



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

Incremento da demanda por condutas suicidas nos servizos de urxencias en doentes entre 15 e 20 anos de idade: revisión e estudo da casuística

Incremento de la demanda por conductas suicidas en los servicios de urgencias en pacientes entre 15 y 20 años de edad: revisión y estudio de la casuística

Increased demand for suicidal behavior in emergency services in patients between 15 and 20 years: review and study of the casuistry

Autora: Rebeca Tomás Ferrer

Titor/a: Isabel Salazar Bernard
Francisco Javier Vicente Alba

Departamento: Psiquiatría, Radioloxía,
Saúde Pública, Enfermería e Medicina

Junio 2023

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Isabel Salazar, por su incomparable dedicación conmigo durante todos estos años y por su disposición absoluta durante la elaboración de este proyecto.

Al Dr. Francisco Javier Vicente por su inestimable ayuda en la realización de este trabajo.

A mis padres y hermanos, por su apoyo ilimitado y su confianza.

A Samuel, por su fortaleza, su paciencia y su amor incondicionales.

A mis amigos y, a partir de ahora, compañeros de profesión, por su compañía, cariño y comprensión desde el comienzo de esta etapa.

Resumen

Introducción: La conducta suicida es un grave problema de salud a nivel mundial y supone actualmente el principal motivo de asistencia a urgencias psiquiátricas. Su prevalencia ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en España en la primera causa de muerte entre los 15 y los 29 años. Los adolescentes son especialmente vulnerables, y por ello el objetivo de este estudio es analizar los factores implicados en este incremento en la población de entre 15 y 20 años.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos de PubMed y Google Scholar, con el fin de analizar los artículos publicados entre 2013 y 2023. Tras aplicar los criterios de inclusión y eliminar los trabajos duplicados, la investigación final se compone de 47 artículos.

Resultados: Se identificó como grupo vulnerable para el desarrollo de conducta suicida los adolescentes comprendidos entre los 15 y los 20 años. Algunos factores de riesgo fueron: sexo femenino, trastornos psiquiátricos, impulsividad, disregulación emocional, disfuncionalidad familiar, fracaso escolar, falta de apoyo social y bullying, entre otros. El uso abusivo de internet y las redes sociales y la pandemia por COVID-19 y sus consecuencias han demostrado una influencia muy relevante en el aumento de la conducta suicida en adolescentes a través del debilitamiento de sus vínculos sociales, así como mediante el favorecimiento de la aparición de otros factores de riesgo como el cyberbullying o la depresión.

Conclusión: Aunque la conducta suicida es un problema de carácter multifactorial, el uso excesivo de las nuevas tecnologías y las consecuencias sociales de la pandemia por COVID-19 han sido dos variables a destacar en su aumento en la población estudiada. Consideramos importante que se continúen realizando investigaciones acerca de esta asociación para ayudar en el desarrollo de estrategias de prevención efectivas.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, adolescentes, factores de riesgo, COVID-19, pandemia, redes sociales, internet.

Abstract

Introduction: Suicidal behavior is a serious health problem worldwide and is currently the main reason for presentation to psychiatric emergencies. Its prevalence has increased in later years, becoming the leading cause of death in Spain between 15 and 29 years of age. Adolescents are especially vulnerable, and that is why the objective of this study is to analyze the factors involved in this increase experienced by the population between 15 and 20 years of age.

Material and methods: A bibliographic review has been carried out using the PubMed and Google Scholar databases, in order to analyze the articles published between 2013 and 2023. After applying the inclusion criteria and eliminating duplicate papers, the final research is made up of 47 articles.

Results: Adolescents between 15 and 20 years of age were identified as a vulnerable group for the development of suicidal behavior. Some risk factors were female sex, psychiatric disorders, impulsiveness, emotional dysregulation, family dysfunction, school failure, lack of social support, and bullying, among others. The abusive use of the Internet and social networks and the COVID-19 pandemic and its consequences have shown a very significant influence on the increase in suicidal behavior in adolescents by means of the weakening of their social ties, as well as through the occurrence of other risk factors such as cyberbullying or depression.

Conclusion: Although suicidal behavior is a multifactorial problem, the excessive use of new technologies and the social consequences of the COVID-19 pandemic have been two variables to highlight in its increase in the population studied. We think it's important to continue researching about this association in order to help in the development of effective prevention strategies.

Keywords: suicide, suicidal behavior, adolescents, risk factors, COVID-19, pandemic, social network, internet.

Resumo

Introdución: A conduta suicida é un grave problema de saúde a nivel mundial e supón actualmente o principal motivo de asistencia a urxencias psiquiátricas. A súa prevalencia aumentou nos últimos anos, converténdose en España na primeira causa de morte entre os 15 e os 29 anos. Os adolescentes son especialmente vulnerables, e por iso o obxectivo deste estudo é analizar os factores implicados neste incremento na poboación de entre 15 e 20 anos.

Material e métodos: Levouse a cabo unha revisión bibliográfica utilizando as bases de datos de PubMed e Google Scholar, co fin de analizar os artigos publicados entre 2013 e 2023. Tras aplicar os criterios de inclusión e eliminar os traballos duplicados, a investigación final componse de 47 artigos.

Resultados: Identificouse como grupo vulnerable para o desenvolvemento de conduta suicida os adolescentes comprendidos entre os 15 e os 20 anos. Algúns factores de risco foron: sexo feminino, trastornos psiquiátricos, impulsividade, disregulación emocional, disfuncionalidad familiar, fracaso escolar, falta de apoio social e bullying, entre outros. O uso abusivo da internet e as redes sociais e a pandemia por COVID-19 e as súas consecuencias demostraron unha influencia moi relevante no aumento da conduta suicida en adolescentes a través do enfraquecemento dos seus vínculos sociais, así como mediante o favorecemento da aparición doutros factores de risco como o cyberbullying ou a depresión.

Conclusión: Aínda que a conduta suicida é un problema de carácter multifactorial, o uso excesivo das novas tecnoloxías e as consecuencias sociais da pandemia por COVID-19 foron dúas variables a destacar no seu aumento na poboación estudada. Consideramos importante que se continúen realizando investigacións acerca desta asociación para axudar no desenvolvemento de estratexias de prevención efectivas.

Palabras chave: suicidio, conduta suicida, adolescentes, factores de risco, COVID-19, pandemia, redes sociais, internet.

Índice

1	Introducción	9
1.1	MARCO CONCEPTUAL	9
1.1.1	Definiciones	9
1.1.2	Conducta suicida en la adolescencia	10
1.1.3	Epidemiología de la conducta suicida	10
1.2	MARCO HISTÓRICO	13
1.3	MARCO TEÓRICO	13
1.3.1	Teoría sociocultural de Durkheim	13
1.3.2	Teoría psicoanalítica de Freud	14
1.3.3	Teoría cognitiva de Beck	14
1.3.4	Modelo estrés-diátesis de Mann	14
1.3.5	Modelo neurocognitivo de Jollant et al.	14
1.3.6	Modelo contextual-existencial	15
1.3.7	Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio	15
1.3.8	Modelo basado en el estado de la mente	15
1.3.9	Modelo cúbico del suicidio	15
1.3.10	Modelo de sobreposición	15
1.3.11	Modelo de vulnerabilidad al suicidio	16
1.3.12	Modelo escapista	16
1.3.13	Teoría psicológica-interpersonal	16
1.3.14	Modelo arquitectónico	16
1.3.15	Modelo transaccional del desarrollo	17
1.3.16	Teoría de la puerta de entrada	17
1.3.17	Teoría de la variable común o tercera variable	17
1.3.18	Modelo integrado con predicciones específicas sobre el vínculo entre las autolesiones y la conducta suicida	17
1.3.19	Teoría de los tres pasos	18
1.4	ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO Y SUS LIMITACIONES	18
1.5	JUSTIFICACIÓN	20
2	Objetivos	21
3	Material y métodos	22
4	Resultados	24
5	Discusión	36

6	Conclusión y recomendaciones	39
6.1	CONCLUSIÓN	39
6.2	RECOMENDACIONES	39
7	Bibliografía	41
8	Anexos	49
8.1	PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN GALICIA	49
8.2	ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA	50
8.3	ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO	51

1 Introducción

1.1 MARCO CONCEPTUAL

1.1.1 Definiciones

La palabra “suicidio” proviene etimológicamente del latín: *suicidium*, formado por los elementos latinos *sui* (si mismo) y *cidium* (matar), denotando la acción de acabar con la propia vida.

La **conducta suicida** es un continuo de comportamientos que engloba la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado, formando parte de la denominada “carrera suicida” (Aviles Muentes & Martínez Caraballo, 2022). Este tipo de conductas suceden como respuesta a situaciones que el sujeto percibe como abrumadoras, como pueden ser el fallecimiento de alguien cercano, las dificultades económicas, la dependencia a sustancias de abuso, acontecimientos vitales traumatizantes o las patologías orgánicas graves (Barrionuevo, 2009). Al principio, la conceptualización de la conducta suicida se bifurcó en dos ramas: con o sin intención de morir. Sin embargo, debido a la controversia generada por esta división dicotómica, se realizó una reformulación posterior en la cual se incluyó una tercera categoría: intención indeterminada (Mayer Silverman, Lee Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007).

Cuando la conducta suicida no se asocia a una intención de morir nos encontramos ante una **autolesión no suicida**, que se define por la literatura como cualquier acto deliberado que cause daño a algún tejido corporal. Esto se manifiesta de formas muy variadas como cortes, abrasiones, quemaduras, etc., pudiendo tener consecuencias más graves como fracturas o, excepcionalmente, automutilaciones e incluso la muerte (denominándose en ese caso muerte no intencional autoinflingida) (Díaz de Neira Hernando, 2014). Estas autolesiones son el tipo de conducta suicida más común en edades infanto-juveniles, especialmente durante la adolescencia (Espada, Méndez, Orgilés, & Morales, 2021).

Clasificamos el comportamiento suicida como **indeterminado** cuando la persona es incapaz de reconocer activamente la intención de muerte o es reacio a ello, ya sea por un estado de alteración de la conciencia o por otros estados psicológicos (Mayer Silverman, Lee Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007).

El **intento de suicidio**, también llamado tentativa de suicidio, se define como cualquier acto autodirigido potencialmente lesivo realizado de forma deliberada con la intención de quitarse la vida, pero con un desenlace no letal (Pedreira Massa, 2019). El intento de suicidio puede resultar en ausencia de lesiones, presencia de estas o muerte. Según esto, podemos clasificarlo en tipo I (sin lesión) y tipo II (con lesión). Cuando termina en la muerte lo denominamos **suicidio** (Mayer Silverman, Lee Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007). El **suicidio consumado** se define en la literatura como un acto a través del cual la persona causa su propia muerte, siendo conocedora del resultado letal de dicha acción (Espada, Méndez, Orgilés, & Morales, 2021). Sin embargo, algunos autores han considerado este término redundante y despectivo, adoptando simplemente el término “suicidio” para definir una muerte autoprovocada existiendo evidencia de la intención de muerte (Mayer Silverman, Lee Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007) (Díaz de Neira Hernando, 2014).

El término **parasuicidio** se refiere a un acto no mortal realizado por una persona siendo innecesaria la presencia de intención de morir (Cortés Alfaro, Román Hernández, Suárez Medina, & Alonso Uría, 2021).

La **ideación suicida** es un término amplio que engloba desde pensamientos imprecisos que expresan pérdida del deseo de vivir, hasta ideas más definidas acerca de la planificación del acto suicida (Pedreira Massa, 2019).

1.1.2 Conducta suicida en la adolescencia

La OMS define la adolescencia como la etapa de la vida que sucede entre la niñez y la edad adulta, abarcando desde los 10 hasta los 19 años (World Health Organization, s.f.).

Durante esta fase vital, se producen cambios hormonales que inducen una serie de transformaciones a nivel biológico, psicológico y social. La persona comienza a ser consciente de la pertenencia a una comunidad, incrementando las presiones y responsabilidades individuales. Se produce una búsqueda de la identidad personal y aparecen la capacidad afectiva y el pensamiento formal. Suceden también cambios relacionados con el estado de ánimo que, si no son manejados adecuadamente, pueden conducir a un estado depresivo, el cual se presenta fundamentalmente entre los 15 y 24 años, especialmente si el individuo se encuentra en un entorno inadecuado para su crecimiento. Todas estas permutaciones en la vida del adolescente, asociadas a la falta de experiencia y de madurez, generan frustración y sensaciones de angustia, suponiendo factores predisponentes de la conducta suicida (Cortés Alfaro, Román Hernández, Suárez Medina, & Alonso Uría, 2021).

Además, existen ciertos rasgos característicos del adolescente que pueden suponer factores de riesgo para la conducta suicida: rigidez intelectual, intolerancia al fracaso, poca resiliencia, humor inestable e irritabilidad, elevada impulsividad, tendencia a las fantasías y sentimientos de desvalorización e inferioridad, entre otros. (Cortés Alfaro, Román Hernández, Suárez Medina, & Alonso Uría, 2021) (World Health Organization. Mental and Behavioural Disorders, 2001).

1.1.3 Epidemiología de la conducta suicida

Según el último informe de la OMS en relación con este grave problema de salud pública (World Health Organization, 2021), se producen más de 700.000 muertes por suicidio al año mundialmente; más que las producidas por malaria, VIH/SIDA, cáncer de mama o incluso guerras y homicidios. Uno de los grupos más vulnerables son los jóvenes entre 15 y 19 años, entre los cuales el suicidio es la cuarta causa de muerte en varones y la tercera en mujeres (Figura 1). El 77% de las muertes por suicidio se producen en países de ingresos bajos y medios.

Mientras que las tasas globales de suicidio tienen una tendencia descendente en las últimas décadas (exceptuando el continente americano), el Instituto Nacional de Estadística (INE), muestra una línea creciente de las muertes por suicidio en España, superando en el año 2021 la cifra de 4000 muertes al año (4003) por primera vez en la historia de la recogida de datos (Figura 2), a pesar de ser uno de los países con tasas más bajas en comparación con el resto de países europeos (Figura 3). En ese mismo año, el suicidio se sitúa como tercera causa de mortalidad en la población de entre 15 y 19 años, solo detrás de los tumores y los accidentes de tráfico; y es la primera causa de muerte entre los 15 y los 29 años (Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad, s.f.).

Asimismo, se ha objetivado una considerable intensificación de la conducta suicida, de forma especialmente marcada en niños y adolescentes. Según el informe de la Fundación ANAR publicado en 2021, las consultas por ideación y/o intento de suicidio se han multiplicado por 18,8 en la última década; mientras que las realizadas por autolesiones se han multiplicado

por 56,1, suponiendo unas tasas de crecimiento del 1779,5% y 5514% respectivamente (Fundación ANAR, 2021).

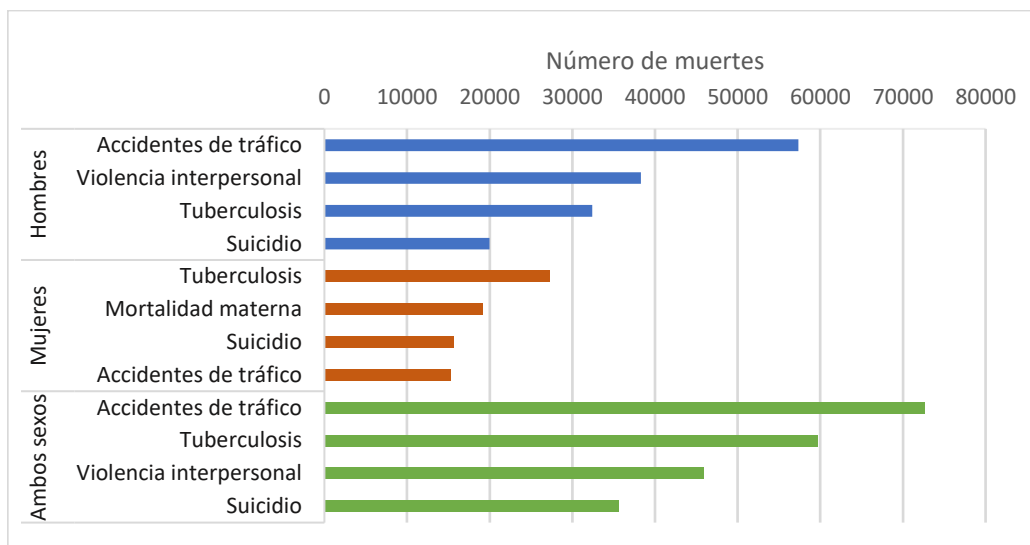


Figura 1. Cuatro primeras causas de muerte en jóvenes de 15-19 años en 2019. Fuente: elaboración propia a partir de (Adolescent Mortality Rate - top 20 causes (global and regions), s.f.)

