maduración hacia la edad adulta.

El objetivo de esta investigación ha sido estudiar los factores de riesgo de suicidio en los adolescentes. Para ello se efectuó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, MEDLINE EBESCO, CINAHL y BIBLIOTECA COCHRANE PLUS desde 2015 hasta 2020. Se escogieron los artículos que hablaban del suicidio, los factores de riesgo y cuya población era adolescente.

Se obtuvieron catorce estudios primarios que abordaban los diferentes factores de riesgo de suicidio. Los factores más predominantes y con mayor riesgo de suicidio son los intentos autolíticos previos, seguido de la depresión y el acoso escolar. Las mujeres tienen más riesgo de intentos de suicidios, mientras que los hombres son los que más se suicidan. Otro grupo de riesgo importante son las minorías sexuales LGTBI, principalmente los jóvenes transgéneros, en los que el riesgo de suicidio es cinco veces mayor que en los jóvenes homosexuales.

Como conclusión, se ha comprobado que el suicidio en los adolescentes está producido por unos desencadenantes primarios similares entre sí, por lo que sería imprescindible trabajar desde el ámbito escolar y sanitario para dotar a los jóvenes de herramientas con las que saber gestionar sus emociones y concienciar a la sociedad de la importancia en la prevención del suicidio.

PALABRAS CLAVE:

Adolescentes, factores de riesgo, intento de suicidio y suicidio.

ABSTRACT

Suicide is the second leading cause of death among 15- to 24-year-olds. In Spain, it is the first cause of unnatural death, Andalusia being one of the communities with the highest prevalence. It is caused by different risk factors that can be grouped into four groups: social, family, biological and psychological. The most relevant are previous suicide attempts and psychological factors. Adolescence is the period between the ages of 10 and 19 in which the change and maturation towards adulthood occurs.

The objective of this research has been to study suicide risk factors in adolescents. For this, a search was made in the databases Pubmed, MEDLINE EBESCO, CINAHL and BIBLIOTECA COCHRANE PLUS from 2015 to 2020. Articles talked about suicide, risk factors and the population of which were adolescents were chosen.

Fourteen primary studies were obtained addressing the different risk factors of suicide. The most prevalent factors with the highest risk of suicide are previous autolitic attempts, followed by depression and bullying. Women are most at risk of suicide attempts, while men are the most likely to commit suicide. Another major risk group are LGBTI sexual minorities, mainly youth transgender, where the risk of suicide is five times higher than in gay youth.

In conclusion, it has been found that suicide in adolescents is caused by similar primary triggers, therefore it would be essential to work from the school and health environment to provide young people with tools with which to manage their emotions and raise awareness in society of the importance of suicide prevention.

KEYWORDS:

Adolescent, attempted suicide, risk factor and suicide.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Qué es el suicidio.....	1
1.2 Qué es la adolescencia.....	3
1.3 Importancia de la prevención de las conductas de riesgo de suicidio en la población adolescente.....	4
1.4 Papel de la Enfermería en los adolescentes con riesgo de suicidio.....	5
1.5 Objetivo.....	6
2. METODOLOGÍA.....	7
2.1 Diseño.....	7
2.2 Pregunta de investigación.....	7
2.3 Bases de datos.....	7
2.4 Estrategia de búsqueda.....	7
2.5 Criterios de selección.....	8
2.6 Flujograma.....	8
3. RESULTADOS.....	10
3.1 Características de los estudios.....	10
3.2 Análisis bibliométrico.....	10
3.3 Análisis de calidad.....	11
4. DISCUSIÓN.....	23
4.1 Limitaciones de los estudios.....	25
4.2 Futuras líneas de investigación.....	25
5. CONCLUSIONES.....	27
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
ANEXO 1: PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe.....	33

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Qué es el suicidio.

Según la RAE, La palabra suicidio “proviene del latín suicidium, que está compuesto por las raíces sui de “sí mismo” y cidium “-cidio”, lo que puede traducirse por acción y efecto de suicidarse” (RAE, 2021).

El suicidio da lugar a casi 800.000 muertes cada año en el mundo. Puede ocurrir a cualquier edad y por distintos factores. El factor de riesgo más destacado a nivel mundial es haber tenido un intento de suicidio previo y los métodos empleados por estos más comunes son: ahorcamiento, herida mortal por arma de fuego y el consumo intencionado de venenos. Estas cifras así dichas puede que no llamen la atención, pero se traduce en una muerte cada cuarenta segundos. El suicidio afecta a todos los países, pero aquellos que tienen ingresos medios o bajos acumulan el 79% del total anual mundial (OMS., 2021).

Cuando nos centramos en la población adolescentes, entre 15 y 29 años, supone la segunda causa de muerte en todo el mundo (OMS., 2021).

Hay que tener en cuenta que se habla de un grupo de edad muy crítico en el que pueden realizar este acto de forma consciente y deliberada o como forma de llamar la atención y que el resultado sea fatídico. Por eso, es interesante distinguir tres conceptos según la intencionalidad con la que se realiza el acto de suicidio. El intento suicida se produce cuando la persona tiene la intención de acabar con su vida, pero no lo consigue ya que logra salvarse. En estos casos los sentimientos de soledad son los más frecuentes y se produce por un acto de impulsividad. En la autolesión no suicida no hay intención de suicidio, sino que ha sido provocado para llamar la atención debido a que se encuentra bajo un estado emocional inestable, como la ira extrema, pero no busca la muerte, aunque es consciente de que le va a causar graves daños. Y el suicidio, referido al acto que se realiza deliberadamente para causar la propia muerte. (Jans et al., 2018).

En muchos países el suicidio es ilegal y no se cuantifican las muertes como tal por la estigmatización que les provoca a sus familiares, lo que da lugar a que la notificación de estas muertes no sea la correcta. Hoy en día, solo 80 países Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuentan con un registro, real que se pueden utilizar para

calcular las tasas de defunción por suicidio. Es necesario superar la barrera de la estigmatización y crear medidas de prevención para ayudar a las personas en riesgo de suicidio y con ello reducir el número de fallecimientos. De todos los países miembros de la OMS, solo 38 poseen una estrategia nacional de prevención del suicidio (OMS., 2021).

En Europa, fallecen más de 150.000 personas al año por esta causa, siendo la principal causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 24 años en algunos países. Se puede afirmar que el 20% de la población europea han tenido deseos de muerte; el 9% ideas suicidas; un 2% ha trazado un plan suicida; y un 3% lo han intentado (Moreno, 2020).

La tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes varía de una región a otra dentro de Europa, encontrándose las tasas más altas de suicidio en los países de Europa del Este (Jans et al., 2018).

En España el suicidio es la primera causa de muerte externa. En el año 2018 fallecieron 3.539 personas, datos que se pueden comprobar en la página del INE y la tasa de suicidio fue de 7,9/100.000 habitantes. Entre los adolescentes y los adultos jóvenes, comprendidos entre los 15 y los 29 años, se produjeron 268 muertes. Las comunidades autónomas con más casos de autólisis son: Andalucía, Cataluña, Valencia Madrid y Galicia. Pero si se ve la tasa por cada 100.000 habitantes las comunidades con mayor tasa son: Asturias, Galicia, Aragón y Canarias (Papageno, 2018).

El porcentaje de adolescentes españoles que tiene ideación de suicida al año oscila en torno al 30% y los que los intentan suponen el 4% de ésta. Las mujeres tienen mayor porcentaje de intentos de suicidio, mientras que los hombres mayores tasas de suicidio consumado (Fonseca & Pérez, 2020).

Como se ha comentado, Andalucía es la Comunidad Autónoma donde se produce el mayor número de muertes por suicidio, dando lugar a 653 muertes, con una tasa de suicidio de 7,79/100.000 por el cuál ocupó el octavo lugar entre todas las comunidades autónomas (Papageno, 2018).