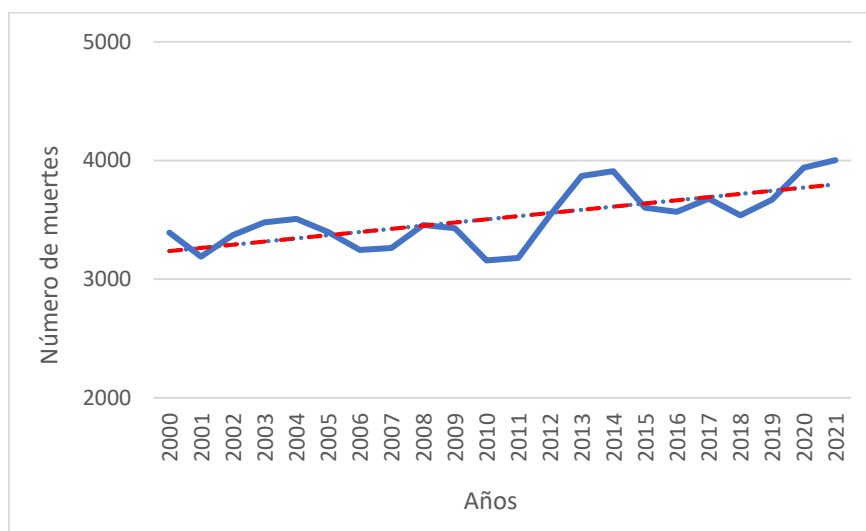


Figura 2. Muertes por suicidio en España en los últimos 22 años. Fuente: elaboración propia a partir de (INEbase. CONSUL, s.f.)

El suicidio es dos veces más frecuente en hombres que en mujeres (Figuras 4 y 5), mientras que esta relación se invierte cuando hablamos de la frecuencia de la conducta suicida: de los jóvenes atendidos por conducta suicida, un 71,3% son mujeres según el estudio de la Fundación ANAR (Fundación ANAR, 2022). Estos datos pueden deberse, en parte, a que los hombres son más reacios a pedir ayuda, lo cual esté probablemente en relación con las diferencias culturales entre hombres y mujeres, que se manifiesta como una diferencia de afrontamiento a las situaciones adversas.

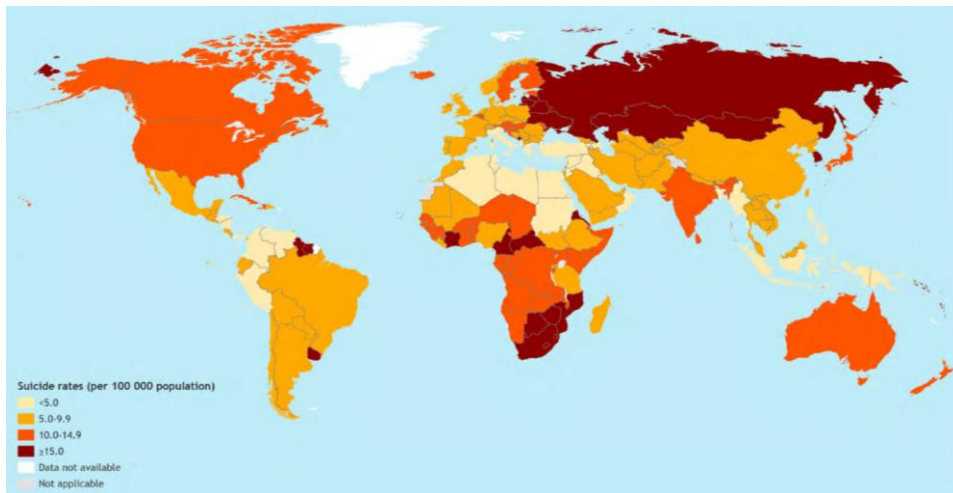


Figura 3. Mapa mundial de la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes (World Health Organization, 2021)

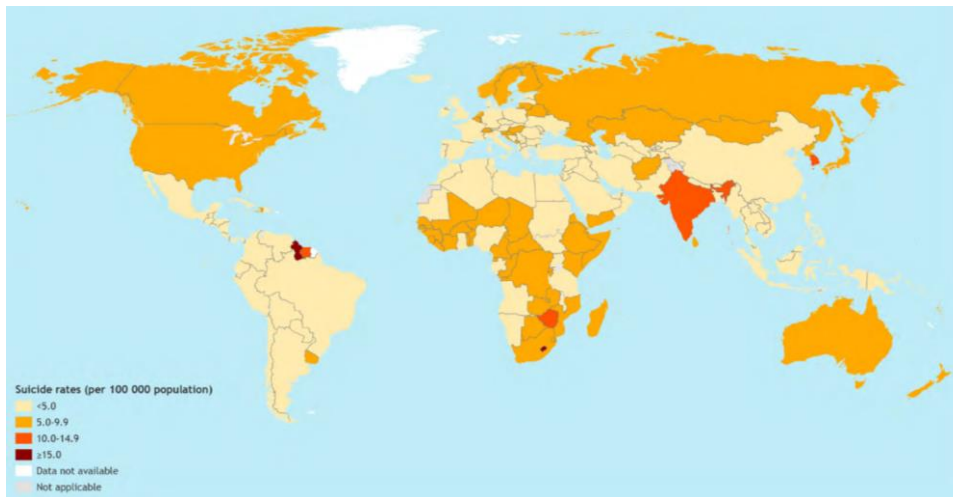


Figura 4. Mapa mundial de la tasa de suicidio en mujeres por cada 100.000 habitantes (World Health Organization, 2021)

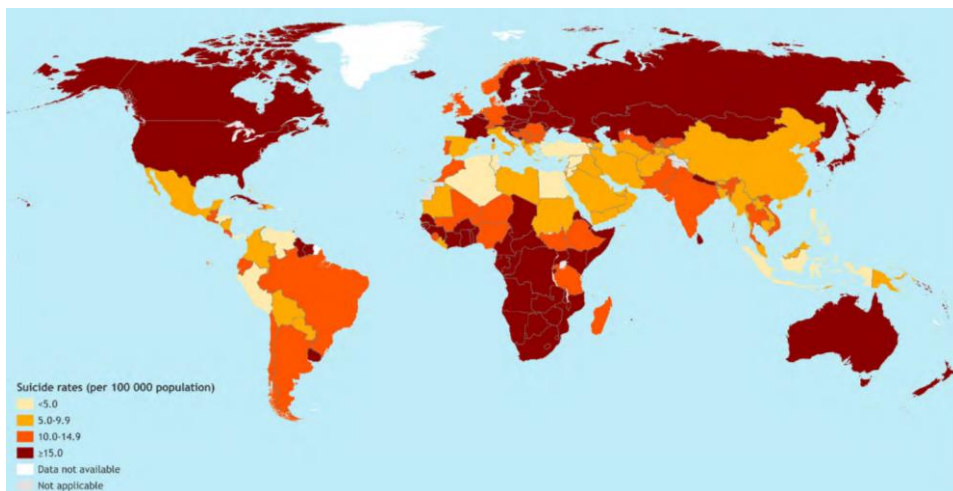


Figura 5. Mapa mundial de la tasa de suicidio en hombres por cada 100.000 habitantes (World Health Organization, 2021)

1.2 MARCO HISTÓRICO (Amador Rivera, 2015)

En las culturas más antiguas, el suicidio se entendía como una forma de supervivencia, en la que las personas con menos posibilidades de subsistir abandonaban la aldea quedando sin agua ni alimentos, para que otros individuos de la comunidad pudieran disponer de estos en mayor cantidad.

La antigua Grecia fue una de las primeras sociedades que afrontó esta cuestión con mayor seriedad. El suicidio se convierte en un delito contra el Estado, excluyendo algunas circunstancias como autocastigo tras una ofensa grave al Estado o como respuesta a eventos adversos trascendentales.

Al inicio del Imperio Romano, a pesar de que el suicidio continuaba siendo condenado, se respaldaba en determinadas situaciones, como un acto de amor o en defensa del honor. En una segunda etapa, además de penalizar sin excepciones el suicidio se instauraron unas medidas con finalidad preventiva, tales como la incautación de los bienes a la familia tras el acto suicida.

La Edad Media fue una época profundamente marcada por la religión. A parte de la continuidad con las ideas punitivas frente al suicidio como en las épocas pasadas, no se dispone de muchos datos al respecto.

El inicio de la Edad Moderna viene marcado por el Renacimiento, el cual trae consigo un pensamiento más intelectual que desencadenó un cambio de paradigma respecto al acto suicida. Este concepto derivó finalmente en la despenalización íntegra del suicidio tras la Revolución Francesa. Durante esta etapa Burton escribe *“Anatomía de la Melancolía”*, uno de los primeros ensayos en relacionar el suicidio con la depresión, lo que estigmatizó aún más el acto suicida.

En la Edad Contemporánea comienzan a publicarse estudios médicos y sociológicos sobre las implicaciones del suicidio. La manifestación suprema de este cambio estructural fue la publicación del libro *“Le Suicide”*, en el cual Emili Durkheim asocia el acto suicida a una respuesta social. Es en este periodo cuando, a través de un enfoque más médico-biológico, el suicidio comienza a considerarse una enfermedad mental, definiéndose más tarde su conceptualización, diagnóstico y tratamiento.

1.3 MARCO TEÓRICO

Existe una gran variedad de modelos explicativos acerca del suicidio y la conducta suicida. Además de las teorías clásicas sobre el suicidio (sociológica, psicoanalítica y cognitiva), describiremos las más destacadas en relación con la adolescencia según algunos autores (Bello, Rodríguez-Quiroga, & Quintero, 2023) (Díaz de Neira Hernando, 2014).

1.3.1 Teoría sociocultural de Durkheim

Durkheim publicó uno de los primeros estudios en los que se interpretaba el suicidio desde el punto de vista sociológico, describiendo la conexión entre las tasas de suicidio y los factores sociales. De esta forma, rompe con la visión anterior que concebía el suicidio como un mero acto individual. Su principal aportación fue la diferenciación de tres clases de suicidio de carácter social: altruista, egoísta y anómico (Aranguren, 2009).

El suicidio altruista tiene lugar cuando el vínculo entre el individuo y la sociedad y sus valores es fuerte, convirtiéndose en este caso el suicidio en un “sacrificio” realizado por el bien de la comunidad. Ejemplo de esto serían los “hombres bomba” islámicos.

El suicidio egoísta se debe, de forma contraria al altruista, a un vínculo debilitado entre el individuo y la sociedad. Durkheim identifica el individualismo excesivo como un factor de riesgo independiente para el suicidio, afirmando que este aumenta a medida que disminuye la integración del individuo en la sociedad.

Por último, el suicidio anómico se produce por una falta de organización y regulación social. Esta pérdida de referencias que se da, por ejemplo, en una crisis económica o, de forma más personal, en un divorcio, produce un desequilibrio en el individuo que le hace más vulnerable a cometer un suicidio.

1.3.2 Teoría psicoanalítica de Freud

Aunque Sigmund Freud no profundizó en su teoría psicodinámica del suicidio, sí reflejó en su obra sus pensamientos al respecto. Así, postula tres circunstancias relacionadas con la melancolía: pérdida del objeto amado, ambivalencia en el individuo e identificación narcisista con el objeto perdido. Su gran contribución a la comprensión del comportamiento humano consistió en reconocer las emociones (que denominó pulsiones o instintos) como parte del proceso de toma de decisiones. Distinguió *Eros* (pulsión de vida, que tiende a crear) de *Tánatos* (pulsión de muerte, que tiende a separar). Freud afirma la presencia de un superyó hiperintenso en la melancolía, que redirecciona hacia sí mismo la pulsión de muerte, lo que podría explicar las conductas autolesivas y la hostilidad hacia el propio individuo (Aranguren, 2009) (Verne, s.f.).

1.3.3 Teoría cognitiva de Beck

Beck presenta un modelo explicativo sobre el origen de los pensamientos suicidas y la depresión mediante lo que conocemos como Tríada cognitiva de Beck: visión negativa de sí mismo, visión negativa del mundo y visión negativa del futuro. Este esquema mental, que el individuo crea en base a experiencias vividas, condiciona la conducta del sujeto y conlleva a una percepción distorsionada de la realidad, que refuerza estas ideas negativas generadas de forma automática, sin que el individuo decida de forma consciente invocar dichos pensamientos (Verne, s.f.) (Díaz de Neira Hernando, 2014).

1.3.4 Modelo estrés-diátesis de Mann

Mann et al. proponen dos componentes necesarios para llegar a la conducta suicida: diátesis (vulnerabilidad individual) y estrés (trastorno mental o factor precipitante). Se describe la diátesis como una predisposición a la ideación suicida y a la impulsividad y, por tanto, una mayor predisposición a llevar a la acción los pensamientos suicidas (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Mann, Wateraux, Haas, & Malone, 1999).

1.3.5 Modelo neurocognitivo de Jollant et al.

En este modelo, los autores proponen una serie de disfunciones neurocognitivas que pueden favorecer el desarrollo de la conducta suicida ante eventos estresantes: (1) incapacidad del individuo para asignar un valor adecuado a los eventos externos, (2) disregulación de las respuestas emocionales y cognitivas y (3) factores que facilitan los actos de suicidio, como baja capacidad en el control de impulsos o intentos de suicidio previos (Jollant, Lawrence, Olié, Guillaume, & Courtet, 2011).

1.3.6 Modelo contextual-existencial

Este modelo entiende el suicidio como una solución final ante una crisis vital que acontece a un sujeto con capacidad para decidir y ejecutar el acto suicida, teniendo la capacidad de elección para no hacerlo. Como defensa de esta visión contextual-existencial, los autores exponen tres características principales del suicidio: (1) abierta (el ser humano no es una realidad acabada, sino que tiene un proyecto de vida), (2) plural (es un fenómeno heterogéneo diferente según el sexo, la edad...) y (3) dinámico-fluctuante (variable en el tiempo) (González González, y otros, 2021).

1.3.7 Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio

Silverman y Felner suponen la existencia de una vulnerabilidad personal para la conducta suicida, que surge a partir de diversos factores de riesgo y factores protectores a los que el individuo se expone a lo largo de las diferentes etapas etarias de su vida. Así, distinguen factores biológicos (sistema serotoninérgico), psicológicos (desesperanza, baja autoestima...), cognitivos (distorsión y rigidez cognitivas) y ambientales (acontecimientos vitales, accesibilidad a métodos suicidas) (Díaz de Neira Hernando, 2014).

1.3.8 Modelo basado en el estado de la mente

Bonner y Rich adoptan una visión biopsicosocial, que considera el suicidio como un proceso dinámico del cual cada sujeto puede salir o volver a entrar a lo largo de su vida. Defienden que ninguno de los factores implicados es necesario, sino que actúan de forma sinérgica aumentando el riesgo de suicidio, y los clasifican en dos componentes (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Oswaldo González Ortiz, 2009) (Bonner & Rich, 1987):

- Componente socio-individual, que a su vez se subdivide en (a) ambiente social (apoyo social, acontecimientos vitales...) y (b) entramado individual (trastornos mentales, personalidad, tolerancia al estrés...).
- Estado mental suicida: variables psicológicas asociadas con la conducta suicida (baja autoestima, depresión, desesperanza...).

1.3.9 Modelo cúbico del suicidio

Schneidman representa los tres componentes principales de su modelo como las tres caras visibles de un cubo, con la intención de definir la conducta suicida como una convergencia de estos tres factores en tres ejes. Dichos componentes son: dolor psicológico (el producido por emociones negativas como angustia o culpa), perturbación (incluye la alteración de la percepción y la impulsividad) y presión (reacción del individuo a los acontecimientos vitales, que puede ser positiva o negativa). El suicidio se explicaría como la concurrencia de niveles máximos de dolor y perturbación con una presión ambiental negativa (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Hernández Benavides & Guerrero Rosero, 2010).

1.3.10 Modelo de sobreposición

Blumenthal identifica cinco *esferas de vulnerabilidad* como agrupaciones de factores de riesgo de suicidio: (1) trastornos mentales, (2) rasgos y trastornos de personalidad, (3) factores psicosociales y ambientales, (4) factores biológicos y (5) variables genéticas e historia familiar. La presencia de varios de estos factores junto con la exposición a un acontecimiento vital de alto estrés en un sujeto con accesibilidad a los medios necesarios supone una disminución del

umbral de probabilidad de suicidio, haciendo al individuo más vulnerable a cometerlo (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Huertas Maestre, 2022).

1.3.11 Modelo de vulnerabilidad al suicidio

Weiss reconoce tres factores elementales relacionados con la conducta suicida (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Huertas Maestre, 2022) (Weiss, 1954):

- Entorno social: enlazando con el modelo de Durkheim, remarca la importancia del grupo social como factor influyente en la visión del suicidio por parte del sujeto.
- Situaciones vitales estresantes, que favorecen la concepción del suicidio como una forma de huida.
- Carácter y personalidad del individuo, que actuarían como “filtro” para las dos variables anteriores.