Para la provincia de Almería se tiene la tasa de suicidio del año 2017, que era de 6,42/100.000 habitantes. Si se desglosa por sexo se ve que es mayor en los hombres 9,03/100.000 que en las mujeres 3,75/100.00. Dichos datos se pueden consultar en el Instituto de Estadística y Cartografía de la Junta de Andalucía (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, 2020).

El suicidio es un grave problema de salud pública por lo que hay que llevar a cabo medidas para prevenir las conductas suicidas a nivel local y social del entorno más cercano a las personas y también medidas políticas que implique a todos los países para reducir las muertes que se producen anualmente (OMS., 2021).

1.2 Qué es la adolescencia.

Adolescente procede del latín *adolescens* “joven” y *adolescere* “crecer” (Hernández, 2011).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” (OMS., 2021).

La adolescencia se divide en dos etapas, adolescencia temprana (10-14 años) y adolescencia tardía (15-19 años). La adolescencia temprana se caracteriza por el comienzo de los cambios puberales y los cambios en la conducta. La principal característica de la adolescencia tardía es la maduración y mayor responsabilidad que se va creando como adulto joven (Pineda & Aliño, 1999).

La adolescencia tiene unas características generales que la distingue de otras fases del crecimiento:

1) se produce durante este tiempo el estirón puberal; 2) mayor crecimiento de la musculatura y fortalecimiento de ésta y crecimiento de los pulmones y el corazón; 3) incoordinación entre la maduración del sistema endocrino y el crecimiento del sistema musculoesquelético que puede dar lugar a trastornos emocionales y torpeza motora de forma pasajera; 4) desarrollo de los órganos sexuales secundarios; 5) necesidad de respuestas para lo cual utilizan el propio conocimiento ampliando horizontes, estados de ánimos con continuos vaivenes y necesidad de un espacio y tiempo para ellos mismos (Pineda & Aliño, 1999).

En el año 2016 el número de adolescentes (15-19 años) en España era de 2.183.869, siendo mayor el número de hombres que el de mujeres; mientras que en Andalucía era de 434.358. Almería contaba con una población joven de 36.885 habitantes entre 15-19 años (Observatorio de la juventud en España., 2017).

Para la OMS, “*un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión*” (OMS., 2021).

Durante la adolescencia los jóvenes son más susceptibles a desarrollar pensamientos y actos suicidas motivados por distintos factores de riesgo que se dividen en factores sociales, familiares, psicológicos y biológicos. Entre los factores sociales los más comunes son el ciberbullying, vivir el suicidio de un ser querido, que el adolescente se sienta aislado, sufrir acoso escolar o abusar del alcohol o las drogas. Cuando el apego familiar es inexistente y la confianza con los padres es nula da lugar a un sentimiento de soledad que es otro factor de riesgo, en este caso familiar. Al igual que lo es no tener familia o vivir un divorcio. Los principales factores psicológicos son los intentos previos de suicidio, ansiedad, depresión, baja autoestima, estar sometido a altos índices de estrés y tener cambios bruscos del estado del ánimo o alteraciones del sueño. De los factores biológicos destacan los trastornos psiquiátricos y las enfermedades crónicas (Cuesta, 2017; Hernández & Villarreal, 2015; Shain, 2016).

1.3 Importancia de la prevención de las conductas de riesgo de suicidio en la población adolescente.

Dado que el suicidio es la primera causa de muerte no natural entre la población adolescente, es imprescindible establecer una serie de medidas para detectar los primeros signos de alarma que puedan conducir a los adolescentes a intentos de suicidio para así poder ayudarlos y prevenir este desenlace (Dumon & Portzky, 2013).

A nivel escolar es dónde se producen uno de los factores de riesgo más importante, como lo es el absentismo escolar o el bullying (entre otros), por eso los profesores y psicólogos escolares se deberían formar para detectar los primeros indicios de acoso escolar entre los alumnos para así poder frenar a tiempo este acto. Por otro lado, los orientadores tendrían otro papel importante, que sería informar a los padres en el caso de que detecte que algún adolescente pueda padecer cierto tipo de enfermedad mental, como ansiedad o depresión, para que pueda poner a su hijo en manos de especialistas para evitar que llegue a ser un factor desencadenante de conducta suicida (Dumon & Portzky, 2013).

Para todo esto se crean las guías de prevención de riesgo de suicidio, que sirven como apoyo para los profesionales del ámbito escolar con el fin de que sepan identificar los signos de alarma y cómo actuar. Un ejemplo de estas guías es: Guía de recursos de intervención en la prevención de suicidio en entornos escolares (Dumon & Portzky, 2013).

Algunos de los programas que cuentan con evidencia científica sobre la actuación en algún factor de riesgo de suicidio son:

- “*Surviving the Teens*”. Fomenta la búsqueda de ayuda y las aptitudes positivas. Se lleva a cabo en el Cincinnati Children’s Hospital (Bustamante & Florenzano, 2013).
- “*Adolescents Depression Awareness Program*” (ADAP). Es un programa que se implanta en los colegios cuyo fin es enseñar a los alumnos, padres y profesores cómo qué es la depresión (Bustamante & Florenzano, 2013).
- “*Sings of Suicide*” (S.O.S). Este programa prepara a los alumnos para que sean capaces de detectar en ellos mismo, o en sus compañeros, los signos inminentes de suicidio y saber cómo actuar. También se realiza un screening para averiguar si algún alumno está en riesgo para ponerlo en contacto con los servicios de salud mental (Bustamante & Florenzano, 2013).
- “*Care, Assess, Respond, Empower*” (CARE). Este programa consiste en crear una red entre alumnos, profesores y sus familias, donde los alumnos que, a través del screening, tienen más riesgo de suicidio son atendidos por esta red. Con este programa los factores de riesgo de suicidio disminuyeron un 25% en un 85% de los adolescentes que participaron (Bustamante & Florenzano, 2013).

1.4 Papel de la Enfermería en los adolescentes con riesgo de suicidio.

El suicidio, o el riesgo de suicidio, puede ser atendido en tres ámbitos sanitarios: atención primaria, urgencias y atención especializada (en la unidad de salud mental). Es fundamental realizar una adecuada evaluación del riesgo de suicidio, sobre todo tras un primer intento. Las principales herramientas son la entrevista clínica y las escalas de evaluación (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020).

Para llevar a cabo una adecuada entrevista clínica es fundamental crear un clima de confianza y que la persona no se sienta juzgada, así se podrán realizar preguntas abiertas mediante las cuáles conoceremos los factores que le han conducido a tomar esa decisión, los recursos con los que cuenta para quitarse la vida y también si tiene factores protectores (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020).

Las escalas de evaluación se utilizan como complemento para el juicio clínico y a la entrevista clínica. Algunas de las escalas más utilizadas son: la Escala de ideación suicida, que se utiliza dentro de la entrevista y valora el nivel de gravedad de los pensamientos

suicida en el momento actual o en el pasado; la Escala de intencionalidad suicida, indica la gravedad del intento de suicidio y se emplea tras el intento de suicidio; la Escala SAD PERSONS es útil en atención primaria; y la Escala IS PATH WARM que evalúa los signos de riesgo de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020).

La labor de los médicos y enfermeros de atención primaria es esencial a la hora de realizar un diagnóstico precoz de los primeros signos y síntomas de los trastornos mentales, ya que son unas de las principales causas de riesgo de suicidio en los adolescentes. Es imprescindible no quebrar la confianza que depositan tras contar sus sentimientos, decirles las vías a seguir y concretar nuevas citas de evaluación (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020).

En el ámbito de Urgencias, es necesario atender a los jóvenes que han intentado suicidarse o que tienen riesgo de suicidio en un periodo menor de una hora si no corre peligro su vida, ya que es importante que estén en un ambiente tranquilo y vigilado por los sanitarios. Para este entorno contamos con el Cuestionario de Riesgo de Suicidio (RSQ) para detectar el riesgo de suicidio en niños y adolescentes por parte del personal no especializado (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020).