1.3.12 Modelo escapista

Baumeister entiende el suicidio como un método de escape del individuo al dolor psicológico que experimenta. Este sufrimiento nace de las expectativas fallidas de la vida del sujeto, que percibe esta diferencia entre lo deseado y la realidad como un fallo propio, emergiendo así un sentimiento intenso de culpa. Declara que a raíz de esto el individuo se centra en objetivos a corto plazo, lo que denomina *deconstrucción cognitiva*, derivando en un aumento de las conductas de riesgo y la impulsividad y una disminución de la capacidad resolutoria de problemas (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Giner Jiménez, 2010) (Baumeister, 1990).

1.3.13 Teoría psicológica-interpersonal

Joiner et al. señalan dos componentes que deben estar presentes para que se llegue a cometer un acto suicida: que el sujeto desee hacerlo y que tenga la capacidad de realizarlo. A su vez, el deseo de suicidarse tendría lugar ante la presencia de dos estados mentales al mismo tiempo: sensación de sobrecarga y sensación de no pertenencia al grupo social. En cuanto a la capacidad de consumar el suicidio, sostienen que la conducta autoagresiva repetida en el tiempo supone una vía de capacitación para el suicidio, ya que induce tolerancia e insensibilidad al dolor. Por último, defienden que la impulsividad se relaciona indirectamente con la conducta suicida, a través del favorecimiento de conductas de riesgo (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Bello, Rodríguez-Quiroga, & Quintero, 2023).

1.3.14 Modelo arquitectónico

De todos los modelos que hemos explicado, este es el primero que se basa en un estudio en población adolescente. Mack distingue ocho componentes relacionados con el suicidio (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Huertas Maestre, 2022) (Giner Jiménez, 2010):

- Macrocósmos: influencia de la cultura, economía, educación y factores sociopolíticos en el individuo.
- Vulnerabilidad biológica, subrayando la importancia de los factores genéticos.
- Experiencias en las primeras etapas de la vida.
- Organización de la personalidad, especialmente de la autoestima.

- Relaciones interpersonales con los individuos de su entorno.
- Trastornos psicopatológicos, en donde destaca los trastornos afectivos y adictivos (sobre todo depresión y alcoholismo).
- Ontogenia (relación del individuo con su vida y muerte).
- Circunstancias vitales: precipitantes biológicos o sociofamiliares, consumo de tóxicos, etc.

1.3.15 Modelo transaccional del desarrollo

Bridge et al. desarrollan su modelo en base a factores relacionados específicamente con la conducta suicida en adolescentes. Identifican dos vías de predisposición a la conducta suicida antes de la pubertad: existencia de trastornos mentales en los padres y presencia de agresividad impulsiva en los mismos. Ambos factores podrían conducir al desarrollo de depresión o de la propia conducta agresiva impulsiva en los adolescentes durante la pubertad, aumentando ambas la probabilidad de presentar ideación suicida. La presencia de acontecimientos estresantes supondría un factor de riesgo para pasar de ideación suicida a intento de suicidio. También identifican factores facilitadores para dicha transición, como intoxicación por sustancias, exposición al suicidio o accesibilidad de medios para cometerlo. A su vez, mencionan factores protectores como las relaciones familiares o escolares o las creencias religiosas o culturales, que disminuirían la probabilidad de pasar desde la ideación suicida a la acción (Díaz de Neira Hernando, 2014) (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006).

1.3.16 Teoría de la puerta de entrada

Este modelo entiende las autolesiones y la conducta suicida como un continuum, formando parte de la misma conducta y presentando ambas una intención común de hacerse daño. Así, esta teoría defiende que las autolesiones no suicidas preceden a la conducta suicida, constituyendo su puerta de entrada (Bello, Rodríguez-Quiroga, & Quintero, 2023) (Díaz Atienza, 2014).

1.3.17 Teoría de la variable común o tercera variable

Los defensores de esta teoría sugieren la existencia de una variable común que explicaría que una misma persona presente autolesiones e intentos de suicidio. De esta forma, las autolesiones no serían el inicio del camino hacia el acto suicida, sino que una tercera variable (como un trastorno psiquiátrico o una baja autoestima) sería el desencadenante de ambos eventos (Bello, Rodríguez-Quiroga, & Quintero, 2023).

1.3.18 Modelo integrado con predicciones específicas sobre el vínculo entre las autolesiones y la conducta suicida

Hamza et al. proponen una integración de la teoría de la puerta de entrada, la teoría de la variable común y la teoría interpersonal de Joiner. En consistencia con la teoría de la puerta de entrada, indican que las autolesiones no suicidas predicen de forma directa la conducta suicida, siendo esta asociación especialmente intensa en individuos con un alto nivel de estrés psicológico. En línea con la teoría de la variable común, también incluyen un camino alternativo hacia las variables de autolesión no suicida y conducta suicida desde una tercera variable, que se correspondería con factores de riesgo comunes para ambas formas de autolesión. Por último, de acuerdo con la teoría interpersonal de Joiner, este modelo también incorpora una vía indirecta desde las autolesiones no suicidas hasta la conducta suicida a través de la capacidad adquirida. En relación con esto, predicen que el vínculo entre las autolesiones no suicidas y la

capacidad adquirida estaría moderado por el grado de gravedad de dichas autolesiones; así como que el vínculo entre conducta suicida y capacidad adquirida estaría moderado por el deseo suicida, entendiéndose este como la sensación de sobrecarga personal y de no pertenencia al grupo social (Bello, Rodríguez-Quiroga, & Quintero, 2023) (Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012).

1.3.19 Teoría de los tres pasos

Klonsky y May (Klonsky & May, 2015) plantean un modelo basado en un esquema desde la ideación a la acción (“ideation-to-action”), en donde primero se desarrolla la ideación suicida y posteriormente se pasa de esta al intento de suicidio, entendiendo estas dos fases como procesos distintos con diferentes explicaciones. Los autores presentan tres ideas clave. La primera es que la ideación suicida surge de la combinación de dolor (normalmente psicológico) y desesperanza. En segundo lugar, defienden que la conexión del individuo con otras personas o con cualquier aspecto que le mantenga unido a la vida supone un factor protector. La tercera idea apunta que, para pasar a la acción, se precisa de adquirir la capacidad de realizarlo, enlazando así con la teoría interpersonal de Joiner. De estas tres ideas surgen tres preguntas que son los tres pasos que dan nombre a la teoría:

- (1) ¿Sufres dolor o desesperanza? Si la respuesta es negativa no existe ideación suicida. Una respuesta positiva conduce a la pregunta (2).
- (2) ¿Tu dolor es mayor que tu conexión con la vida? Esta pregunta diferencia dos niveles de gravedad de la ideación suicida: si es negativa, la ideación es moderada, mientras que si es positiva la ideación es fuerte y nos llevaría a la pregunta (3).
- (3) ¿Eres capaz de intentar suicidarte? Si la respuesta es negativa, el sujeto solo presenta ideas de suicidio, mientras que si la respuesta es positiva tendría intención real de suicidarse.

1.4 ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO Y SUS LIMITACIONES

Tras haber recibido diferentes significaciones a lo largo de la historia, el suicidio supone hoy en día un gran problema de Salud pública. En España, las tasas de suicidio han sufrido un incremento en la última década, lo cual ha acrecentado el interés de la población general y de los profesionales sanitarios al respecto. (INEbase. CONSUL, s.f.)

A pesar de la disminución global progresiva del número de muertes por suicidio al año, estamos experimentando un crecimiento exponencial de las atenciones por los estados previos a este, ya sean ideación suicida, intento suicida o autolesiones (Fundación ANAR, 2022). Estas conductas son especialmente frecuentes en la etapa adolescente, debido principalmente a la disregulación emocional y la conducta evitativa características de estas edades. Aun así, existen pocas estadísticas acerca de la conducta suicida, ya que mientras que de los suicidios cometidos disponemos de cifras cuantificadas (a pesar de la dificultad que esto conlleva y de una probable infraestimación de estas), es bastante infrecuente la recogida de datos acerca de la conducta suicida, lo que se suma a la inherente dificultad que supone.

En cuanto a la epidemiología según género, los hombres se suicidan más que las mujeres, mientras que estas últimas suponen el grueso de pacientes atendidos por intentos de suicidio, ideación suicida y autolesiones (World Health Organization, 2021).

La cifra de suicidios aumenta con la edad, siendo la edad avanzada un factor de riesgo. Sin embargo, uno de los grupos de edad más vulnerables según la OMS es el de jóvenes entre 15 y 19 años, en los cuales el suicidio representa la cuarta causa de mortalidad en España, como hemos visto en la Figura 1 (Adolescent Mortality Rate - top 20 causas (global and regions), s.f.). A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemiológicos no incluyen esta franja de edad de forma independiente, produciéndose en una gran parte de ellos un solapamiento de los distintos grupos etarios.

En España, el método más frecuentemente utilizado es el ahorcamiento, estrangulación o sofocación (47,59%), seguido de saltar desde un lugar elevado (24,68%). Si diferenciamos según el sexo, este orden de frecuencia se mantiene en los hombres; mientras que se invierte en las mujeres, siendo el método más usado por estas saltar desde un lugar elevado. El tercer medio empleado más usual es el envenenamiento, siendo común para ambos sexos (INE, s.f.).

La comunidad española con más casos de suicidio en números absolutos es Andalucía (857 muertes). Aquellas con menores reportes de suicidio son Ceuta y Melilla, con 4 y 5 muertes respectivamente (Figura 6). Si ajustamos estos datos por población y observamos las tasas de suicidio por cada 100000 habitantes, las comunidades más afectadas por el suicidio son Asturias y Galicia (Figura 7).

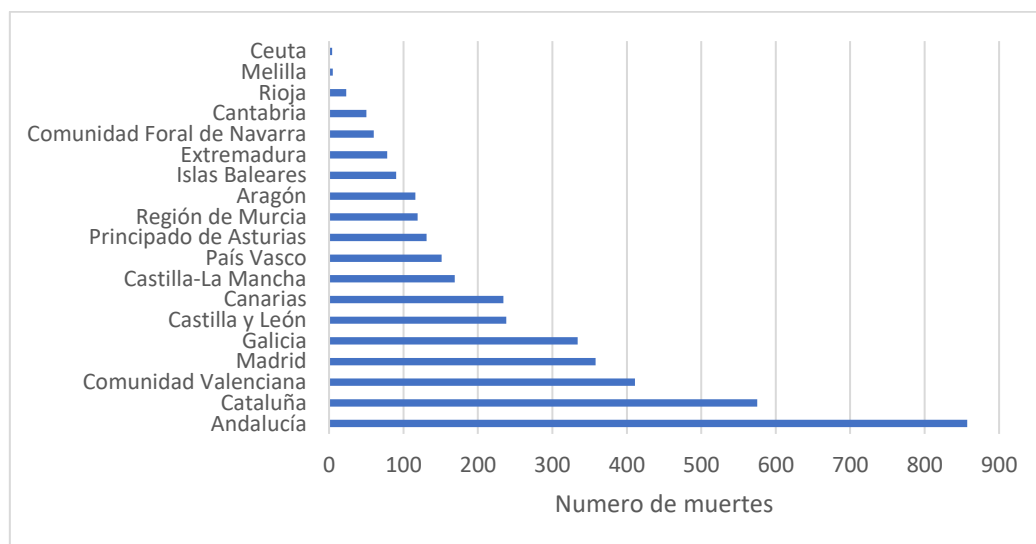


Figura 6. Muertes por suicidio por comunidades autónomas. Elaboración propia a partir de (INE, s.f.)

La conducta suicida, como hemos mencionado, incluye los conceptos de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado. Lo cierto es que uno de los principales problemas actualmente es la complejidad asociada a la terminología y la falta de consenso en cuanto a esta, dificultando no solo la interpretación de los diferentes estudios al respecto sino también la valoración de los pacientes. Algunos autores, con la intención de solucionar este problema, realizaron una revisión de la nomenclatura para el estudio del suicidio y de la conducta suicida intentando crear un lenguaje explícito y generalizable (Mayer Silverman, Lee Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007). En la presente investigación se han adoptado algunas de dichas definiciones, explicadas de forma concisa anteriormente. Como observación tras la revisión de la literatura realizada para este trabajo, y como ya preveían los autores del artículo mencionado,

no parece que esta conceptualización haya tenido mucha acogida en los distintos estudios llevados a cabo tras su publicación.

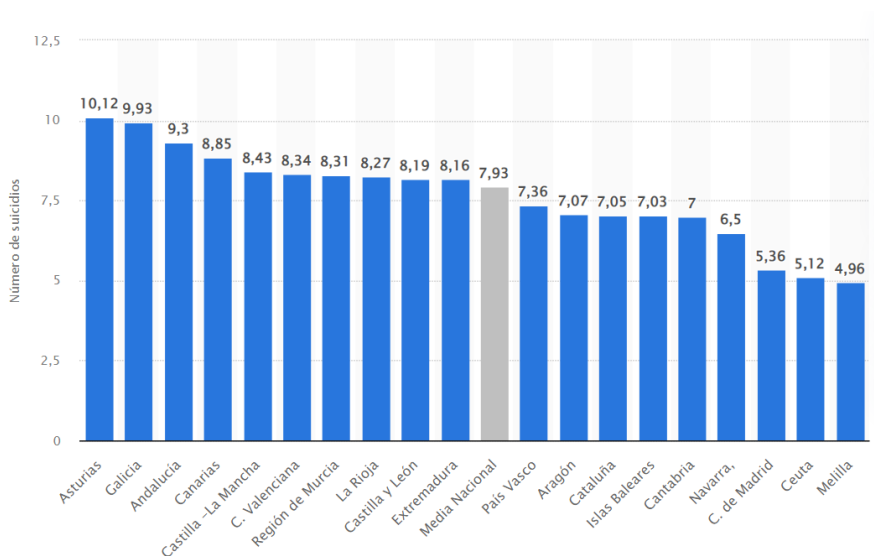


Figura 7. Distribución del número de suicidios por cada 100.000 habitantes en España en 2020, por comunidad autónoma (Statista, 2022)

A lo largo de la historia, el suicidio ha sido juzgado desde diferentes perspectivas, pero algo común a todas las épocas, incluida aquella en la que nos encontramos actualmente, es la estigmatización del suicidio. Aunque cada vez hay menos prejuicios en cuanto al suicidio, esta situación supone una dificultad añadida para el registro de datos relacionados con la conducta suicida, dificultando su estudio y contribuyendo a la escasez de estadísticas existentes en relación con este tema. Igualmente, esto perjudica directamente a las personas afectadas por esta cuestión, ya que las desalienta a la hora de acudir en busca de ayuda.

El suicidio implica una interacción entre factores biológicos, sociales, psicológicos, medioambientales y culturales que determinan la frecuencia, la gravedad y las características de la conducta suicida en los distintos grupos poblacionales diferenciados según edad, sexo, ingresos, orientación sexual, etc. Debido a este carácter multifactorial, se han estudiado una gran cantidad factores de riesgo relacionados, pero debido a su cuantía resulta difícil estimar el peso que puede tener cada uno de ellos.

Como resultado de esta complejidad, la conducta suicida requiere un abordaje multidisciplinar. La dificultad en cuanto al enfoque y la ausencia de protocolos de actuación, hacen que la prevención del suicidio a través de la detección temprana de personas en riesgo y su seguimiento sea aún una tarea pendiente.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Debido al enorme incremento en los servicios de atención sanitaria de la prevalencia de la conducta suicida que hemos expuesto y que he podido constatar durante mi rotación en el Servicio de Urgencias de Psiquiatría del CHUS, estimo realmente necesaria una revisión del conocimiento actual para realizar una investigación acerca de las causas que han podido motivar este aumento. Considero de especial relevancia el grupo etario entre 15 y 20 años tanto por las características vitales inherentes a esta edad, que lo convierte en un grupo vulnerable, como por ser una de las franjas de edad en las que más ha aumentado la incidencia de la conducta suicida.

2 Objetivos

Objetivo general: analizar los factores relacionados con el incremento de la asistencia médica de urgencia por conducta suicida en jóvenes de entre 15 y 20 años.

Objetivos específicos:

- Identificar factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida.
- Conocer el perfil de los adolescentes que presentan conducta suicida.
- Investigar la implicación de las nuevas tecnologías en el aumento de la conducta suicida en adolescentes.
- Analizar la influencia de la pandemia por COVID-19 en la conducta suicida en adolescentes.
- Presentar propuestas de actuación en urgencias y recomendaciones de tipo preventivo ante la conducta suicida en adolescentes para minimizar las muertes por suicidio.

3 Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura relevante existente acerca del suicidio en adolescentes. Para ello, se utilizaron las bases de datos de PubMed y Google Scholar. Los términos clave utilizados fueron suicidio/suicide, adolescentes/adolescent y conducta suicida/suicide behavior, con los operadores booleanos AND y OR. Además, se realizó una nueva búsqueda a partir de la bibliografía de los artículos encontrados.

Como criterios de inclusión, se seleccionaron artículos publicados en español e inglés, desde el año 2013 hasta el 16 de mayo de 2023, sin hacer distinciones según el tipo de metodología de estudio. Dada la limitación de estudios con un rango de edad exclusivo de 15-20 años, se incluyeron artículos cuyos participantes presentaran un rango de edad lo más cercano posible al del objeto de estudio. Además, se excluyeron los artículos de los cuales no pudo obtenerse el texto completo.

Después de la primera recopilación de artículos se realizó una segunda selección a partir de la lectura de los títulos y los abstracts, eligiendo aquellos que tuvieran información relevante sobre el tema a tratar y se desestimaron los duplicados y los que contenían información repetitiva sin aporte de datos nuevos.

En la Figura 8 se detalla el proceso de identificación, cribado, selección e inclusión que se ha llevado a cabo.

Además, se realizó una búsqueda en internet acerca de la conceptualización del suicidio, así como de las teorías explicativas como base para los marcos conceptual y teórico del trabajo. También se obtuvo información a partir de páginas web para obtener datos actualizados, protocolos y guías clínicas.

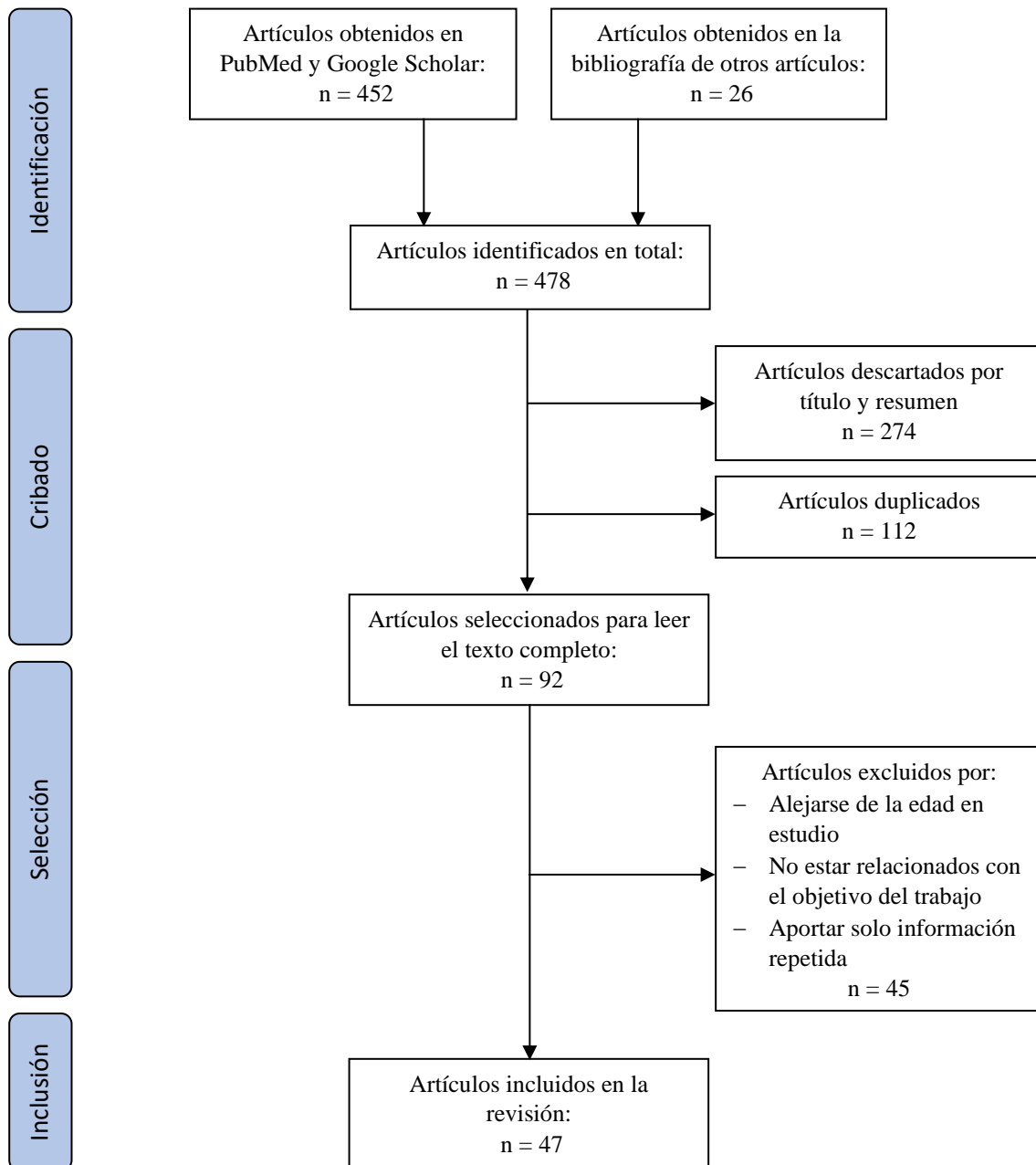


Figura 8. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica

4 Resultados

Los estudios analizados recogen las características de la conducta suicida (fundamentalmente ideación e intentos suicidas) y autolesiones no suicidas en adolescentes, además de factores relacionados con estas (tanto de riesgo como protectores), indagando en especial sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 y las nuevas tecnologías.

La selección final incluye 47 artículos cuyas características principales se encuentran detalladas en la Tabla 1. Todos los continentes, excepto el africano, están representados en esta revisión. Hay estudios realizados en países de Latinoamérica (n = 12), concretamente cuatro de ellos en Colombia, tres en Cuba, uno en Argentina, uno en Chile, uno en México, uno en Ecuador y uno en Perú. También hay artículos que se realizaron en Norteamérica (n = 10), ocho de ellos en Estados Unidos y dos en Canadá. Otra gran parte de los artículos son de Europa (n = 19), destacando España con once investigaciones, aunque también encontramos en Reino Unido (n = 3), Francia (n = 2), Polonia (n = 1), Suecia (n = 1) y Portugal (n = 1). Otros estudios son del continente asiático (n = 5), tres de China, uno de Turquía y uno de Arabia Saudí. Por último, encontramos un artículo realizado en Australia. La mayoría de los artículos son posteriores al año 2020 (n = 33), habiendo ocho estudios del propio 2020, doce del 2021, cuatro del 2022 y nueve del 2023. El resto son de los años 2019 (n = 3), 2018 (n = 4), 2017 (n = 2), 2016 (n = 1), 2015 (n = 1), 2014 (n = 1) y 2013 (n = 2).

Tabla 1			
Principales características de los artículos (n = 47) por orden alfabético de las referencias			
Artículo	País	Tipo de estudio	Muestra
(Baiden, LaBrenz, Asiedua-Baiden, & Muehlenkamp, 2020)	Estados Unidos	Transversal	n = 13697 entre 14 y 18 años
(Barbeito, y otros, 2021)	España	Revisión sistemática	
(Barreto-Carvalho, Teixeira, Costa, Cordeiro, & Moura-Cabral, 2023)	Portugal	Transversal	n = 7918 entre 13 y 19 años
(Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020)	Cuba	Transversal	n = 154 entre 12 y 18 años
(Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala, & Barlow, 2015)	Estados Unidos	Metaanálisis	
(Bera, Souchon, Ladsous, Colin, & Lopez-Castroman, 2022)	Francia	Revisión bibliográfica	
(Buelga, Cava, Moreno-Ruiz, & Ortega-Barón, 2022)	España	Revisión sistemática	
(Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021)	Perú	Revisión sistemática	
(Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018)	Colombia	Revisión bibliográfica	
(Daine, y otros, 2013)	Reino Unido	Revisión sistemática	
(Dorol-Beauroy-Eustache & Mishara, 2021)	Canadá	Revisión sistemática	
(Duro-Parrilla, 2020)	España	Revisión narrativa	
(Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022)	España	Transversal	n = 1790 entre 14 y 18 años
(Frost, Casey, & O'Gorman, 2017)	Australia	Transversal	n = 679 entre 14 y 25 años
(Gracia, y otros, 2021)	España	Comparativo	
(Gu, Yao, He, & Cheng, 2023)	China	Transversal	n = 1638 entre 12 y 19 años
(Guarnizo-Chávez & Romero-Heredia, 2021)	Ecuador	Transversal retrospectivo	n = 97 entre 10 y 19 años
(Hawton, y otros, 2020)	Reino Unido	Revisión bibliográfica	
(He, y otros, 2023)	China	Metaanálisis	
(He, y otros, 2023)	China	Transversal	n = 149 entre 12 y 18 años

Tabla 1			
Principales características de los artículos (n = 47) por orden alfabético de las referencias			
Artículo	País	Tipo de estudio	Muestra
(Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020)	España	Revisión sistemática	
(Hertz, y otros, 2022)	Estados Unidos	Transversal	n = 567 entre 13 y 19 años
(Hill, y otros, 2021)	Estados Unidos	Retrospectivo	n = 12827 entre 11 y 21 años
(Llorca-Bofí, y otros, 2023)	España	Transversal	n = 342 menores de 18 años
(López-Steinmetz, 2017)	Argentina	Clínico epidemiológico	n = 1863 mayores de 15 años
(Manzar, Albougami, Usman, & Mamun, 2021)	Arabia Saudi	Exploratorio	
(Margarit-Soler, y otros, 2016)	España	Retrospectivo	n = 241 menores de 18 años
(Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013)	México	Revisión bibliográfica	
(Medina-Pérez, Blandón-Cuesta, & Barrera-Carvajal, 2021)	Colombia	Observacional y descriptivo	n = 174 entre 10 y 19 años
(Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021)	Chile	Transversal	n = 388 entre 10 y 21 años
(Mirkovic, y otros, 2021)	Francia	Prospectivo	n = 85 entre 15 y 19 años
(Molina & Restrepo, 2018)	Colombia	Revisión narrativa	
(O'Reilly, y otros, 2021)	Suecia	Transversal	n = 13850
(Orri, y otros, 2020)	Canadá	Cohorte	n = 1618 de 13, 15, 17 y 20 años
(Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023)	Cuba	Retrospectivo	n = 55 entre 10 y 18 años
(Paricio del Castillo & Pando-Velasco, 2020)	España	Revisión bibliográfica	
(Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020)	Cuba	Transversal retrospectivo	n = 46
(Poon, López-Jr, Marie-Shea, & Liu, 2023)	Estados Unidos	Prospectivo	n = 180 entre 13 y 17 años
(Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014)	España	Revisión bibliográfica	
(Sedgwick, Epstein, Dutta, & Ougrin, 2019)	Reino Unido	Revisión sistemática	
(Toomey, Syvertsen, & Shramko, 2018)	Estados Unidos	Transversal	n = 120617 entre 11 y 19 años
(Ursul & Herrera-Guerra, 2023)	Colombia	Transversal	n = 565 entre 15 y 17 años
(Villar-Cabeza, y otros, 2018)	España	Transversal	n = 75 entre 13 y 17 años
(Wang, 2023)	Estados Unidos	Revisión bibliográfica	
(Yard, y otros, 2021)	Estados Unidos	Informe	
(Yildiz, Orak, Walker, & Solakoglu, 2019)	Turquía	Transversal	n = 2035 entre 13 y 17 años
(Zygo, Pawlowska, Potemska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019)	Polonia	Transversal	n = 5685 entre 13 y 19 años

Los principales resultados de cada artículo los encontramos en la Tabla 2.

Según los artículos revisados, la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes oscila entre el 10 y el 41% para la ideación suicida y el 4 y el 33% para el intento de suicidio (He, y otros, 2023) (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020) (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021) (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (He, y otros, 2023) (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Ursul & Herrera-Guerra, 2023). En una revisión sistemática realizada en España, encuentran una prevalencia que fluctúa entre el 9,7% y el 77,2% (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-

Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020), que se explica por la diversidad de herramientas de medición y la pluralidad de los diseños de estudio.

Respecto a la edad encontramos resultados más uniformes. Se objetivó una mayor frecuencia de conducta suicida en el grupo etario de entre 15 y 19 años (Medina-Pérez, Blandón-Cuesta, & Barrera-Carvajal, 2021) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020), entre los 15 y 18 años (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020), entre los 14 y 19 (Barreto-Carvalho, Teixeira, Costa, Cordeiro, & Moura-Cabral, 2023), entre los 16 y los 18 (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) y entre los 18 y los 21 años (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021). López Steinmetz (2017) define la franja etaria de 15 a 24 años como factor de riesgo para el intento de suicidio. Orri y otros (2020) encontraron un aumento del 40% en la prevalencia de la ideación suicida grave al final de la adolescencia (17-20 años).

La mayoría de los artículos coinciden con lo explicado previamente en relación al sexo: el suicidio es más frecuente en hombres mientras que el resto de la conducta suicida y las autolesiones no suicidas son más frecuentes en mujeres (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020) (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021) (He, y otros, 2023) (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Orri, y otros, 2020) (Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019) (Wang, 2023) (Llorca-Bofi, y otros, 2023). Medina Pérez, Blandón Cuesta y Barrera Carvajal (2021), sin embargo, encuentran una tasa de suicidios mayor en el sexo femenino. Los autores mencionan a este respecto una serie de limitaciones psicológicas y culturales, haciendo probable que estos datos se expliquen por el aumento de desarraigo, abusos sexuales y de poder por parte de hombres y disminución de los recursos económicos debidos al conflicto armado presente en la región del país en la que se realizó la investigación. En un estudio realizado en Argentina, el sexo femenino predominó no solo en el intento de suicidio, sino en todos los motivos de consulta en el servicio de urgencias de salud mental (López-Steinmetz, 2017), lo cual impide a la autora concluir que el sexo femenino sea un factor de riesgo diferencial para el intento de suicidio. De hecho, al analizar el número total de asistentes a urgencias de salud mental por todos los motivos de consulta de cada sexo, el porcentaje de hombres que acudieron por intento de suicidio fue superior al porcentaje correspondiente en las mujeres. En el estudio realizado por Margarit Soler y otros (2016) la ideación suicida fue más frecuente en hombres, aunque coinciden con el resto de las investigaciones en la predominancia del intento de suicidio en mujeres.

El método más comúnmente empleado en los intentos de suicidio por parte de ambos sexos es la sobreingesta medicamentosa, particularmente de psicofármacos, entre los que destacan por su frecuencia las benzodiazepinas (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020). También se evidenció que aquellos adolescentes con una ideación suicida más estable en el tiempo y que planificaron el intento utilizaron métodos más agresivos, siendo esto más frecuente en pacientes con patología psiquiátrica previa, en los hombres y en aquellas personas que habían realizado intentos previos (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020). Por otra parte, los adolescentes que

no planificaron el acto utilizaron métodos menos letales. Frost, Casey y O’Gorman (2017) concluyeron que la intención de búsqueda de ayuda con amigos y familiares disminuyó según aumentaba la gravedad de las autolesiones no suicidas, aunque también descubrieron que los adolescentes que declararon que buscarían ayuda tras autolesionarse fueron aquellos con niveles más altos de estrés psicológico.

Dos estudios identificaron al grupo de adolescentes con nivel escolar preuniversitario como más proclive a presentar conducta suicida (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020). Cañón Buitrago y Carmona Parra (2018) encontraron un mayor riesgo de conducta suicida en adolescentes no escolarizados, aunque también señalan un alto riesgo en universitarios.

Villar Cabeza y otros (2018) examinaron una muestra de adolescentes con conducta suicida identificando dos perfiles en función de la manifestación de los síntomas: externalizante e internalizante. Encontraron un predominio del perfil externalizante en los adolescentes de la muestra, presentando estos además cuadros clínicos más graves que aquellos con perfil internalizante.

Tres estudios examinaron la asociación entre conducta suicida y adolescentes pertenecientes a minorías sexuales (Duro-Parrilla, 2020) (Baiden, LaBrenz, Asiedua-Baiden, & Muehlenkamp, 2020) (O’Reilly, y otros, 2021), constatando un aumento del riesgo en homosexuales y bisexuales. Toomey, Syvertsen y Shramko (2018) estudiaron específicamente a la población transexual, demostrando que la mayor tasa de intento de suicidio se encontraba en los adolescentes que pasaban de sexo femenino a masculino (50,8%) y que este riesgo aumentaba aún más cuando se identificaban como no heterosexuales. A parte de los factores de riesgo presentes en cualquier adolescente, Duro Parrilla (2020) incluye en esta subpoblación el inicio de las relaciones sexuales antes de los trece años y no cumplir con los roles de género como elementos de riesgo para el desarrollo de la conducta suicida.

Dentro de los rasgos de personalidad, cinco estudios exponen la impulsividad como una característica mayoritaria en los adolescentes que realizaron intentos de suicidio (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Villar-Cabeza, y otros, 2018) (Margarit-Soler, y otros, 2016). El estudio realizado por Méndez Bustos, Fuster Villaseca, Tapia Silva y López Castroman (2021) reportó un 39,2% de adolescentes con conducta altamente impulsiva. También encontraron que el 70,9% de la muestra presentó disregulación emocional, atributo también referido como factor de riesgo por otros autores (Mirkovic, y otros, 2021) (Poon, López-Jr, Marie-Shea, & Liu, 2023) (Barreto-Carvalho, Teixeira, Costa, Cordeiro, & Moura-Cabral, 2023). En este último estudio citado, especifican además que los hombres presentan menos niveles de regulación emocional que las mujeres.