La atención por los especialistas en Salud Mental se puede llevar a cabo en el mismo servicio de Urgencias o en Consultas Externas. Las terapias llevadas a cabo son: Terapia cognitivo-conductual, Terapia dialéctico-conductual, MACT (Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy), y la Terapia de resolución de problemas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2020).

1.5 Objetivo.

El objetivo de esta revisión es evidenciar los factores de riesgo de suicidio en los adolescentes.

2. METODOLOGÍA.

2.1 Diseño.

Se realizó una revisión sistemática de los últimos cinco años sobre los factores de riesgo que llevan a los adolescentes al suicidio.

2.2 Pregunta de investigación.

Se usó una pregunta PIO para resolver la siguiente pregunta de investigación: “Determinar los factores de riesgo principales de suicidio en los adolescentes”

Tabla 1. Pregunta de investigación PIO. Fuente de elaboración propia

P (Pacientes)	Adolescentes
I (Intervención)	Factores de riesgo.
O (Resultados)	Suicidio.

2.3 Bases de datos.

Para la búsqueda bibliográfica se hizo uso de las bases de datos PUBMED, MEDLINE EBSCO, BIBLIOTECA COCHRANE PLUS Y CINHAL.

Se hallaron un total de 13.695 artículos distribuidos de la siguiente forma entre las distintas bases de datos: en Pubmed se encontraron 5.318 artículos, en Medline Ebsco 6.714, en la Biblioteca Cochrane Plus 167 y, por último, en Cinhal 1.501.

2.4 Estrategia de búsqueda.

En todas las bases de datos donde se realizó la búsqueda fue de forma avanzada.

En PubMed se aplicó la siguiente estrategia de búsqueda, para la cual se empleó: tanto lenguaje natural (Suicide, Risk factor's y teenagers) como lenguaje estructurado (“términos Mesh” Suicide, Suicide completed, Adolescent y Risk factors). Los operadores booleanos que se usaron fueron: AND y OR. Con todo esto se llegó a la siguiente búsqueda estructurada: (((suicide [Title/Abstract]) OR (Suicide[MeSH Terms])) OR (Suicide, Completed[MeSH Terms])) AND ((risk factor's[Title/Abstract]) OR (Risk Factors[MeSH Terms])) AND ((teenagers[Title/Abstract]) OR (Adolescent[MeSH Terms])). En MEDLINE EBSCO Y en CINHAL se han utilizado los operadores booleanos AND y OR y las palabras clave (“suicide”, “adolescent or

teenagers” y “risk factors or contributing factors or predisposing factors”) formulando así, en ambas, la herramienta de búsqueda: (suicide AND (adolescents or teenagers) AND (risk factors or contributing factors or predisposing factors)). Para la BIBLIOTECA COCHRANE PLUS se emplearon las palabras clave “Suicide”, “Adolescent”, y “Risk-factors” y el operador booleano AND, donde se creó el siguiente método de rastreo: (suicide AND (adolescent) AND (risk-factors)).

2.5 Criterios de selección.

Para todas las bases de datos se ha utilizado el mismo criterio de inclusión a la hora de seleccionar los textos, que ha sido el siguiente: publicación de los estudios en los últimos cinco años (2015-2020), artículos con enlace a textos completos y cuyo idioma fuera inglés o español. Se ha tenido en cuenta que los textos explicaran los factores de riesgo de suicidio en la población adolescente, aunque hiciera distinciones entre suicidio completado, riesgo de suicidio o intento suicida.

Han sido excluidos todos los textos cuya población era menor de 10 años o mayor de 20 años, donde el tema a tratar no era relevante para esta revisión y también aquellos en cuyo tema no se nombraba los factores de riesgo de suicidio sino de autolesiones o daño autoinfligido donde el fin no era el suicidio.

Los textos se seleccionaron en tres fases: Primero mediante la selección de los títulos relevantes, después tras el análisis del resumen y, por último, la lectura del texto completo.

2.6 Flujograma.

Tras la aplicación de los filtros nombrados anteriormente, se redujo el número de artículos a 1.089. En Pubmen hubo 559 artículos, en Medline 332, en la Biblioteca Cochrane 67 y en Cinhal 131 artículos. En esta búsqueda, 374 artículos fueron eliminados al estar repetidos entre las distintas bases de datos. En Medline se localizó 308 artículos, en Cochrane 51 y en Cinhal 15 artículos repetidos.

Tras esto el número de texto disminuyó a 715 y de ellos se eliminaron 651 por no tener relevancia con el tema a tratar. En la base de datos Pubmed se excluyeron 434, en Medline 110, en Cochrane 14 y en Cinhal 12, dejando 64 textos disponibles y que trataban sobre el tema a trabajar. De ellos, 51 fueron en Pubmen, 9 en Medline, 4 en Cinhal y no se obtuvo resultados en la base de datos Cochrane.

Finalmente, tras el cribado en tres fases explicado con anterioridad, se consiguió 14 textos. En Pubmed encontramos 11, y de ellos 5 fueron revisiones sistemáticas, en Medline un texto y en la base de datos Cinhal 2 textos. Todo esto queda reflejado en la Ilustración 1 (Moher et al., 2009).

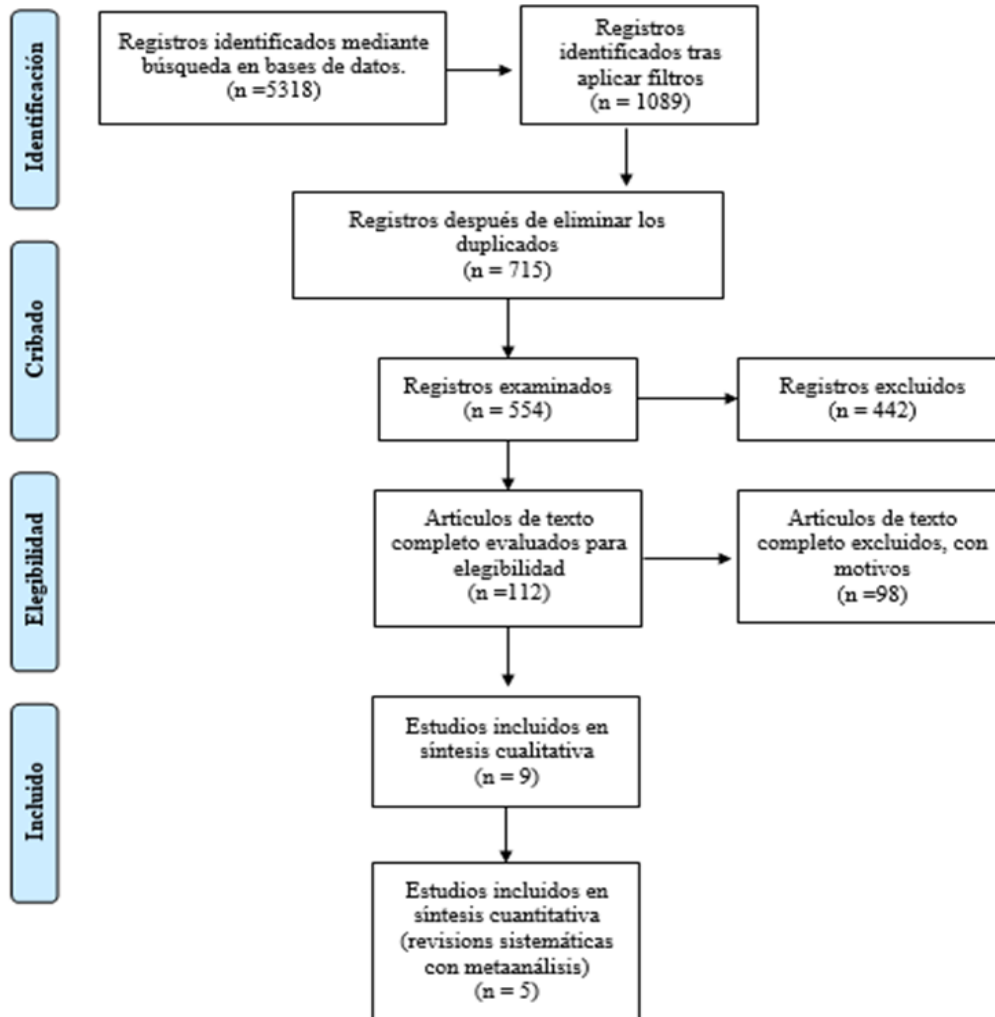


Ilustración 1. Flujograma de selección de artículos. Fuente de elaboración PRSIMA.