Martín del Campo, González y Bustamante (2013) nos hablan de los factores neurobiológicos asociados a la conducta suicida, haciendo referencia a la disfuncionalidad del sistema serotoninérgico, así como a una mayor expresión en adolescentes suicidas de los niveles de citoquinas proinflamatorias y del factor de necrosis tumoral alfa en el área 10 de Brodman. Otros factores biológicos involucran los antecedentes de conducta suicida en familiares o en los propios pacientes (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Barbeito, y otros, 2021) y antecedentes de familiares con alcoholismo (Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019).

Tabla 2	
Resultados principales de los artículos sobre conducta suicida en adolescentes	
Artículo	Resultados
(Baiden, LaBrenz, Asiedua-Baiden, & Muehlenkamp, 2020)	Prevalencia ideación suicida = 17,7%; prevalencia intento de suicidio en el último año = 7,7%. El riesgo del intento de suicidio se multiplicó por 1,71 en los adolescentes hispanos y homosexuales; por 1,2 en adolescentes bisexuales negros o afroamericanos y por 2,44 en adolescentes bisexuales americanos, de Hawai o isleños del Pacífico.
(Barbeito, y otros, 2021)	Los trastornos psicóticos aumentan el riesgo de presentar conducta suicida. Los principales factores asociados con la conducta suicida en pacientes con psicosis fueron: historia o ingreso psiquiátricos previos, sexo femenino, conducta suicida anterior, historia familiar de suicidio y dependencia a la nicotina.
(Barreto-Carvalho, Teixeira, Costa, Cordeiro, & Moura-Cabral, 2023)	Fuerte relación negativa entre la ideación suicida y los recuerdos tempranos de seguridad en adolescentes con niveles altos de regulación emocional. Estos recuerdos fueron más frecuentes en hombres. Las mujeres mostraron niveles mayores de regulación emocional y mayor riesgo de ideación suicida. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo para las autolesiones no suicidas. Los recuerdos tempranos de seguridad y las autolesiones son más frecuentes en los adolescentes más jóvenes (13-14 años); mientras que la ideación suicida y la regulación emocional predominan en los adolescentes mayores (14-19 años).
(Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020)	La conducta suicida fue más frecuente entre 15 y 18 años (64,3%) y en mujeres (85,1%). Cerca del 90 % de los adolescentes con conducta suicida presentaban algún trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión. El método más empleado fue la sobreingesta medicamentosa (97,4%). Los principales factores de riesgo asociados con la conducta suicida en mujeres fueron los problemas de pareja y económicos y una mala comunicación con los padres; mientras que en los hombres son los problemas con iguales y de vivienda.
(Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala, & Barlow, 2015)	Todos los trastornos psiquiátricos supusieron un factor de riesgo para las autolesiones no suicidas, excepto el trastorno bipolar y el de ansiedad social. Aunque el trastorno de pánico y el de estrés postraumático mostraron asociaciones más fuertes, no fueron diferencias estadísticamente significativas respecto al resto de trastornos emocionales.
(Bera, Souchon, Ladsous, Colin, & Lopez-Castroman, 2022)	Durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 aumentaron los trastornos internalizantes en los adolescentes (ansiedad, depresión, síntomas de TEPT y trastornos alimentarios). En las fases más tardías, se incrementó la conducta suicida, especialmente en el sexo femenino.
(Buelga, Cava, Moreno-Ruiz, & Ortega-Barón, 2022)	Tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio fueron significativamente más frecuentes en adolescentes que sufrían cyberbullying. El riesgo de ideación suicida y autolesiones fue mayor en mujeres. La edad con mayor prevalencia de ideación suicida fueron los 15 años; y, de intento de suicidio, los 17.
(Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021)	Se distinguen dos tipos de factores relacionados con la conducta suicida: psicológicos (depresión y su sintomatología acompañante, impulsividad, insatisfacción corporal, ideación suicida, intentos de suicidio previos y autoestima) y sociales (disfuncionalidad familiar, violencia doméstica o en la relación, control paterno psicológico y conductual, bullying y cyberbullying, problemas académicos y de integración escolar, pérdida interpersonal, eventos estresantes, conducta suicida en el entorno, consumo de tóxicos diario y bajo nivel económico).
(Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018)	Prevalencia de ideación suicida = 10-35%; prevalencia de intento de suicidio = 5-15%. La conducta suicida es más frecuente en mujeres jóvenes y en no escolarizados, aunque los universitarios presentaron alto riesgo de conducta suicida, especialmente en presencia de depresión o consumo de alcohol. Los principales factores de riesgo fueron 1) emociones negativas y eventos estresantes; 2) interacciones familiares, conyugales e interpersonales; 3) factores biopsicosociales y 4) problemas laborales y desigualdad social.
(Daine, y otros, 2013)	La adicción a internet moderada o severa implica un incremento del riesgo de autolesiones no suicidas, asociándose además con el empleo de métodos violentos. Niveles más altos de adicción se relacionan con trastornos depresivos e ideación suicida.
(Dorol-Beauroy-Eustache & Mishara, 2021)	Factores asociados con un aumento del riesgo suicida en adolescentes que sufren cyberbullying: trastorno del espectro autista, trastornos intelectuales y del desarrollo, obesidad, tener asma y gravedad del acoso, entre otros. Factores protectores: conexión escolar, educación parental restrictiva, apoyo de los padres, satisfacción con la vida, dieta saludable, habilidades personales y cenas familiares.
(Duro-Parrilla, 2020)	El riesgo de conducta suicida aumenta en los adolescentes bisexuales y homosexuales en comparación con los heterosexuales. Factores de riesgo de conducta suicida en las minorías sexuales: drogas, bullying, relaciones interpersonales de escasa calidad o ausencia de las mismas,

Tabla 2	
Resultados principales de los artículos sobre conducta suicida en adolescentes	
Artículo	Resultados
	inicio de las relaciones sexuales antes de los 13 años, no cumplir los roles de género asignados por la sociedad y experiencias adversas en la infancia. El principal factor protector fue la buena conectividad social.
(Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022)	Asociación positiva entre la conducta suicida y problemas emocionales y de conducta, depresión y bullying. El factor con la asociación más fuerte fue la depresión, y el que presentó una mayor influencia esperada fue el bullying. Asociación negativa entre la conducta suicida y la autoestima y el bienestar personal subjetivo.
(Frost, Casey, & O'Gorman, 2017)	Relación negativa estadísticamente significativa entre estrés psicológico, ideación suicida y autolesiones no suicidas y la búsqueda de ayuda en familiares y amigos. Al aumentar la gravedad de las autolesiones, la intención de buscar ayuda disminuyó. Aquellos que informaron que buscarían ayuda después de haberse autolesionado fueron los que sufrían un estrés psicológico mayor.
(Gracia, y otros, 2021)	Se registraron 690 intentos de suicidio en adolescentes entre marzo de 2020 y marzo de 2021 (frente a los 552 del año anterior), suponiendo un incremento del 25%. Los intentos de suicidio en adultos descendieron un 16.5% en el mismo periodo. Las tasas de intento de suicidio en varones adolescentes se mantuvieron estables, mientras que se incrementaron notablemente en mujeres adolescentes, especialmente al comienzo del curso escolar, cuando se incrementaron un 195% en comparación con los 6 meses previos.
(Gu, Yao, He, & Cheng, 2023)	La educación parental autoritaria ejerce un efecto directo en el aumento de las autolesiones no suicidas y un efecto indirecto a través de la alienación. Tanto el efecto directo como el indirecto fueron mitigados a través de las habilidades de reevaluación cognitiva.
(Guarnizo-Chávez & Romero-Heredia, 2021)	Ligero aumento en el número de suicidios durante el estado de excepción en el año 2020 en Ecuador, sin registrarse incrementos estadísticamente significativos. El número más alto de suicidios en adolescentes se dio en varones entre 15 y 19 años, siendo la edad más frecuente los 19 años.
(Hawton, y otros, 2020)	La agrupación del comportamiento suicida es más común en los jóvenes (<25 años). Mecanismos probablemente implicados: exposición directa al comportamiento, informes de los medios de comunicación, percepción de que el comportamiento suicida está muy extendido e individuos susceptibles que tienden a socializar con personas con factores de riesgo para conducta suicida. Internet y las redes sociales pueden tener un papel particularmente importante.
(He, y otros, 2023)	Asociación positiva significativa entre la adicción a internet y la conducta suicida y las autolesiones no suicidas. Las autolesiones fueron más frecuentes en estudiantes de secundaria que en los universitarios; mientras que estos últimos presentaron un mayor riesgo de ideación suicida.
(He, y otros, 2023)	Las autolesiones no suicidas de bajo riesgo son más frecuentes que las de alto riesgo. Factores relacionados con las autolesiones no suicidas de alto riesgo: depresión, sexo femenino, experiencia de abandono, familia monoparental y bullying.
(Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020)	Prevalencia de conducta suicida muy variable = 9,7-77,2% Factores de riesgo: consumo de drogas, depresión, ansiedad, conducta suicida en familiares, mala relación con los padres, maltrato físico y psicológico, rendimiento académico bajo e ideación suicida previa.
(Hertz, y otros, 2022)	Los alumnos con asistencia escolar virtual presentaron peor salud mental, síntomas más persistentes de depresión y mayor probabilidad de ideación suicida. Una mayor conexión con la escuela y con la familia amortiguaban esta asociación, siendo especialmente relevante el vínculo escolar.
(Hill, y otros, 2021)	La tasa de ideación suicida fue significativamente mayor en los meses de marzo y julio de 2020 y los intentos de suicidio aumentaron en febrero, marzo, abril y julio de 2020 en comparación con los mismos meses de 2019.
(Llorca-Bofí, y otros, 2023)	La asistencia de adolescentes a urgencias psiquiátricas se incrementó un 83,5% durante el segundo estado de alarma de la pandemia por COVID-19, siendo los pacientes más jóvenes y con menos antecedentes psiquiátricos. El aumento de las tasas de atención de ideación suicida no fue estadísticamente significativo. Factores de riesgo independientes para presentar conducta suicida: sexo femenino, convivencia con familiares y padecer un trastorno depresivo.
(López-Steinmetz, 2017)	El intento de suicidio ocupó el 25,82% de todas las consultas de salud mental, siendo la mediana de edad por este motivo de consulta de 24 años. El sexo femenino predominó en todos los motivos de consulta. La franja etaria de 15-24 años se mostró como un marcador de riesgo diferencial-demográfico.
(Manzar, Albougami,	El número de casos de suicidio fue mayor en hombres, con una edad media de 16,6 ± 2,7 años. Los factores más frecuentemente relacionados fueron depresión, soledad y angustia; mientras que la

Tabla 2	
Resultados principales de los artículos sobre conducta suicida en adolescentes	
Artículo	Resultados
Usman, & Mamun, 2021)	educación virtual y la angustia académica supusieron los segundos factores más estresantes, seguidos de la adicción a la red social TikTok.
(Margarit-Soler, y otros, 2016)	Tasa anual de intento de suicidio en los adolescentes atendidos en urgencias = 4,2‰. El 17,4% había presentado intentos previos. El intento de suicidio es más frecuente en mujeres y la mayoría de las veces no existe planificación previa (solo el 24,5% presentaba ideación previa). La ideación suicida fue más frecuente en hombres. Los hombres presentan con más frecuencia trastornos antisociales y abuso de sustancias. El 65,1% de los adolescentes tenía antecedentes psiquiátricos, siendo la depresión el trastorno más frecuente. El mecanismo suicida más frecuente fue la intoxicación medicamentosa (94,2%), predominantemente con psicofármacos.
(Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013)	Factores principales relacionados con el suicidio en adolescentes: los aspectos neurobiológicos, la desesperanza, los trastornos psiquiátricos, la impulsividad, el embarazo, los trastornos de alimentación, el bullying y el cyberbullying, el desempleo y la música, entre otros.
(Medina-Pérez, Blandón-Cuesta, & Barrera-Carvajal, 2021)	El 85,1% de los adolescentes fallecidos por suicidio tenía entre 15 y 19 años. La tasa de suicidio fue mayor en mujeres. El método más utilizado fue el envenenamiento. En los adolescentes que mantenían una relación de pareja la tasa de suicidio fue menor. El porcentaje de suicidios en el último quinquenio fue menor que en el anterior (21,8% frente a 28,2%, respectivamente).
(Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021)	El 30,4% de los adolescentes confesó haber deseado estar muerto durante el último mes y el 41,0% pensó en quitarse la vida. El 33,2% intentó suicidarse al menos una vez y el 58% presentó autolesiones no suicidas en algún momento. El 39,2% de los adolescentes presentó una conducta altamente impulsiva y el 70,9% tenía disregulación emocional. Los adolescentes con mayor riesgo de conducta suicida y autolesiones fueron aquellos de entre 18 y 21 años y las mujeres.
(Mirkovic, y otros, 2021)	La disregulación emocional ejerce un papel mediador en el aumento de riesgo de la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad. El trastorno depresivo mayor supone un factor de riesgo añadido para conducta suicida en pacientes con esta patología.
(Molina & Restrepo, 2018)	El internet puede suponer tanto un factor de riesgo para la conducta suicida en adolescentes como un factor protector.
(O'Reilly, y otros, 2021)	La identificación como minoría sexual se asoció con una probabilidad dos veces mayor de intento de suicidio y autolesión no suicida en comparación con los adolescentes heterosexuales. Esta asociación se atenuó, aunque se mantuvo positiva, al ajustar los factores genéticos y ambientales.
(Orri, y otros, 2020)	Prevalencia de ideación suicida pasiva (sin planificación) = 22,2%; prevalencia de ideación suicida grave = 9,8%; prevalencia de intento de suicidio 6,7%. Las mujeres presentan una prevalencia dos veces mayor que los hombres. En general, las tasas de ideación pasiva y de ideación grave aumentaron con el tiempo, pero se mantuvieron estables para el intento de suicidio. Se demostró una relación entre todos los problemas de salud mental y el suicidio en todas las edades. Esta asociación fue más fuerte con las formas más graves de conducta suicida (ideación pasiva < ideación grave < intento). La ideación suicida se asoció con los problemas de internalización y el intento de suicidio estuvo relacionado con los síntomas depresivos y de conducta.
(Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023)	Más del 50% de los pacientes atendidos tenía entre 16 y 18 años, siendo la mayoría mujeres (85,4%) y de procedencia urbana (85,4%). Lo más frecuente fue encontrar un nivel económico bajo y medio (90,9%) y familias disfuncionales (81,8%), constituyendo los problemas en el hogar el motivo más frecuente de intento suicida (60%). La sobreingesta medicamentosa fue el método principal (92,7%). El 41,8% de los adolescentes refirió haber sufrido algún tipo de maltrato y, un 29,1%, maltrato físico.
(Paricio del Castillo & Pando-Velasco, 2020)	Se identifica el confinamiento una causa de empeoramiento de la salud mental y física de la población infanto-juvenil, debido a que el cierre de las escuelas, la limitación de las relaciones interpersonales y la disminución de la actividad física exterior pueden afectar su desarrollo. La pandemia por COVID-19 se ha asociado con un aumento de algunos factores de riesgo para el desarrollo de la conducta suicida (aislamiento y violencia intrafamiliar, pobreza, hacinamiento y abuso de nuevas tecnologías).
(Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020)	El grupo mayoritario estaba formado por los individuos entre 15 y 19 años, preuniversitarios y solteros. Los factores de riesgo sociales más frecuentes fueron el consumo excesivo de alcohol y los patrones imitativos. Dentro de los factores de riesgo individuales destacaron la ruptura de pareja, la depresión y ciertos rasgos de personalidad como la manipulación y la impulsividad. Aquellas personas que planearon el intento de suicidio y usaron un método más severo tenían un verdadero deseo de morir; mientras que los que utilizaron métodos menos letales no planificaron el intento, lo llevaron a cabo en lugares más accesibles y lo comunicaron previamente a familiares y amigos.

Tabla 2	
Resultados principales de los artículos sobre conducta suicida en adolescentes	
Artículo	Resultados
(Poon, López-Jr, Marie-Shea, & Liu, 2023)	La exposición temprana a experiencias de amenaza interpersonal puede comprometer el desarrollo efectivo de estrategias de regulación emocional adaptativas, lo que a su vez puede contribuir a la aparición y/o mantenimiento de la conducta suicida en la adolescencia.
(Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014)	Se encuentran distintas variables (cognitivas, afectivas, conductuales, de personalidad y ecológicas) que de forma sumativa promueven la protección de los adolescentes frente a la conducta suicida, llegando incluso a mitigar el efecto de los factores de riesgo.
(Sedgwick, Epstein, Dutta, & Ougrin, 2019)	Asociación directa significativa entre el aumento de intentos de suicidio y el uso intenso de internet y redes sociales. Esta relación se debilitó tras controlar estadísticamente las variables de bullying y trastornos del sueño. Dos de los estudios de esta revisión mostraron que un cierto uso de redes sociales e internet puede suponer un menor número de suicidios que ningún uso de estos.
(Toomey, Syvertsen, & Shramko, 2018)	Un 14,1% de los adolescentes informaron de al menos un intento de suicidio. Se demostró una relación entre la conducta suicida y la identidad de género. Los adolescentes que pasaron de sexo femenino a masculino presentaron la tasa de intento de suicidio más elevada (50,8 %), seguidos de los que se identificaron como no binarios (41,8 %), masculinos a femeninos (29,9 %), adolescentes que se cuestionan su identidad de género (27,9 %), mujeres (17,6%) y varones (9,8%). El riesgo de todos ellos (excepto de los no binarios) se incrementó al identificarse como no heterosexual.
(Ursul & Herrera-Guerra, 2023)	El riesgo de suicidio (medido con la Escala de riesgo de suicidio de Plutchik) fue de un 28,8%. El 34% pensó alguna vez en suicidarse, el 20% compartió este pensamiento con alguien y el 17% intentó suicidarse. Se encontró una asociación significativa entre el riesgo de suicidio y algunas estrategias de afrontamiento al estrés (evitación emocional, expresión de la dificultad de afrontamiento y religión).
(Villar-Cabeza, y otros, 2018)	Se distinguen dos perfiles: internalizante y externalizante. El perfil externalizante estuvo presente en el 72% de los adolescentes con conducta suicida, presentando además cuadros de mayor gravedad.
(Wang, 2023)	Los adolescentes expuestos a experiencias familiares adversas tienen más probabilidades de experimentar depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental, lo que puede aumentar su riesgo de suicidio. Los dos grupos con mayor riesgo de suicidio tienen niveles mucho más altos de exposición a violencia doméstica y abuso de sustancias. No se encontraron cambios significativos en la edad, el rendimiento académico, la raza o la estructura familiar.
(Yard, y otros, 2021)	En el mes de mayo de 2020 las consultas a los servicios de urgencias por intento de suicidio empezaron a incrementarse entre los adolescentes de 12 a 17 años, especialmente en el sexo femenino. Del 21 de febrero al 20 de marzo de 2021, las consultas por intento de suicidio en urgencias fueron un 50,6 % más altas en las adolescentes de sexo femenino de 12 a 17 años respecto al mismo período de 2019; mientras que en el sexo masculino se incrementaron solo un 3,7%.
(Yildiz, Orak, Walker, & Solakoglu, 2019)	La exposición a la conducta suicida de otras personas incrementó el riesgo de intento de suicidio de forma significativa, siendo este aumento mayor en el sexo femenino.
(Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019)	El 24,66% de los adolescentes entrevistados manifestó tener ideación suicida, el 15,55% planes suicidas, y el 4,37% intentos de suicidio. Factores de riesgo asociados: género femenino, ingesta de sustancias psicoactivas, huir de casa, familia monoparental, adicción de los familiares al alcohol y las experiencias de violencia.

Hasta un 90% de los adolescentes con conducta suicida presentaban algún trastorno psiquiátrico en el estudio realizado por Barrueto Peña, Corrales Gongora y Gonzalez Arteaga. En un estudio retrospectivo realizado en un servicio de urgencias de España, el 65,1% de los adolescentes tenía antecedentes psiquiátricos (Margarit-Soler, y otros, 2016). Los trastornos psiquiátricos fueron identificados como factor de riesgo para la conducta suicida en múltiples estudios (Barbeito, y otros, 2021) (Mirkovic, y otros, 2021) (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (He, y otros, 2023) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Wang, 2023) (Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022) (Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala, & Barlow, 2015), siendo el más fuertemente asociado la depresión. Orri y otros (2020) describieron que esta asociación fue más intensa en las formas graves de conducta suicida. En los pacientes con trastorno límite de la personalidad

el aumento del riesgo de conducta suicida estuvo mediado por la inherente disregulación emocional presente en estos pacientes (Mirkovic, y otros, 2021).

Otros factores psicológicos relevantes en las investigaciones fueron la baja autoestima, la ansiedad, la desesperanza y el estrés (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022) (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019) (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Wang, 2023). Varios estudios informaron también sobre el consumo de alcohol, tabaco y otros tóxicos como factor de riesgo para presentar ideas o intentos de suicidio (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019) (Wang, 2023) (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020).

En cuanto a los factores sociales, múltiples autores evidenciaron la asociación entre un nivel económico bajo (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021), el desempleo (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) y los problemas laborales y de desigualdad (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) y la conducta suicida. En la investigación llevada a cabo por Barrueto Peña, Corrales Gongora y González Arteaga (2020) un 83% de los adolescentes que refirieron problemas económicos fueron mujeres, las cuales también presentaron más problemas de pareja (91,7%) y familiares (86,7%). Por otra parte, los problemas más reportados por los hombres fueron los relacionados con la vivienda y con sus coetáneos.

Las dificultades en las relaciones de pareja fueron igualmente identificadas como factores de riesgo para la conducta suicida en otros tres estudios (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020), aunque el mantener una buena relación de pareja disminuye el riesgo en comparación con los adolescentes solteros (Medina-Pérez, Blandón-Cuesta, & Barrera-Carvajal, 2021).

Los adolescentes que residen en zonas urbanas también presentaron mayor riesgo de conducta suicida que aquellos que viven en zonas rurales según algunos estudios (Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019) (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020)

Uno de los factores de riesgo sociales más constantes las distintas investigaciones es el bullying o acoso escolar (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Duro-Parrilla, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (He, y otros, 2023) (Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022). Así mismo, tanto el maltrato físico como el psicológico y cualquier otro tipo de violencia sufrida aumentan el riesgo de presentar ideación suicida o intentos de suicidio (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019) (Wang, 2023). El bajo rendimiento escolar o el fracaso académico también tuvieron importancia en los artículos encontrados (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020)

(Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013).

Un fenómeno importante descrito en varios artículos es el agrupamiento de la conducta suicida o *clustering* (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) que se produce por los patrones imitativos por parte de los adolescentes. Dos de los artículos de la presente revisión estudian especialmente esta circunstancia (Hawton, y otros, 2020) (Manzar, Albougami, Usman, & Mamun, 2021), confirmando que la exposición a la conducta suicida de otras personas incrementa el riesgo de desarrollarla. El suicidio agrupado es más frecuente en hombres, mientras en las mujeres es más frecuente el agrupamiento de intentos de suicidio y autolesiones no suicidas. Hawton y otros (2020) determinan que este fenómeno es más común en menores de 25 años, y definen posibles mecanismos implicados como los medios de comunicación o la exposición directa al comportamiento.

El papel del internet y las redes sociales tiene una gran trascendencia en el tema que nos ocupa. Numerosos estudios han demostrado la asociación positiva entre el uso intenso de estas tecnologías y la conducta suicida (He, y otros, 2023) (Molina & Restrepo, 2018) (Sedgwick, Epstein, Dutta, & Ougrin, 2019) (Daine, y otros, 2013), si bien alguno de ellos indica que un uso limitado podría relacionarse con un menor número de suicidios que no hacer ningún uso (Sedgwick, Epstein, Dutta, & Ougrin, 2019). El uso de internet y de redes sociales está implicado en el fenómeno previamente comentado de agrupamiento (Hawton, y otros, 2020), ejerciendo también su efecto negativo a través del cyberbullying, factor de riesgo conocido para la aparición de conducta suicida en adolescentes (Buelga, Cava, Moreno-Ruiz, & Ortega-Barón, 2022) (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Dorol-Beauroy-Eustache & Mishara, 2021) (Daine, y otros, 2013). Molina y Restrepo (2018) señalan que, a pesar de constituir un factor de riesgo, el uso de internet podría funcionar también como factor protector de la conducta suicida, en aquellos casos en los que se utilice como medio de búsqueda de apoyo y ayuda. Dorol Beauroy Eustache y Mishara (2021) identifican factores de riesgo relacionados específicamente con el cyberbullying, algunos de los cuales son: trastorno del espectro autista, trastornos intelectuales y del desarrollo, obesidad, asma y gravedad del acoso.

El último factor relacionado con el aumento de la conducta suicida en adolescentes es la pandemia por COVID-19. Varios autores han estudiado su implicación en la salud mental de los adolescentes. Algunos de ellos registraron un aumento significativo de la conducta suicida desde las primeras etapas de la pandemia (Yard, y otros, 2021) (Gracia, y otros, 2021) (Manzar, Albougami, Usman, & Mamun, 2021) (Hill, y otros, 2021), mientras que otros no identificaron incrementos estadísticamente significativos en estos primeros momentos (Bera, Souchon, Ladsous, Colin, & Lopez-Castroman, 2022) (Guarnizo-Chávez & Romero-Heredia, 2021) (Llorca-Bofí, y otros, 2023). Sin embargo, todos ellos coinciden en un aumento en fases más tardías. Yard y otros (2021) detectaron entre el 21 de febrero y el 20 de marzo de 2021 un incremento del 50,6% en las consultas por intento de suicidio en urgencias en mujeres, frente al aumento del 3,7% en varones, en comparación con el mismo periodo en el 2019. Un estudio realizado en España registró 690 intentos de suicidio en adolescentes desde marzo de 2020 a marzo de 2021 frente a los 552 intentos de suicidio del año previo, suponiendo un incremento del 25% (Gracia, y otros, 2021). Durante ese mismo periodo, los intentos de suicidio realizados por adultos descendieron un 16,5%. Al inicio del curso escolar identificaron un aumento del 195% en los intentos de suicidio de mujeres adolescentes respecto a los seis meses previos

(mientras que en varones las tasas se mantuvieron estables). Manzar, Albougami, Usman y Mamun (2021) afirman que un 73% de los suicidios reportados entre el 15 de febrero y el 6 de julio de 2020 se produjeron en los meses de abril y mayo, siendo la edad media de $16,6 \pm 2,7$ años. En otra investigación llevada a cabo en un servicio de urgencias psiquiátricas de España se registró un incremento del 83,5% de la asistencia por parte de adolescentes durante el segundo estado de alarma, siendo estos pacientes más jóvenes de lo habitual y con menos antecedentes psiquiátricos (Llorca-Bofí, y otros, 2023). Paricio del Castillo y Pando Velasco (2020) definen algunas circunstancias que pueden estar implicadas en el empeoramiento de la salud mental infanto-juvenil desde el comienzo de la pandemia por COVID-19: cierre de las escuelas, disminución de las relaciones entre iguales y de la actividad física exterior, aislamiento y aumento de la violencia doméstica, pobreza y abuso de las nuevas tecnologías. Otro factor que ha demostrado intervenir en el deterioro de la salud mental de los jóvenes es la asistencia virtual a las escuelas (Hertz, y otros, 2022). Un estudio realizado en Ecuador encontró que el mayor número de casos de suicidio se produjo en varones de entre 15 y 19 años, siendo los 19 años la edad más frecuente (Guarnizo-Chávez & Romero-Heredia, 2021).

Tabla 3	
Factores que fomentan la resiliencia frente al suicidio en adolescentes	
Factores internos	Cognitivos
	– Autoconcepto positivo
	– Autorregulación y flexibilidad cognitiva
	– Estilo atribucional positivo
	– Razones para vivir
	Afectivos
	– Autocontrol emocional
– Esperanza	
– Autoestima	
– Gratitud	
– Perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad	
Conductuales	
– Control de los impulsos	
– Habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata	
– Expresión de emociones	
– Gestión de conflictos	
Personalidad	
– Sentido del humor	
– Empatía	
– Búsqueda del sentido de la vida	
Factores externos	Ecológicos
	– Apoyo social de tipo emocional
	– Experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales
	– Relaciones positivas con familia, compañeros de instituto y profesores
	– Redes sociales estructuradas (familia, amigos y barrio)
	– Dificultad de acceso a métodos de suicidio
	– Sentido de pertenencia a un grupo o cultura
	– Activismo social
	– Amplificar los valores relacionados con la identidad sexual y étnica
	– Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria
– Formación en diversidad sexual y étnica en profesionales	

En cuanto a los factores protectores, Sánchez Teruel y Robles Bello (2014) realizan una revisión de la literatura recopilando en varias categorías los distintos factores que fomentan la resiliencia frente al suicidio en adolescentes (cognitivos, afectivos, conductuales, de personalidad y ecológicas), las cuales se encuentran detalladas en la Tabla 3. Las variables más

relacionadas con la reducción del riesgo de conducta suicida en adolescentes en el resto de los estudios fueron el apoyo social (en especial la conexión familiar y escolar) (Hertz, y otros, 2022) (Duro-Parrilla, 2020) (Dorol-Beauroy-Eustache & Mishara, 2021) (Buelga, Cava, Moreno-Ruiz, & Ortega-Barón, 2022) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) y la autoestima (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022). Una buena funcionalidad familiar también se asoció con una amortiguación de los factores de riesgo (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020), así como un estilo de vida saludable (Buelga, Cava, Moreno-Ruiz, & Ortega-Barón, 2022) (Dorol-Beauroy-Eustache & Mishara, 2021).

5 Discusión

La prevalencia de la conducta suicida en adolescentes es variable entre los estudios, seguramente debido a los distintos métodos utilizados para su medición y a la diversidad de las muestras entre los diferentes artículos. Sin embargo, a pesar de esta variabilidad, todos los autores coinciden en que las cifras son verdaderamente alarmantes y confirman el aumento de la conducta suicida en la población adolescente los últimos años, considerándola especialmente vulnerable a estos fenómenos (He, y otros, 2023) (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020) (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021) (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (He, y otros, 2023) (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Ursul & Herrera-Guerra, 2023).

A pesar de la discordancia en las edades de las muestras de las distintas publicaciones, varias coinciden en que el grupo de adolescentes perteneciente a la franja etaria que se pretende investigar en este trabajo (15-20 años) es el que presenta un mayor riesgo de conducta suicida (Medina-Pérez, Blandón-Cuesta, & Barrera-Carvajal, 2021) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020) (Barreto-Carvalho, Teixeira, Costa, Cordeiro, & Moura-Cabral, 2023) (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021) (López-Steinmetz, 2017). Durante esta etapa suceden múltiples cambios en todas las esferas vitales (biológica, psicológica y social), que junto con la inmadurez característica de estas edades y en presencia de determinados factores de riesgo que analizaremos posteriormente explicarían la vulnerabilidad de los adolescentes ante la conducta suicida.

En cuanto a la diferencia entre sexos, los hallazgos de la presente revisión concuerdan con la literatura preexistente, afirmando que la conducta suicida y las autolesiones no suicidas predominan en mujeres (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020) (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021) (He, y otros, 2023) (Cañón-Buitrago & Carmona-Parra, 2018) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Orri, y otros, 2020) (Zygo, Pawlowska, Potembska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019) (Wang, 2023) (Llorca-Bofí, y otros, 2023), aunque los hombres consuman el acto más frecuentemente y además utilizan métodos más letales en los intentos de suicidio (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020). Medina Pérez, Blandón Cuesta y Barrera Carvajal (2021). Un elemento clave que puede explicar estos datos es la diferencia de comunicación entre hombres y mujeres. Mientras que los hombres son más reacios a mostrar vulnerabilidad, las mujeres son más partidarias de buscar ayuda en circunstancias de crisis, acudiendo más frecuentemente a los servicios de salud mental con motivo de la conducta suicida y pudiendo así recibir la asistencia adecuada, lo que podría aclarar también por qué se suicidan menos a pesar de padecer trastornos depresivos con mayor frecuencia que el sexo opuesto (World Health Organization, 2023).

Un porcentaje de los adolescentes que oscila entre el 81% y el 97% empleó como método de intento de suicidio la intoxicación medicamentosa, siendo el fármaco más frecuentemente utilizado para este fin las benzodiazepinas (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Barrueto-Peña, Corrales-Gongora, & González-Arteaga, 2020). Pérez Arteaga, Carballea Barrera, Valdés López y Valdés cruz (2020) mencionan que en aquellos casos en los que existía planificación del intento aumentó la letalidad de los métodos empleados (como utilización de objetos punzantes o sustancias tóxicas); mientras que los adolescentes que no presentaban ideación suicida previa utilizaron métodos menos agresivos (entre los que se incluye la sobreingesta medicamentosa). Además, los pacientes de este último grupo confesaron estar sufriendo problemas familiares o de pareja, lo cual podría sugerir una búsqueda de refuerzo social y no una verdadera intención de quitarse la vida.

Dentro de los factores psicológicos el que mostró una asociación más fuerte con la conducta suicida en adolescentes fue el trastorno depresivo (Mirkovic, y otros, 2021) (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (He, y otros, 2023) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022), que se asoció además con cuadros más graves de conducta suicida (Orri, y otros, 2020).