3. RESULTADOS.

3.1 Características de los estudios.

Finalmente se han incluido en la revisión 14 artículos. Las características de los artículos, junto con las escalas y los principales resultados se muestran en la Tabla 2.

Con respecto al tipo de diseño, los artículos de Di Giacomo et al. (2018); Epstein et al. (2019) y Miranda et al. (2019) eran revisiones sistemáticas y metanálisis. El texto de Carballo et al. (2020) era una revisión sistemática y el de Molina & Tomás (2017) una revisión de la literatura. De los restantes nueve artículos, Liu et al. (2019) era un estudio longitudinal en curso, donde se obtuvieron los resultados de la primera ola de los cuestionarios. El resto de ellos se trataban de estudios transversales, por lo que los datos se recogieron en una sola ocasión.

En todos los estudios se medía los factores de riesgo de suicidio entre la población adolescente. Los factores de riesgo de suicidio estudiados por bloques son: género como factor de riesgo de conducta suicida, acontecimientos vitales negativos individuales y adversidad familiar, psiquiátrico y psicológico, factores personales y de la comunidad.

Todos los artículos utilizaban como muestra a adolescentes entre 10 y 19 años, excepto el artículo de Miranda et al. (2019) que trabajaba con adolescentes y adultos jóvenes, es decir, con una franja de edad de entre los 12 a los 26 años. Hubo cierta homogeneidad relacionada al género entre la muestra de todos los estudios. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 2.

Con lo que respecta al tamaño de la muestra ha habido una gran diferencia entre todos los artículos, desde el artículo de Sandoval et al. (2018) con una muestra de 296 hasta el de Moses (2018) con 13.362 sujetos. Por lo tanto, hay que tener en cuenta estas diferencias a la hora de la interpretación de los datos.

Los estudios se han llevado a cabo en distintos países de todo el mundo, con lo que se obtiene una muestra significativa a nivel mundial.

3.2 Análisis bibliométrico.

Según el objetivo del estudio, podemos clasificar los resultados obtenidos en factores psicológicos, sociales y personales y acoso escolar.

Dentro de los factores personales se encuentra el texto de Carballo et al. (2020) que habla sobre cómo afecta el temperamento y el carácter de los adolescentes en la ideación suicida. Este rasgo sólo se detalla en este documento, pero merece la pena destacarlo. Otro dato para tener en cuenta fue el estudio de Moses (2018) que mostraba cómo padecer una o más discapacidades aumentaba el riesgo de suicidio en un 54%.

Se ha comprobado que los factores psicológicos que más influyen en el riesgo de suicidio son la depresión y la anorexia, seguido de otras patologías mentales como la ansiedad o el estrés postraumático (Lian et al, 2017; Molina & Tomás, 2017; Carballo et al., 2020).

El acoso escolar y el ciberacoso se ha convertido en un problema para la gran mayoría de los adolescentes. Así se ve en los artículos de Hinduja & Patchin (2019); Sandoval et al. (2018) y Soares et al. (2020). Si a esto se le une el absentismo escolar, el riesgo de suicidio aumenta aún más (Epstein et al., 2019). Pero también se puede dar el caso contrario, que no se falte a clase pero que la violencia sufrida culmine en ideaciones suicidas por parte de los dolientes (Meneses et al., 2020).

Dentro de los factores sociales destaca el rechazo que sufren los jóvenes transgéneros, hecho que le lleva a convertirse en un grupo de riesgo de suicidio entre las minorías sexuales LGTB (Di Giacomo et al., 2018).

3.3 Análisis de calidad.

Se ha realizado una lectura crítica para analizar la calidad de los estudios según las plantillas de la metodología CASPe (Cabello, 2005).

Tabla 2. Análisis de los textos seleccionados. Fuente de elaboración propia.

Autor.	Tipo de estudio y muestra.	Criterios de inclusión y exclusión	Criterios de calidad CASPe	Escalas y variables.	Dónde y cómo se llevaron a cabo.	Resultados.
(Lian et al., 2017)	*Transversal. *8.746 sujetos.	. Inclusión: 6 zonas administrativas de China, se selección al azar una clase de cada escuela básica y superior por zona. Exclusión: no completar el cuestionario	Alto	Variables: *Pensamiento suicida. ¿Alguna vez has pensado seriamente en el suicidio? *Anorexia. ¿Alguna vez has experimentado la sensación de disgusto al ver la comida? *Depresión. ¿Alguna vez has experimentado sentirte deprimido/la vida no vale la pena, que dure al menos 2 semanas? *Características demográficas. Edad, género, rendimiento académico, forma de vida, nivel socioeconómico, relación con los padres y los compañeros de clase, sentimientos sobre la escuela, reacciones ante conflictos entre padres e hijos e historial de tabaquismo.	*Se realizó en 20 escuelas intermedias en 7 provincias China. *En 2012 y 2013. *Encuestas autoadministradas realizadas con el ordenador.	*Asociación entre las características demográficas y los pensamientos suicidas: todas las características demográficas aumentan el riesgo de suicidio menos la forma de vida y el rendimiento académico. *Asociación de anorexia, depresión y pensamientos suicidas: -la anorexia grave se asocia a pensamientos suicidas. -La anorexia más la depresión eleva el riesgo de pensamientos suicidas. -Las mujeres con anorexia nerviosa severa con o sin depresión tenían niveles más altos de padecer RS, mientras que en los hombres el riesgo era elevado cuando no padecía depresión.
(Molina & Tomás, 2017.)	*Revisión narrativa de los	Incluidos: escrito en inglés o	Medio	-	- Búsqueda en Medline, Pubmed, Scielo, Dialnet y en Google Académico	-La desestructuración familiar y la falta de comunicación familiar son FRS.

	artículos publicados. *Participaron adolescentes de entre 12 a 19 años.	castellano con edad entre 10-19 años y de los últimos 12 años. Excluidos: protocolos o procedimientos anteriores a 2005.			de los últimos 12 años (entre 2005 y 2017). -Publicado: 6 de octubre de 2017.	-El acoso escolar, más la oposición de los padres a las relaciones sociales o una ruptura amorosa supone un alto RS y de ideación suicida. -Los adolescentes con depresión y antecedentes de intento de suicidio tienen más RS.
(Faure et al., 2018)	*Transversal de casos y controles, anidado en una cohorte. *128 alumnos	Inclusión: responder a los cuestionarios. Exclusión: no acudir a clase.	Alto	Test incluidos en el RADAR: *Escala de suicidalidad de Oksana. Puntuación mayor o igual a 5 indica RS. *Escala EQ-ED-5L. De aquí se puede sacar el “Valor índice” y el “EQ-VAS”.	Puerto Aysén, Chile. Durante el 2016. Mediante la respuesta del cuestionario RADAR.	* 21 alumnos tenían RS. * El 50% de los casos se originaron en chicas. * Se observó relación de RS en los sujetos que manifestaron dolor/malestar en el apartado de estado de salud. * La escala EQ-ED-5L mostró tener buena sensibilidad y especificidad para detectar el RS en adolescentes. Se empleó el modelo logístico multivariado AUC_ROC de 0,85 y se obtuvo una significación $p < 0,01$
(Moses, 2018)	*Transversal. *La muestra de	Inclusión:	Medio	Variables dependientes. * Intento de suicidio: durante los	*Distritos escolares públicos en Wisconsin.	*El 22,7% estudiantes notificaron 1 o más discapacidades.