La impulsividad es una característica frecuente en la personalidad de los adolescentes, que interviene en el aumento de la vulnerabilidad de estos ante la conducta suicida, como señalan varios estudios (Martín-del-campo, González, & Bustamante, 2013) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Villar-Cabeza, y otros, 2018) (Margarit-Soler, y otros, 2016) (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021). A estas edades aún no se han desarrollado por completo las estrategias de regulación emocional necesarias para mitigar los factores que predisponen a desarrollar la conducta suicida, lo cual unido a determinadas circunstancias que impiden este desarrollo (como exposición temprana a amenazas interpersonales, educación parental autoritaria o disfuncionalidad familiar, entre otras) conlleva a una situación de disregulación emocional que actúa como factor de riesgo para la conducta suicida y las autolesiones no suicidas (Poon, López-Jr, Marie-Shea, & Liu, 2023) (Méndez-Bustos, Fuster-Villaseca, Tapia-Silva, & López-Castroman, 2021) (Mirkovic, y otros, 2021) (Barreto-Carvalho, Teixeira, Costa, Cordeiro, & Moura-Cabral, 2023).

Un evento excepcional que ha comprometido el desarrollo de la regulación emocional en los adolescentes es la pandemia por COVID-19. La suspensión de las clases presenciales y la limitación de las relaciones interpersonales en una etapa vital tan crítica pueden haber sido los mediadores que han llevado a la falta de estrategias de afrontamiento emocional en adolescentes (Paricio del Castillo & Pando-Velasco, 2020), resultando esto en un aumento de su asistencia a los servicios de urgencia de salud mental, el cual fue especialmente marcado en las fases más tardías de la pandemia, según informan múltiples investigaciones (Yard, y otros, 2021) (Gracia, y otros, 2021) (Manzar, Albougami, Usman, & Mamun, 2021) (Hill, y otros, 2021) (Bera, Souchon, Ladsous, Colin, & Lopez-Castroman, 2022) (Guarnizo-Chávez & Romero-Heredia, 2021) (Llorca-Bofí, y otros, 2023). Esta explicación nos ayudaría a entender por qué se produjo este incremento de los intentos de suicidio en adolescentes a la par que los intentos de suicidio en adultos descendieron un 16,5% entre marzo de 2020 y marzo de 2021, como informaron Gracia y otros (2021). La pandemia por COVID-19 no solo ejerció un efecto indirecto en el aumento de la conducta suicida a través de la detención del desarrollo de los adolescentes, sino

que también implicó un aumento de forma directa de muchos factores de riesgo reconocidos para la aparición de este comportamiento, como la depresión y la ansiedad, la violencia intrafamiliar, los problemas económicos, el bajo rendimiento académico y el uso abusivo del internet y redes sociales, entre otros (Paricio del Castillo & Pando-Velasco, 2020) (Hertz, y otros, 2022) (Bera, Souchon, Ladsous, Colin, & Lopez-Castroman, 2022) (Manzar, Albougami, Usman, & Mamun, 2021). El efecto global de la pandemia en la salud mental de la población adolescente fue mayor en el sexo femenino (Yard, y otros, 2021) (Gracia, y otros, 2021) (Llorca-Bofí, y otros, 2023).

La adicción a las nuevas tecnologías también es un hecho que afecta más a los adolescentes que a los adultos, y podemos explicar su implicación en el aumento de la conducta suicida, además de a través del debilitamiento de los vínculos sociales, mediante otros dos fenómenos también característicos de estas edades. El bullying o acoso escolar supone un claro factor de riesgo para la ideación suicida y los intentos de suicidio, que ya no ocurre solo en el entorno escolar sino también a través de las redes sociales, lo que se conoce como cyberbullying (Buelga, Cava, Moreno-Ruiz, & Ortega-Barón, 2022) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Dorol-Beauroy-Eustache & Mishara, 2021). Otro suceso interesante es el agrupamiento de la conducta suicida, también llamado *clustering*, que hace referencia a los patrones imitativos presentes de forma más frecuente en menores de 25 años y que convierte la exposición a la conducta suicida de otras personas (ya sea de forma directa, a través de los medios de comunicación o de internet) en un factor de riesgo para la aparición de estas actitudes en adolescentes (Hawton, y otros, 2020) (Molina & Restrepo, 2018).

Ortega Mendoza, Alonso Gutiérrez, Fernández Alpizar y Pérez García (2023) pusieron de manifiesto la gran influencia del entorno familiar en la salud mental de los adolescentes, encontrando que en un 60% de los casos de intento de suicidio la causa fueron los problemas familiares. Las familias disfuncionales y monoparentales, un estilo educacional autoritario, los eventos familiares adversos, la falta de apoyo por parte de los padres o una mala relación con estos fueron expuestos como factores favorecedores de la aparición de conducta suicida en este grupo etario (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Ortega-Mendoza, Alonso-Gutiérrez, Fernández-Alpizar, & Pérez-García, 2023) (Zygo, Pawlowska, Potemska, Dreher, & Kapka-Skrzypczak, 2019) (He, y otros, 2023) (Wang, 2023) (Gu, Yao, He, & Cheng, 2023)

Otros factores de riesgo especificados en las publicaciones revisadas son: factores neurobiológicos, antecedentes de conducta suicida en la familia, vivir en zonas urbanas pertenecer a una minoría sexual, bajo nivel económico y fracaso académico.

Menos autores investigaron acerca de los factores protectores. El estudio que más detalló este apartado fue el llevado a cabo por Sánchez Teruel y Robles Bello (2014), que definieron una serie de variables protectoras que hemos plasmado en la tabla 3. Asimismo, otros artículos exponen como agentes más importantes en la disminución del riesgo una buena conectividad familiar y escolar, un buen nivel de autoestima, una funcionalidad familiar adecuada y un estilo de vida saludable (Hertz, y otros, 2022) (Duro-Parrilla, 2020) (Dorol-Beauroy-Eustache & Mishara, 2021) (Buelga, Cava, Moreno-Ruiz, & Ortega-Barón, 2022) (Pérez-Arteaga, Carballea-Barrera, Valdés-López, & Valdés-Cruz, 2020) (Hernández-Bello, Hueso-Montoro, Gómez-Urquiza, & Cogollo-Milanés, 2020) (Calampa-Padilla & Peralta-Churampi, 2021) (Fonseca-Pedrero, Al-Halabí, Pérez-Albéniz, & Debbané, 2022).

6 Conclusión y recomendaciones

6.1 CONCLUSIÓN

Se confirmó un aumento de la asistencia a urgencias de salud mental por parte de los adolescentes por conducta suicida, destacando la franja etaria de entre 15 y 20 años. Los adolescentes que presentaron conducta suicida fueron más frecuentemente del sexo femenino, con un perfil externalizante, un alto grado de impulsividad y disregulación emocional.

Entre los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes podemos destacar: depresión, consumo de drogas, disfuncionalidad familiar, falta de apoyo social, bajo rendimiento académico, problemas económicos, bullying y cyberbullying, maltrato físico y psicológico, pertenecer a una minoría sexual y exposición a la conducta suicida en el entorno.

Los jóvenes experimentan cada vez más un debilitamiento de los vínculos sociales, desencadenado en parte por el uso creciente de las nuevas tecnologías y acentuado en los últimos años por la pandemia por COVID-19. Consideramos que ambos sucesos están implicados en el incremento de la conducta suicida en adolescentes. Hemos constatado que la pandemia ha contribuido de forma importante a este aumento, especialmente en mujeres y a partir de las fases tardías de la pandemia. Los factores intermediarios han sido el aumento de determinados factores de riesgo como la depresión, la violencia familiar o el fracaso académico; y el impedimento del desarrollo de estrategias de regulación emocional debido a las medidas tomadas durante el confinamiento. A pesar de esta evidencia, somos conscientes de que ya antes de este excepcional evento mundial había comenzado a aumentar la conducta suicida en los adolescentes. Por ello, concluimos que otro factor determinante es la aparición y el crecimiento de las nuevas tecnologías, en especial del internet y las redes sociales que, además de afectar a las relaciones interpersonales de los individuos, favorecen el agrupamiento del comportamiento suicida y es el medio a través del cual se produce el cyberbullying, aumentando así el riesgo de conducta suicida en una población vulnerable como son los adolescentes.

Los factores protectores son menos estudiados, pero hemos podido encontrar que una buena conexión social, en especial con la familia y la escuela, y una alta autoestima, entre otros, pueden amortiguar los efectos producidos por los factores de riesgo mencionados.

6.2 RECOMENDACIONES

A continuación, vamos a exponer algunas propuestas para el manejo de la conducta suicida en adolescentes y recomendaciones de cara a futuras investigaciones.

1. Así como las muertes por suicidio son más sencillas de contabilizar, más complicado es valorar y estimar la conducta suicida. Por ello, recomendamos el uso de la escala Paykel de suicidio como instrumento de medición de la conducta suicida, ya que ha demostrado en distintos estudios ser una herramienta sencilla y útil para su valoración (Fonseca-Pedrero & Pérez-de-Albéniz, 2020) (Fonseca-Pedrero, y otros, 2018) (Baños-Chaparro & Ramos-Vera, 2020). Esta escala integra cinco ítems de respuesta dicotómica (Tabla 4).
2. En España, cada Comunidad Autónoma tiene sus propios programas de prevención. El plan de prevención del suicidio en Galicia está compuesto por 7 líneas estratégicas y un total de 37 medidas (Anexo 1). A pesar de la ausencia de un protocolo nacional, el Sistema Nacional de Salud si propone una Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, que fue revisada en el año 2020 (Grupo de Trabajo

de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

3. La OMS elaboró en 2021 una guía de prevención en la que recomienda cuatro intervenciones: 1) restringir el acceso a los métodos utilizados para el intento de suicidio, 2) educación a los medios de comunicación para que ofrezcan información adecuada acerca del suicidio, 3) fomentar el desarrollo de estrategias sociales y emocionales en los adolescentes y 4) realizar una detección precoz de los pacientes con conducta suicida, seguida de un correcto tratamiento y seguimiento (WHO, 2021).

Tabla 4		
Escala Paykel del suicidio		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más a lo que has sentido o experimentado durante el último año		
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Si	No
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse	Si	No
3. ¿Has pensado en quitarte la vida, aunque realmente no lo fueras a hacer?	Si	No
4. ¿Has llegado al punto en el que consideras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Si	No
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Si	No

4. En cuanto al manejo en urgencias de la ideación suicida y del intento de suicidio, incluimos en los Anexos 2 y 3 respectivamente unos algoritmos de actuación que consideramos útiles, pertenecientes al Manual Clínico de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020).
5. La psicoterapia es el eje principal en el tratamiento de la conducta suicida, cobrando especial importancia las técnicas cognitivo-conductuales. En cuanto a la terapia farmacológica, normalmente va dirigida al tratamiento de los trastornos psiquiátricos subyacentes, donde podemos destacar el uso de antidepresivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos y litio. Además, estudios recientes señalan el tratamiento específico de la conducta suicida con fármacos como el litio, la clozapina y la ketamina por sus efectos “anti-suicidas” (Hawkins, y otros, 2021) (Abbar, y otros, 2022).
6. Recomendamos que en futuras investigaciones se indague más acerca de los factores protectores de la conducta suicida en adolescentes, para que puedan ser fomentados e incorporados a las estrategias de prevención. También consideramos oportuna una mayor investigación acerca del efecto que las nuevas tecnologías tienen en el desarrollo emocional de los adolescentes, para profundizar en el estudio de su implicación en el aumento de la conducta suicida más allá del mediado por el cyberbullying y la exposición a estos comportamientos en otras personas. Un estudio más detallado acerca de cómo las consecuencias de las medidas tomadas durante la pandemia por COVID-19 han afectado a la madurez emocional de los adolescentes podría ayudarnos a averiguar cómo disminuir el deterioro de la salud mental de estos en próximas situaciones parecidas que puedan darse.

7 Bibliografía

- Abbar, M., Demattei, C., El-Hage, W., Llorca, P. M., Samalin, L., Demaricourt, P., . . . Jollant, F. (2022). Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo controlled trial. *BMJ*, 376, e067194. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067194>
- Adolescent Mortality Rate - top 20 causes (global and regions). (s.f.). Obtenido de World Health Organization (WHO): [https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/adolescent-mortality-rate---top-20-causes-\(global-and-regions\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/adolescent-mortality-rate---top-20-causes-(global-and-regions))
- Amador Rivera, G. H. (Julio - Diciembre de 2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012
- Aranguren, M. (Agosto de 2009). Modelos teóricos de comprensión del suicidio. *Memorias de las Jornadas de Investigación*, 16(1), 24-25. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-020/155.pdf>
- Aviles Muentes, L., & Martinez Caraballo, M. (2022). Factores que han desencadenado conductas suicidas en adolescentes que estudian en un colegio público de Sahagún en tiempos de pandemia. Córdoba, Colombia. Obtenido de <https://repositorio.unicordoba.edu.co/xmlui/bitstream/handle/ucordoba/6539/AvilesMuentesLaineth%20-%20MartinezCaraballoMarcela.pdf?sequence=1>
- Baiden, P., LaBrenz, C. A., Asiedua-Baiden, G., & Muehlenkamp, J. J. (2020). Examining the intersection of race/ethnicity and sexual orientation on suicidal ideation and suicide attempt among adolescents: Findings from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 125, 13-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.029>
- Baños-Chaparro, J., & Ramos-Vera, C. (2020). Validez e invarianza según sexo y edad de la Escala Paykel de Ideación Suicida en adolescentes peruanos. 6(1), e225. doi:<https://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n1.225>
- Barbeito, S., Vega, P., Sánchez-Gutiérrez, T., Becerra, J. A., González-Pinto, A., & Calvo, A. (2021). A systematic review of suicide and suicide attempts in adolescents with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 235, 80-90. doi:<https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.07.029>
- Barreto-Carvalho, C., Teixeira, M., Costa, R., Cordeiro, F., & Moura-Cabral, J. (2023). The Enhancing Role of Emotion Regulation in the Links between Early Positive Memories and Self-harm and Suicidal Ideation in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, Advance online publication*. doi:<https://doi.org/10.1007/s10964-023-01777-8>
- Barrionuevo, J. (2009). Suicidio e intentos de suicidio. Buenos Aires. Obtenido de https://ia801408.us.archive.org/1/items/Suicidio_y_Suicidio_Colectivo/Suicidio_e_Intentos_de_Suicidio.pdf
- Barrueto-Peña, D., Corrales-Gongora, Y., & González-Arteaga, A. (2020). Comportamiento suicida: algunos aspectos psicosociales y epidemiológicos en adolescentes del municipio Las Tunas.