	13.362 estudiantes.	alumnos 7°-12° curso. Exclusión: las encuestas que tenían marcadas los seis ítems con las circunstancias raras que se crearon.		últimos 12 meses, ¿ha intentado suicidarse? Variables independientes. *Estado de discapacidad. ¿tiene una discapacidad que le impide realizar determinadas actividades? *Características sociodemográficas. Mide el índice de pobreza. *Estado de salud mental. Se evalúa el estado de ánimo y si se padece algún tipo problema emocional o mental.	*2012. *Es una encuesta en línea voluntaria y anónima.	*El 3,8% intentó 1 o más veces suicidarse. *Los jóvenes con discapacidades tienen 3,6 veces más probabilidades de un intento de suicidio que los jóvenes sin discapacidades. *Los jóvenes con discapacidades emocional (20,8%) son los que más RS en el último año. Después le siguen los jóvenes con TEA (18,2%). *Los jóvenes con discapacidades sensoriales tienen más RS que los que padecen discapacidades del aprendizaje. *El intento de suicidio aumenta un 54% cuando un adolescente padece 1 o más discapacidades.
(Sandoval et al., 2018)	*Analítico transversal. *Muestra de 296 adolescentes.	Inclusión: estudiantes secundaria curso 2016/2017. Consentimiento o informado de los padres. Exclusión. Responder erróneamente.	Medio	*Comportamiento suicida. Encuesta formada por cinco preguntas seleccionadas del “Cuestionario de Salud Mental del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado.” *Riesgo de suicidio. “Escala de Plutchik”. *Detección de intimidación. Se usó la forma española del (EBIPQ).	*En Piura, Perú, durante los meses de octubre a diciembre de 2016. *Estudiantes de 1°, 3° y 5° de tres centros, dos privados y uno público respondieron a un cuestionario anónimo autoaplicado de una hora de duración.	-El 32,1% de los encuestados pertenecía a la institución privada. -El 75,4% de los adolescentes vivía en un asentamiento humano. -El 20,1% tenía RS; el 35,3% tenía deseo de morir y el 13,2% había planeado suicidarse. *Depresión. -El 60,6% no tenían depresión; el 4,5% tenían depresión severa y el 0,7% depresión extrema. *Bullyng.

				*Detección de ciberacoso. La escala utilizada fue la versión española del (ECIPQ).		-El 38% de los que padecían bullying tenían pensamientos suicidas. -El bullying más la depresión aumenta un 63% la ideación suicida. *El estudio muestra que: estudiar en un centro privado, tener mayor deseo de morir, haber intentado suicidarse, padecer bullying y depresión se asocian índices más altos de RS.
(Di Giacomo et al. 2018.)	*Revisión sistemática y metaanálisis. *Adolescentes de entre 12 a 20 años.	Inclusión: estudios observacionales con tasas comparativas entre los estudiantes de secundaria heterosexuales y homosexuales. Exclusión: artículos sin especificar el sexo.	Alto	-	La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Embase y PsycINFO, con publicación hasta el 30 de abril de 2017.	- Los adolescentes de minorías sexuales tenían más RS que sus semejantes heterosexuales. - Dentro de las minorías sexuales, los jóvenes transgéneros eran el colectivo con mayor riesgo, seguido de los homosexuales y los bisexuales. - Por países, Nueva Zelanda tuvo los niveles más altos de RS. - El grupo se vio influido por los momentos históricos vividos y su aceptación ha mejorado con el paso de los años.
(Hinduja & Patchin, 2019)	*Transversal. *Muestra 2670 adolescentes.	Inclusión: adolescentes entre 12 y 17	Alto	<i>En el estudio se usaron dos variables dependientes: *Ideación suicida.</i> Se midió mediante la adaptación de la	*EE.UU. *Entre agosto y octubre del 2016. *Resolución de un cuestionario que	<i>*El 16,1% de los adolescentes</i> informó tener ideación suicida, mientras que el 2,1% había intentado suicidarse en alguna

		años de habla inglesa.		Encuesta Nacional de Salud de Estudiantes Adolescentes de la Asociación Estadounidense de Salud Escolar. * Victimización por acoso. Se usó dos medidas de acoso, una para el acoso escolar y otra para el acoso cibernético.	se mandó por correo electrónico con el consentimiento de los padres.	ocasión. * El ciberacoso tuvo una prevalencia de entre el 6,7% y el 22,1%, siendo la forma más notificada “alguien publicó comentarios malos o hirientes sobre mí en línea”. * Los estudiantes que sufrían acoso escolar y cibernético tenían cinco veces más probabilidades de tener ideas suicidas en comparación con aquellos que no las sufrían. * Estos adolescentes también tenían 11 veces más probabilidades de intento de suicidio.
(Liu et al., 2019)	*Longitudinal. *11831 alumnos.	Inclusión: entregar los cuestionarios. Exclusión: no ir a clase.	Alto	Cuestionario AHQ que mide: *Comportamiento suicida. *Problemas de internalización y externalización, mediante el Youth Self-Report (YSR) de 103 ítems. * Vulnerabilidad psicológica, mediante la escala de la desesperanza de Beck (BHS). * Factores demográficos de los adolescentes y la familia.	*Shandong, costa del Medio Oriente de China. *Noviembre-diciembre del 2015. *Cuestionario autoadministrado sobre la salud de los adolescentes.	* Alguna vez el 17,6% de los chicos y el 23,5% de las chicas tuvieron TS, el 8,9 y el 10,7 SP y el 3,4 y el 4,6 SA. * En el último año el 10,7% de los chicos y el 14,7% de las chicas tuvieron TS, el 2,9 y el 3,8 SP y el 1,3 y el 1,8 SA. * La incidencia acumulada de las 3 conductas suicidas fue más alta en chicas. * Realizar cortes fue el método más común para el 62% de las chicas y

						<p>el 39% de los chicos. Saltar al vacío desde lugares altos fue el 2º método para los chicos y la sobredosis con pastillas para las chicas. *El 30% de los intentos suicidas fue para pedir ayuda. *Estar enfermo o tener una discapacidad, tener estudios, ser impulsivo y que los progenitores no trabajen en la agricultura, se asoció con aumento del pensamiento suicida y SA. *Antecedentes familiares de suicidio o intento incrementó un 70% el SP.</p>
(Suárez & Campo, 2019)	<p>*Observacional, de corte transversal. * Muestra de 399 adolescentes en edad escolar.</p>	<p>Inclusión: tener padre, madre o representante legal que ejerza de cuidador.</p>	Bajo	<p>*Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Informa sobre intentos autolesivos previos, intensidad de la ideación suicida actual, depresión y desesperanza. *Inventario IPPA. Mide la calidad del apego percibido por los padres.</p>	<p>Se realizó en una comuna de Santa Marta, Colombia, entre la población adolescente de los cursos de 9º, 10º y 11º seleccionados aleatoriamente. Se solicitó permiso a las instituciones directivas de Santa Marta y los padres debían firmar el consentimiento firmado.</p>	<p>*Apego con la madre y riesgo de suicidio. En adolescentes con alto riesgo de suicidio la confianza y la comunicación con la madre es baja y es alta la alienación. *Apego con el padre y riesgo de suicidio. En adolescentes con alto RS la confianza, la comunicación y la alienación es baja. *Como resultado final se obtiene que lo más importante en el apego entre los adolescentes con alto RS es la baja confianza y la escasa comunicación con sus padres.</p>

<p>(Miranda et al., 2019)</p>	<p>*Revisión sistemática y metanálisis de estudios longitudinales. *Adolescentes y adultos jóvenes.</p>	<p>Inclusión: estudios de cohortes para evaluar la relación género y suicidio. -estudio de cohortes para evaluar factores de riesgo.</p> <p>Exclusión: repetidos.</p>	<p>Alto</p>	<p>-</p>	<p>- Se consideró a las mujeres como el grupo de riesgo y a los hombres el grupo comparación. - Búsqueda avanzada en 5 bases de datos de los factores de riesgo y de protección de suicidio de los adolescentes y adultos jóvenes hasta enero de 2017. -Los estudios fueron llevados a cabo mayoritariamente en EE.UU y Canadá entre 1995 y 2017.</p>	<p>* <i>Género como factor de riesgo de conducta suicida.</i> - Las mujeres tenían más intentos de suicidio, pero la probabilidad de muerte por suicidio tras un primer intento era más del doble en los hombres. * <i>Acontecimientos vitales negativos individuales y adversidad familiar.</i> - Los factores de intento de suicidio común a ambos sexos son: acoso, violencia comunitaria y antecedentes familiares de trastornos mentales. - En el caso de las mujeres eran: violencia en el noviazgo y dificultades personales. - En el caso de los hombres eran: divorcio de los padres y comportamiento suicida previo entre los familiares. * <i>Psiquiátrico y psicológico.</i> - FRS comunes a ambos sexos: ideación suicida previa, intentos de suicidio y antecedentes de trastornos mentales.</p>
--------------------------------------	---	---	-------------	----------	---	---

						<ul style="list-style-type: none"> - En el sexo femenino: trastorno bipolar, trastorno alimentario y trastorno de estrés postraumático. - En el sexo masculino: disrupción y desesperanza. - La muerte por suicidio en ambos sexos aumentó por padecer cualquier tipo de trastorno mental o abuso de sustancias. - Entre los hombres destacó la asociación de la muerte por suicidio con el trastorno de la conducta y el abuso de drogas.
(Epstein et al., 2019)	<p>*Revisión sistemática y metánesis. *Adolescentes cuya edad media oscilaba entre los 14 y los 17 años.</p>	<p>Inclusión: matriculados en la escuela. Exclusión: artículos cualitativos, capítulos de libros, informes de casos, actas de congresos, resúmenes de disertaciones y</p>	Alto	-	<p>-Igual nº de chicos y chicas, en las zonas escolares, excepto dos que estudiaron las poblaciones nativas de Alaska y de los Indios americanos - Otro se realizó en una Clínica de una población afroamericana y una que estudió recientemente que fue expuesta a un desastre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El estudio de Nueva Zelanda informó que los adolescentes que habían faltado a la escuela entre los 11 y los 15 años tenían más del doble de posibilidades de ideación suicida entre los 14 y los 21 años. Pero, el realizado en los EE. UU. no informó ninguna relación entre faltar a la escuela y el RS. - El RS a los 21 años es cuatro veces mayor en aquellos adolescentes que han faltado a la escuela entre los 11 y los 15 años. - El resultado del metaanálisis muestra que los jóvenes que se

		estudios de intervención.			- Los estudios se realizaron en una variedad de países de ingresos bajos, medios y altos.	ausentaban de la escuela tenían un 20% más de ideación suicida y un 37% más de probabilidades de autolesión en comparación con los adolescentes que sí iban a la escuela. Los jóvenes con desacato al tribunal por absentismo tenían cuatro veces más posibilidades de suicidio consumado, aunque este resultado no fue estadísticamente significativo por la baja muestra.
(Meneses et al., 2020)	*Transversal. *674 adolescentes.	Inclusión: adolescentes de 14-19 años centro privado o público.	Medio	* Cuestionario autoadministrado con 6 bloques: Aspectos sociodemográficos / Iniciación sexual / Conocimiento objetivo y percibido / Vacunas / Nutrición / Violencia e inseguridad escolar. *Responder “Sí” en 1 de 4 preguntas, indica violencia sexual. *Responder “Sí” a si se ha pensado en el suicidio, indica pensamiento suicida.	*Teresina, Piauí. *Junio y noviembre de 2016. *Cuestionario autoadministrado.	* Pensamientos suicidas son mayores entre las alumnas. * Relación estadística en los sujetos que no conviven con los progenitores y entre los que sufren violencia sexual en el ámbito escolar aumenta la ideación suicida. * Prevalencia entre estudiar en un instituto público, tener pocos ingresos económicos, no tener creencias religiosas, ser joven y tener madre con alto nivel de estudios y sin remuneración económica, aumenta los pensamientos suicidas. * La violencia escolar aumenta la ideación suicida.

<p>(Soares et al., 2020)</p>	<p>*Transversal. *3 muestras: 4207 sujetos en (2006), 6264 en (2011) y 6026 sujetos en (2016).</p>	<p>Inclusión: estudiantes de 1°, 2° y 3° de secundaria instituto público.</p>	<p>Medio</p>	<p>*Encuesta mundial de salud estudiantil basada en las escuelas (GSHS), indica conductas de riesgo. *Pregunta dicotómica, para medir la ideación suicida.</p>	<p>*Pernambuco, Brasil. *Intervalo de varios años, recogándose muestras en el 2006, 2011 y 2016. *Encuestas.</p>	<p>*En todas las encuestas hubo prevalencia de la ideación suicida mayor en las mujeres. *En el año 2016 hubo una exacerbación del pensamiento suicida en ambos géneros en comparación con otros años. *En adolescentes, el poco apoyo social, poca calidad del sueño y no tener supervisión de los padres aumenta el pensamiento suicida. En niñas también influye el acoso, la violencia y la agresión. *Sufrir bullying, agresión, lesiones y falta de sueño son factores comunes en ambos sexos.</p>
<p>(Carballo et al., 2020)</p>	<p>*Revisión sistemática. *Niños y adolescentes menores de 18 años.</p>	<p>Inclusión: artículos originales en inglés hasta diciembre 2016. Exclusión: revisiones, editoriales, cartas, metanálisis y guías.</p>	<p>Alto</p>	<p>-</p>	<p>Se ha realizado una revisión sistemática en la base de datos Pubmed de los artículos publicados hasta diciembre de 2016.</p>	<p>* Factores psicológicos: - Depresión: el trastorno depresivo mayor provoca cinco veces más riesgo de suicidio. - Intentos de suicidio previo: aumenta el riesgo tres veces más de suicidio futuro. - Abuso de drogas y alcohol: fumar y el abuso de drogas junto con el alcohol aumenta el riesgo de suicido. - Otros trastornos: la ansiedad, trastornos alimentarios, trastorno</p>

		Estudios que investigaron los beneficios de una terapia o solo analizaron métodos suicidas.				<p>bipolar, desregulación afectiva y alteraciones del sueño. El RS aumenta cuantas más patologías haya asociadas.</p> <p> Eventos de vida adversos: por sí solo no son causa de suicidio, pero aumentan la probabilidad. Entre ellos encontramos conflictos familiares, factores de estrés académicos (incluido el acoso), y traumas.</p> <p>*Temperamento y carácter: algunos rasgos de personalidad que son FRS son el neuroticismo, el perfeccionismo, la dependencia interpersonal, la búsqueda de novedades, el pesimismo, la baja autoestima y la autocrítica.</p>
--	--	--	--	--	--	---

RS: riesgo de suicidio; FRS: factores de riesgo de suicidio; TEA: trastorno del espectro autista; Cuestionario EBIPQ: European Bullying Intervention Project Questionnaire; Cuestionario ECIPQ: European Cyberbullying Intervention Project Questionnaire; Cuestionario AHQ: Cuestionario estructurado de salud del adolescente. Cuestionario YSR: Youth Self-Report; Escala BSH: Escala de la desesperanza de Beck; SA: intento de suicidio; TS: pensamiento suicida; SP: plan de suicidio; IPPA: Inventario de Apego con Padres o Pares.

4. DISCUSIÓN.

Esta revisión trata de conocer cuáles eran los factores de riesgo que llevan a los adolescentes al suicidio.