Didasc@lia: Didáctica Y educación ISSN 2224-2643, 11(4), 87-98. Obtenido de <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/1059>

- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113.
- Bello, I., Rodríguez-Quiroga, A., & Quintero, J. (2023). Conducta suicida y autolesiva en adolescentes, un problema sin resolver. Una revisión comprensiva. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 51(1), 10-20.
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72-88. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>
- Bera, L., Souchon, M., Ladsous, A., Colin, V., & Lopez-Castroman, J. (2022). Emotional and Behavioral Impact of the COVID-19 Epidemic in Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 24, 37-46. doi:<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01313-8>
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1987). Toward a Predictive Model of Suicidal Ideation and Behavior: Some Preliminary Data in College Students. *The American Association for Suicidology*, 17(1), 50-63.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Buelga, S., Cava, M. J., Moreno-Ruiz, D., & Ortega-Barón, J. (2022). Cyberbullying y conducta suicida en alumnado adolescente: Una revisión sistemática. *Revista de Educación*(397), 43-67. doi:<https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2022-397-539>
- Calampa-Padilla, L. d., & Peralta-Churampi, Z. P. (2021). Factores psicosociales relacionados a la conducta suicida en adolescentes: Una revisión sistemática [Universidad César Vallejo]. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72593>
- Cañón-Buitrago, S. C., & Carmona-Parra, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 20(80), 387-95. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&nrm=iso
- Cardona-Zapata, J. A., Castellanos-Sánchez, J. A., Gallego-Ventura, K. L., Barrero-Bellizzia, S. D., & Sandoval-Buitrago, W. K. (2020). Factores de riesgo asociados con la ideación suicida de adolescentes en Colombia [Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano]. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10823/2250>
- Conselleria de Sanidade. (2017). *Plan de prevención del suicidio en Galicia*. - *fsme.es*. Obtenido de Fundación Española para la Prevención del Suicidio: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/galicia/>
- Cortés Alfaro, A., Román Hernández, M., Suárez Medina, R., & Alonso Uría, R. M. (2021). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 11(2), e939. Obtenido de <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/939>

- Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., & Montgomery, P. (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PLoS ONE*, *8*(10), e77555. doi:10.1371/journal.pone.0077555
- Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad.* (s.f.). Obtenido de Instituto Nacional de Estadística. INE: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-grafico>
- Díaz Atienza, J. (14 de Diciembre de 2014). *AUTOLESIONES Y CONDUCTAS SUICIDAS. 2. ETIOLOGIA / Blog Joaquín Díaz Atienza.* Obtenido de Blog Joaquín Díaz Atienza: <https://diazatienda.es/2014/12/14/autolesiones-en-la-adolescencia-2-su-relacion-con-las-conductas-suicidas-modelos-etopatogenicos/>
- Díaz de Neira Hernando, M. (2014). Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental. Madrid. Obtenido de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/661735>
- Dorol-Beauroy-Eustache, O., & Mishara, B. L. (2021). Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. *Preventive Medicine*, *152*(1), 106684. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106684>
- Duro-Parrilla, A. (2020). El suicidio en gays, lesbianas y bisexuales adolescentes [Trabajo de fin de grado en Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid]. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10486/691645>
- Espada, J. P., Méndez, X., Orgilés, M., & Morales, A. (2021). *Libro blanco de la salud mental infanto-juvenil* (Vol. 1). Madrid: Consejo General de la Psicología de España.
- Fonseca-Pedrero, E., & Pérez-de-Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, *41*(2), 106-115. doi:<https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fonseca-Pedrero, E., & Pérez-de-Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio. *Papeles del Psicólogo*, *41*(2), 106-115. doi:<https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A., & Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1784. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph19031784>
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio-Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. Á., . . . Pérez-de-Albéniz-Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *11*(2), 76-85. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Frost, M., Casey, L. M., & O'Gorman, J. G. (2017). Self-injury in young people and the help-negation effect. *Psychiatry Research*, *250*, 291-96.
- Fundación ANAR. (2021). *Informe Anual Teléfono/Chat ANAR 2021.* Obtenido de <https://www.anar.org/actualidad/informes/>

- Fundación ANAR. (1 de diciembre de 2022). *La Fundación ANAR presenta su Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022)*. Obtenido de Fundación ANAR - Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo: <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/>
- Giner Jiménez, L. (2010). Diferencias en la conducta suicida: estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado. Madrid. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10486/5657>
- González González, M., García Haro, J. M., García-Pascual, H., Sánchez Pérez, M. T., Barrio-Martínez, S., & Voces Oviedo, J. (Febrero de 2021). Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Revista Clínica Contemporánea*, 12(1), 1-10.
- Gracia, R., Pamias, M., Mortier, P., Alonso, J., Pérez, V., & Palao, D. (2021). Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *Journal of Affective Disorders*, 292, 139-41. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.044>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. (A. d. (avalia-t), Ed.) Obtenido de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf
- Gu, H., Yao, Y., He, F., & Cheng, Y. (2023). Harsh parenting and adolescent non-suicidal self-injury: A moderated mediation model of alienation and cognitive reappraisal. *Child Abuse & Neglect*, 141, 106188. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106188>
- Guarnizo-Chávez, A. J., & Romero-Heredia, N. A. (2021). Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante confinamiento por pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(4), 819-25. doi:10.25176/RFMH.v2li4.3984
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (Agosto de 2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482-495. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hawkins, E. M., Coryell, W., Leung, S., Parikh, S. V., Weston, C., Nestadt, P., . . . El-Mallakh, R. S. (2021). Effects of somatic treatments on suicidal ideation and completed suicides. *Brain and Behavior*, 11(11), e2381. doi:<https://doi.org/10.1002/brb3.2381>
- Hawton, K., Hill, N. T., Gould, M., John, A., Lascelles, K., & Robinson, J. (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 58-67. doi:[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30335-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30335-9)
- He, H., Hong, L., Jin, W., Xu, Y., Kang, W., Liu, J., . . . Zhao, K. (2023). Heterogeneity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents with depression: latent class analysis. *BMC Psychiatry*, 23(301). doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-023-04808-7>
- He, X., Yu, Q., Yang, B., Yang, P., Du, N., & Yue, Y. (2023). Association between internet addiction and suicide and self-injury behavior in Chinese adolescents: A meta-analysis. *Research Square*. doi:<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2789942/v1>

- Hernández Benavides, M. F., & Guerrero Rosero, D. J. (2010). VALIDACIÓN DEL MODELO CÚBICO DEL SUICIDIO PARA LA PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO DE LA CIUDAD DE IPIALES. Obtenido de <http://sired.udenar.edu.co/id/eprint/5232>
- Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J. L., & Cogollo-Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202009094.
- Hertz, M. F., Kilmer, G., Verlenden, J., Liddon, N., Rasberry, C. N., Barrios, L. C., & Ethier, K. A. (2022). Adolescent Mental Health, Connectedness, and Mode of School Instruction During COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 70, 57-63. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.10.021>
- Hill, R. M., Rufino, K., Kurian, S., Saxena, J., Saxena, K., & Williams, L. (2021). Suicide Ideations and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19. *Pediatrics*, 147(3), e2020029280. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2020-029280>
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. (Octubre de 2020). Manual Clínico de Urgencias. Sevilla. Obtenido de <https://manualclinico.hospitaluvroci.es/documentos/MANUAL-CLINICO-DE-URGENCIAS.pdf>
- Huertas Maestre, P. (2022). PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA NO LETAL EN LA POBLACIÓN GENERAL. Obtenido de <https://hdl.handle.net/10630/24640>
- INE. (s.f.). *Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de defunción, sexo y edad*. Obtenido de INE. Instituto Nacional de Estadística: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?tpx=55327#!tabs-tabla>
- INE. (s.f.). *Suicidios por medio empleado, sexo y edad*. - *ine.es*. Obtenido de INE. Instituto Nacional de Estadística: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?tpx=55318>
- INEbase. CONSUL. (s.f.). Obtenido de INE. Instituto Nacional de Estadística: <https://www.ine.es/consul/serie.do?d=true&s=ECM15&c=2&>
- Jollant, F., Lawrence, N. L., Olié, E., Guillaume, S., & Courtet, P. (Enero de 2011). The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12(5), 319-339.
- Klonsky, D. E., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. doi:10.1016/j.ypped.2021.106549
- Llorca-Bofí, V., Adrados-Pérez, M., Sánchez-Cazalilla, M., Torterolo, G., Arenas-Pijoan, L., Buil-Reiné, E., . . . Irigoyen-Otiñano, M. (2023). Urgent care and suicidal behavior in the child and adolescent population in a psychiatric emergency department in a Spanish province during the two COVID-19 states of alarm. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 16, 76-83. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.03.003>

- López-Steinmetz, L. C. (2017). Caracterización de riesgo diferencial-demográfico en urgencias psicológicas: intento de suicidio y otros motivos de consulta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(1), 44-53. doi:<https://doi.org/10.32348/1852.4206.v9.n1.12904>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (Febrero de 1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189. Obtenido de <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.2.181>
- Manzar, D., Albougami, A., Usman, N., & Mamun, M. A. (2021). Suicide among adolescents and youths during the COVID-19 pandemic lockdowns: A press media reports-based exploratory study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(2), 139-46. doi:<https://doi.org/10.1111/jcap.12313>
- Margarit-Soler, A., Martínez-Sánchez, L., Martínez-Monseny, A., Trenchs-Sainz de la Maza, V., Picouto-González, M. D., Villar-Cabeza, F., & Luaces-Cubells, C. (2016). Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *Anales de Pediatría*, 85(1), 13-17. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.04.022>
- Martín-del-campo, A., González, C., & Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*, 76(4), 200-09.
- Mayer Silverman, M., Lee Berman, A., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. (Junio de 2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 3(37), 264-277. Obtenido de <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Medina-Pérez, Ó. A., Blandón-Cuesta, O. M., & Barrera-Carvajal, V. (2021). Caracterización de adolescentes fallecidos por suicidio. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(3), e02101409. Obtenido de <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1409>
- Méndez-Bustos, P. I., Fuster-Villaseca, J. A., Tapia-Silva, A. A., & López-Castroman, J. (2021). Conductas suicidas y autolesiones en una muestra clínica de adolescentes chilenos. *Interciencia*, 46(12), 455-61. Obtenido de <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=33969944003>
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(393). doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Molina, M. J., & Restrepo, D. (2018). Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión? *Revista Pediatría*, 51(2), 30-39. doi:<https://doi.org/10.14295/pediatr.v51i2.109>
- O'Reilly, L. M., Petterson, E., Donahue, K., Quinn, P. D., Klonsky, E., Lundström, S., . . . D'Onofrio, B. M. (2021). Sexual orientation and adolescent suicide attempt and self-harm: a co-twin control study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(7), 834-41. doi:<https://doi.org/10.1111/jcpp.13325>

- Orri, M., Scardera, S., Perret, L. C., Bolanis, D., Temcheff, C., Séguin, J. R., . . . Geoffroy, M.-C. (2020). Mental Health Problems and Risk of Suicidal Ideation and Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, *146*(1), e20193823. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2019-3823>
- Ortega-Mendoza, Y., Alonso-Gutiérrez, G. M., Fernández-Alpizar, A. S., & Pérez-García, E. R. (2023). Caracterización de los adolescentes atendidos por intento suicida pertenecientes al Policlínico "Belkys Sotomayor". 2017-2021. *II Jornada Virtual de Medicina Familiar en Ciego de Ávila*. Obtenido de <https://mefavila.sld.cu/index.php/MefAvila2023/2023/paper/view/550>
- Oswaldo González Ortiz, J. (2009). Contextos explicativos de los suicidios en Bogotá 1996 - 2005. Bogotá. Obtenido de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11178>
- Paricio del Castillo, R., & Pando-Velasco, M. F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, *37*(2), 30-44. doi:10.31766/revpsij.v37n2a4
- Pedreira Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *24*(3), 217-237. doi:10.5944/rppc.26280
- Pérez-Arteaga, A. M., Carballea-Barrera, M., Valdés-López, L. A., & Valdés-Cruz, I. (2020). Intento suicida en la adolescencia: un abordaje desde la Atención Primaria Salud. *Humanidades Médicas*, *20*(1), 66-87. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100066&lng=es&tlng=es
- Poon, J. A., López-Jr, R., Marie-Shea, L., & Liu, R. T. (2023). Longitudinal Relations Between Childhood Maltreatment, Emotion Regulation Difficulties, and Suicidal Ideation and Non-Suicidal Self-injury: An 18-Month Investigation of Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, Advance online publication. doi:<https://doi.org/10.1007/s10802-023-01067-8>
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, *35*(2), 181-92.
- Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R., & Ougrin, D. (2019). Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, *32*(6), 534-41. doi:<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547>
- Statista. (2022). *Suicidio: tasa de mortalidad por CC. AA. | Statista*. Obtenido de Statista: <https://es.statista.com/estadisticas/587696/tasa-de-mortalidad-por-suicidio-por-comunidad-autonoma-en-espana/>
- Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., & Shramko, M. (2018). Transgender Adolescent Suicide Behavior. *Pediatrics*, *142*(4), e20174218. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2017-4218>
- Ursul, A., & Herrera-Guerra, E. (2023). Riesgo de suicidio y estrategias de afrontamiento ante el estrés, en una muestra de adolescentes colombianos. *Informes Psicológicos*, *23*(1), 223-38. doi:<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v23n1a14>

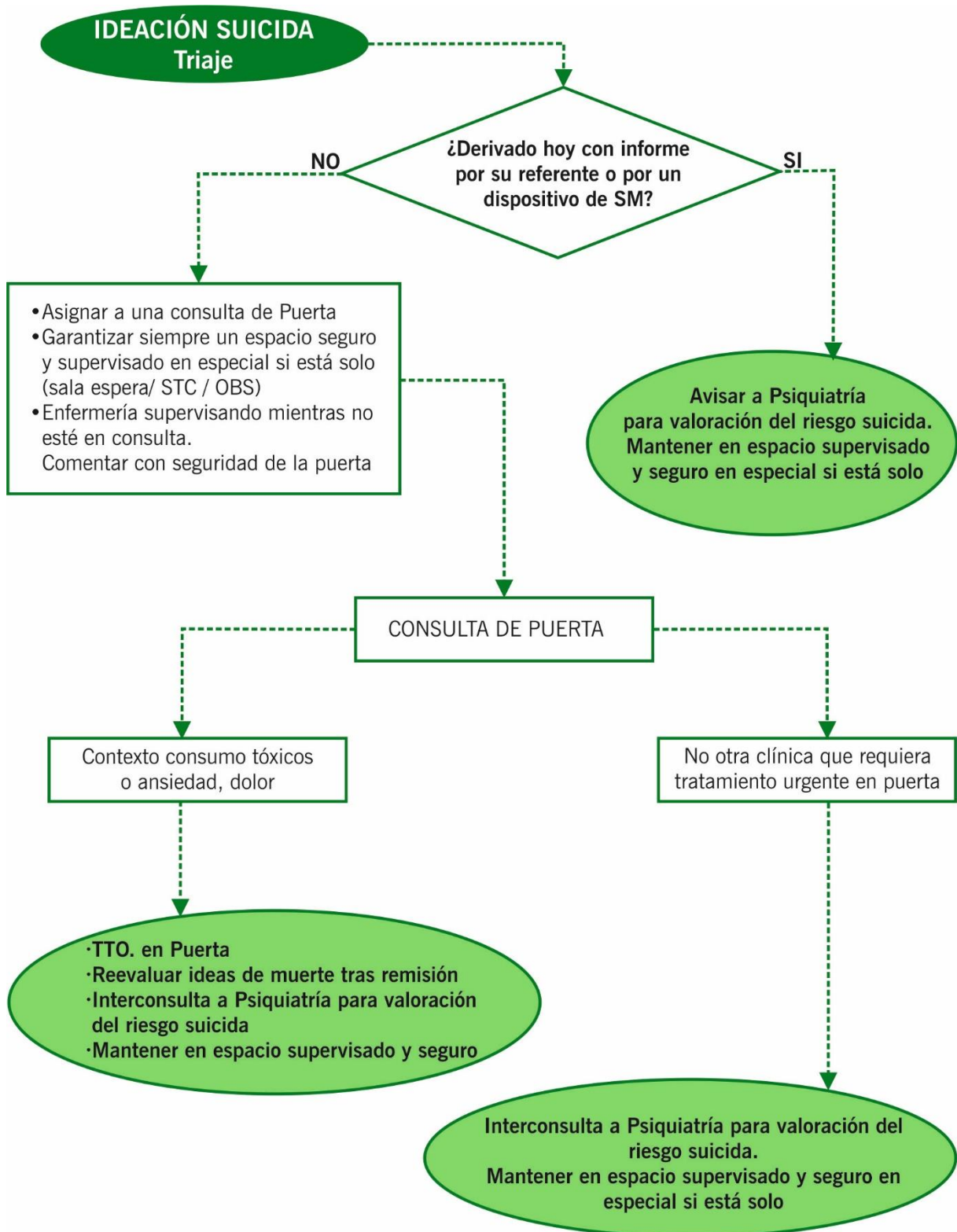
- Verne, J. (s.f.). *Teorías clásicas sobre el suicidio | Escenarios Saludables*. Obtenido de Escenarios Saludables: <https://www.escenariosaludables.ar/teorias-clasicas-sobre-el-suicidio>
- Villar-Cabeza, F., Esnaola-Letemendia, E., Blasco-Blasco, T., Prieto-Toribio, T., Vergé-Muñoz, M., Vila-Grifoll, M., . . . Castellano-Tejedor, C. (2018). Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 46(3), 104-111.
- Wang, Z. (2023). Review on Data Mining and Data Analysis Method for Adolescent Suicide Problem. *Highlights in Science, Engineering and Technology*, 39, 1164-1169. doi:<https://doi.org/10.54097/hset.v39i.6724>
- Weiss, J. M. (1954). Suicide: an epidemiologic analysis. *The Psychiatric Quarterly*, 28(2), 225-252.
- WHO. (2021). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- World Health Organization. (Junio de 2021). *Suicide worldwide in 2019 - World Health Organization*. Obtenido de World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- World Health Organization. (31 de Marzo de 2023). *Depresión - World Health Organization (WHO)*. Obtenido de World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (s.f.). *Salud del adolescente: World Health Organization (WHO)*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- World Health Organization. Mental and Behavioural Disorders. (2001). *Prevención del suicidio : un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Obtenido de World Health Organization (WHO): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66802>
- Yard, E., Radhakrishnan, L., Ballesteros, M. F., Sheppard, M., Gates, A., Stein, Z., . . . Stone, D. M. (2021). Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-May 2021. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70(24), 888-94. doi:<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>
- Yildiz, M., Orak, U., Walker, M. H., & Solakoglu, O. (2019). Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. *Death Studies*, 43(6), 365-71. doi:<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1478914>
- Zygo, M., Pawlowska, B., Potembska, E., Dreher, P., & Kapka-Skrzypczak, L. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(2), 329-36. doi:<https://doi.org/10.26444/aaem/93817>

8 Anexos

8.1 PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN GALICIA (Consellería de Sanidade, 2017)



8.2 ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA (Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020)



8.3 ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE UN PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO (Hospital Universitario Virgen del Rocío, 2020)