Teniendo en cuenta los estudios analizados, se puede afirmar que existen diferentes factores que dan lugar a intentos de suicidio entre los adolescentes, que cada día se hacen más habituales. El 35,7% de los textos se refieren a factores sociales, un 28,6% a trastornos psicológicos, seguidos de los factores familiares con un 21,4% de los artículos detallados y, por último, los factores biológicos con un 14,3% de los estudios. Dentro de los trastornos psicológicos se encuentran la depresión, los trastornos de la alimentación, trastornos del ánimo. Haber intentado suicidarse con anterioridad supone el factor de riesgo con más relevancia. De estos dos factores se habla en la revisión de Molina & Tomás (2017) donde se llegó a la conclusión de que tener depresión e intentos previos de suicidio eran los componentes más significativos para el intento de suicidio. También intervienen otros factores los conflictos familiares y factores sociales, el bajo rendimiento escolar o el absentismo. Este resultado fue consolidado por Álvarez et al. (2017) en cuyo texto se muestra que los antecedentes familiares hereditarios aumentaban un 19,5% el riesgo de suicidio, seguido de la violencia intradomiliaria, con un 18,3% y, por último, los trastornos de conducta y depresiones con un 17,2%.

Con respecto a los factores biológicos, Carballo et al. (2020) vieron que hay rasgos de la personalidad que intervienen en los intentos de suicidio tales como, el perfeccionismo, el neuroticismo, la baja autoestima o la autocrítica y la impulsividad. En el texto de Vargas & Saavedra (2012) se muestra que el neuroticismo, la impulsividad y la tendencia a atribuir factores externos en el control de la vida, lo que refuerza los resultados anteriores.

El sexo femenino era el que mayor riesgo de suicidio tenía mientras que los hombres eran el grupo con mayor porcentaje de suicidio consumado, como se ve en los artículos de Soares et al. (2020); Meneses et al. (2020); Miranda et al. (2019); Liu et al. (2019) y Lian et al. (2017). Este hecho se ha visto probado por la revisión de Álvarez et al. (2017), en cuyos resultados se llega a la misma conclusión.

Se ha demostrado que tener peor estado de salud o malestar general (factor biológico), del que se habla en la revisión de Faure et al. (2018), aumenta el riesgo de suicidio, al

igual que ocurre si se padece alguna discapacidad, tal como explica por Moses (2018), que la probabilidad de intento de suicidio aumenta 3,6 veces más. Ambos resultados concordaban con el estudio llevado a cabo por Cáceres et al. (2019) en él se expone que el dolor crónico puede dar lugar a discapacidades, y que dicho dolor se encuentra entre los factores de riesgo de suicidio.

La salud mental fue un factor fundamental que interviene en el intento de suicidio, comprobado en esta revisión. Lian et al. (2017); Sandoval et al. (2018); Miranda et al. (2019) y Carballo et al. (2020) mencionaban la depresión como la principal enfermedad mental, mientras que la anorexia lo estuvo en los artículos de Miranda et al. (2019) y Lian et al. (2017). En este último se vio que la asociación de la anorexia y la depresión incrementaban el riesgo de suicidio. Carballo et al. (2020) numeró otra serie de trastornos mentales, tales como la ansiedad, los trastornos afectivos o del sueño que también conducen al suicidio. Una revisión anterior de Vargas & Saavedra (2012), coincidía con estos resultados ya que comentaba que en el 90% de los adolescentes que pretendían suicidarse padecían trastornos mentales y que entre un 49 a 64% tenían depresión.

En los adolescentes que habían sido víctimas de bullying, como mostraron Sandoval et al. (2018), aumentó el riesgo de suicidio. Si a éste se le une el cyberbullying, del que hablaron Hinduja & Patchin (2019) el riesgo de suicidio se elevó once veces más. Estos resultados fueron fortalecidos con la revisión de Peng et al. (2019) donde se ve que ser víctima de acoso tradicional aumenta el riesgo de suicidio, autolesiones e ideación suicida, pero sin duda, padecer bullying y cyberbullying incrementaba el riesgo de intentos de suicidio y autolesiones. Este estudio demostró que el cyberbullying causaba mayores problemas psicológicos en los adolescentes que el acoso escolar debido a que se puede ejercer fuera del ámbito escolar. En los jóvenes que padecían este tipo de acoso, o bien, los que estaban sometidos a cualquier tipo de violencia escolar aumentaba el absentismo escolar. El absentismo escolar, nombrado por Epstein et al. (2019) en su estudio, aumentó un 20% más la ideación suicida y un 37% más el intento de suicidio. Esto ha sido contrastado con el texto de Vargas & Saavedra (2012) donde se ve que asistir poco a la escuela tiene como consecuencia mayor probabilidad de suicidio, al igual que ocurre con el bajo rendimiento académico.

Otro factor para tener en cuenta ha sido la orientación sexual, como expusieron Di Giacomo et al. (2018) que dieron a conocer que en las minorías sexuales LGBT

aumentaba el riesgo de suicidio por el rechazo percibido por la sociedad ante su identidad de género y su orientación sexual y no poder expresarse libremente en todos los ámbitos. Dentro de estas minorías, los jóvenes transgéneros, mostraban mayores índices de riesgo de suicidio. Este hecho concordaba con el estudio de Tomicic et al. (2016) que señalaba que la probabilidad de suicidio e intentos de suicidio en los jóvenes LGBT era más elevada en comparación con los jóvenes heterosexuales debido a homofobia de la sociedad y la marginación que sufrían.

El apego de los adolescentes para con sus padres o cuidadores principales fue fundamental a la hora de que éste fuera un factor de riesgo añadido, tal y como demostraron Suárez & Campo (2019) al evidenciar que los adolescentes con mayor riesgo de suicidio eran aquellos con más baja confianza y escasa comunicación con ellos. Esto coincidía con el resultado de Suárez et al. (2018) que estudiaba la relación del riesgo de suicidio y el apego parental en una población de Colombia y obtuvieron que los adolescentes con mayor riesgo de suicidio eran aquellos que tenían mayor apego negativo hacia sus progenitores.

4.1 Limitaciones de los estudios.

El presente estudio contiene varias limitaciones. El suicidio es un acto infravalorado en algunos países e incluso entendido como un hecho vergonzoso, por lo que la prevalencia de riesgo de suicidio y de intentos de suicidio es mayor de lo estipulado para ciertas regiones, aunque los datos existentes sean menores debido al estigma. Algunos estudios presentan una muestra pequeña, por lo que hay que tenerlo en cuenta a la hora de valorar los resultados. Por otro lado, se han utilizado diferentes escalas para medir el riesgo de suicidio entre las diferentes revisiones y los factores de riesgo de suicidio. Por último, el rango de edad de la población adolescente varía de unos estudios a otros, lo que entorpece la comparativa entre todos.

4.2 Futuras líneas de investigación.

Se plantean los objetivos siguientes como futuras líneas de investigación. Realizar actividades desde atención primaria para la prevención del suicidio y también con los sanitarios para que sepan cómo actuar ante una situación de urgencia. Trabajar desde los centros escolares mediante talleres individuales y colectivos la gestión de las emociones, dado que es un tema que no se trata y que los adolescentes deben saber afrontar. A nivel social, se puede llevar a cabo una campaña de concienciación ante los factores clave del

suicidio con el fin de que se sepa reconocer esos signos de alarma y se pueda ayudar a quién lo necesite.

5. CONCLUSIONES.

Mediante esta revisión, cuyo objetivo fue ver qué factores de riesgo eran los más influyentes en el suicidio de los adolescentes, se puede concluir afirmando que hay cuatro grupos de factores: los trastornos mentales, los intentos previos, los factores genéticos y otros factores, siendo los trastornos mentales y los intentos previos de suicidios los más importantes.

Dentro de los trastornos mentales, las patologías de mayor relevancia son: la depresión que afecta alrededor del 60-70% de los jóvenes, la baja autoestima, la anorexia, el estrés postraumático y la ansiedad. Por otro lado, tener un intento previo de suicidio incrementa hasta cinco veces más la probabilidad de volver a repetirlo.

Como intervención enfermera sería imprescindible concienciar a la población adolescente de los signos de alarma para poder ayudar a la población en riesgo ante una situación de alarma, tanto para que puedan pedir ayuda como para que sepan identificar determinadas conductas y ponerlas en conocimiento de los sanitarios.

Como futura línea de investigación es importante ahondar en el tema para que los profesionales de la salud, tanto de atención primaria como de urgencias, y los profesores de los centros educativos reciban los conocimientos necesarios para poder ayudar a los adolescentes que pasen por dificultades y cuya única salida sea el suicidio.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Bustamante V., F., & Florenzano U., R. (2013). Suicide prevention programs for adolescents in schools: A review. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 51(2), 126-136. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272013000200006>
- Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.
- Cáceres R., Gil E., Barrientos S., Molina E., & Porcel A. M. (2019). Consecuencias del dolor crónico en la infancia y la adolescencia. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 272-282. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.007>
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P., Arango, C., Sutcliffe, A., Curran, S., Selema, L., Flanagan, R., ... Aitchison, K. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759-776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Cuesta D. (2017). *Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes* (Vol. 84, Número 2). Recuperado 31 de enero de 2021 de www.medigraphic.com/rmp
- De Sá Sousa, C. M., Mascarenhas, M. D. M., Gomes, K. R. O., Rodrigues, M. T. P., Miranda, C. E. S., & de Macêdo Gonçalves Frota, K. (2020). Suicidal ideation and associated factors among high school adolescents. *Revista de Saude Publica*, 54, 1-10. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001637>
- Diccionario de la lengua española. (RAE). (2021). *Suicidio. Definición. ASALE*. Recuperado 31 de enero de 2021, de <https://dle.rae.es/suicidio>
- Di Giacomo, E., Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F., & Clerici, M. (2018). Estimating the Risk of Attempted Suicide among Sexual Minority Youths. *JAMA Pediatrics*, 172(12), 1145-1152. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2731>
- Dumon, E., & Portzky, G. (2013). Directrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar. *Eurgenas*. 58. Recuperado 31 de enero de 2020 www.euregenas.eu

- Epstein, S., Roberts, E., Sedgwick, R., Polling, C., Finning, K., Ford, T., Dutta, R., & Downs, J. (2020). School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29(9), 1175-1194. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01327-3>
- Faure, M. I., Urquidi, C., Bustamante, F., Florenzano, R., Ampuero, K., Terán, L., Figueroa, M. I., Farías, M., Rueda, M. L., & Giacaman, E. (2018). Association of health-related quality of life and suicidal risk in adolescents: A cross-sectional study. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(3), 318-324. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018005000103>
- Fonseca E. & Pérez A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala de paykel de suicidio evaluación of suicidal behavior in adolescent; the paykel suicide scale. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2020 Vol. 41(2), pp. 106-115 <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Hernández A. & Villarreal R. E. (2015). BIBLIOGRAFÍA COMENTADA Algunas especificidades en torno a la conducta suicida Some specificities regarding the suicidal behavior. En *MEDISAN* (Vol. 19, Número 8). Recuperado 31 de enero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014
- Hernández L. (2011). Adolescencia: ¿Adolecer es padecer? *Salus vol.15 no.2*. Recuperado 31 de enero de 2021, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382011000200003
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2019). Connecting Adolescent Suicide to the Severity of Bullying and Cyberbullying. *Journal of School Violence*, 18(3), 333-346. <https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1492417>
- Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.* (2020). *Indicadores Sociales de Andalucía*. Recuperado 31 de enero de 2021, de <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/indsoc/indicadores/791.htm>
- Jans T, Vloet, TD, Taneli Y, Warnke A. (2018) Suicidio y conducta autolesiva (Irrarázaval M, Martín A. eds. Prieto-Tagle F, Vidal M trad.). En Rey JM (ed),

- Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
- Lian, Q., Zuo, X., Mao, Y., Luo, S., Zhang, S., Tu, X., Lou, C., & Zhou, W. (2017). Anorexia nervosa, depression and suicidal thoughts among Chinese adolescents: A national school-based cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12199-017-0639-2>
- Liu, X. C., Chen, H., Liu, Z. Z., Wang, J. Y., & Jia, C. X. (2019). Prevalence of suicidal behaviour and associated factors in a large sample of Chinese adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 280-289. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000488>
- Mileydis, D., Caballero, A., Colas, V. M. C., & Mercedes, D. (2017). *Medisan 2017*; 21(2): 154. 21(2), 154-160.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2020). *Guía de Práctica Clínica. Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Guías de Prácticas Clínicas del SNS. Recuperado 31 de enero de 2021, de https://www.msbs.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Revision_GPC_Conducta_SuicidaActualizacion.pdf
- Miranda, A., Castellví, P., Parés, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Moreno B. (2020). Así se explican los comportamientos suicidas en Europa. *THE CONVERSATION*. Recuperado 31 de enero de 2021, de <https://theconversation.com/asi-se-explican-los-comportamientos-suicidas-en-europa-140086>

- Moses, T. (2018). Suicide Attempts Among Adolescents with Self-Reported Disabilities. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(3), 420-433. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0761-9>
- Observatorio de la juventud en España. (2017). Juventud en Cifras. Población. Recuperado 31 de enero de 2021, de <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general>.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2021). Desarrollo en la adolescencia. Recuperado 31 de enero de 2021, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2021). Factores de riesgo. Recuperado 31 de enero de 2021, de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/#:~:text=Un%20factor%20de%20riesgo%20es,sufrir%20una%20enfermedad%20o%20lesi%C3%B3n.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2021). Suicidio. Recuperado 31 de enero de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Papageno (2018) El mapa autonómico del suicidio en España. Recuperado 31 de enero de 2021, de <http://papageno.es/mapa-autonomico-suicidio-espana-2018>
- Peng, Z., Klomek, A. B., Li, L., Su, X., Sillanmäki, L., Chudal, R., & Sourander, A. (2019). Associations between Chinese adolescents subjected to traditional and cyber bullying and suicidal ideation, self-harm and suicide attempts. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2319-9>
- Pineda, S. & Aliño, M. (1999). El concepto de adolescencia. *Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia*. Recuperado el 31 de enero de 2021, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
- Sandoval, R., Vilela, M. A., Mejía, C. R., & Caballero, J. (2018). Suicide risk associated with bullying and depression in high school. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 208-215. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200208>
- Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *FROM THE AMERICAN*

ACADEMY OF PEDIATRICS PEDIATRICS, 138(1).
<https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>

Soares, F. C., Hardman, C. M., Rangel Junior, J. F. B., Bezerra, J., Petribú, K., Mota, J., de Barros, M. V. G., & Lima, R. A. (2020). Secular trends in suicidal ideation and associated factors among adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry, 42(5)*, 475-480. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0783>

Suárez, Y. P., Ebratt, J. D., Samper, C., & Medina, J. (2019). Apego parental y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes. *Informes psicológicos, 19(2)*, 67-79. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a05>

Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., Aguayo, F., Rosenbaum, C., Leyton, F., & Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile, 144(6)*, 723-733. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872016000600006>

Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. Factors associated with suicidal behavior in adolescents. *Rev Neuropsiquiatr, 75(1)*, 19-28. ISSN: 0034-8597. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036937004>

Victorio, A. & Tomás, L. (2017). Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. *Metas de Enfermería, 20(8)*, 55-60. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.20.1003081134>

ANEXO 1: PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe.

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>

Preguntas de detalle

<p>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</p> <p><i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</p> <p><i>¿Qué desenlaces se midieron?</i></p> <p><i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i></p>	
<p>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</p> <p><i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i></p>	

