

The seal of the University of Valencia is a large, light green circular emblem. It features a central shield with a cross and four smaller crosses in the quadrants. The shield is surrounded by a decorative border with intricate patterns. The text is centered within the seal.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“San Vicente Mártir”

SUICIDIO EN ADOLESCENTES

**FACTORES IMPLICADOS, VISIBILIDAD
Y PREVENCIÓN**

**TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
“GRADO EN MEDICINA”**

Presentado por:

Lydia Miralles Vivó

Tutor: Prof. Ignacio Díaz

Curso 2020/2021

Agradecimientos

A todo el que ha hecho de este momento, el lugar donde debo y quiero estar; convirtiéndolo no solo en meta, sino también en camino: a mi familia y amigos, compañeros y personal docente. Al Dr. Ignacio Díaz por guiarme en este proceso. Y a mí misma, por tomar la decisión de dedicarme a las personas y no desistir.

ÍNDICE

I. Resumen y palabras clave.....	1
a. Palabras clave.	
II. Abstract.....	2
a. Keywords.	
III. Introducción.....	3
a. Suicidio.	
a.1. El suicidio a través de la historia.	
a.2. El suicidio como término.	
a.3. Muertes invisibles. Datos epidemiológicos.	
a.4. La prevención del suicidio, un imperativo global.	
a.5. Factores de riesgo.	
b. Suicidio en adolescentes.	
b.1. La adolescencia: ¿un factor de riesgo? Datos epidemiológicos.	
b.2. El adolescente.	
b.3. Comorbilidad psiquiátrica. Trastornos depresivos.	
b.4. Manejo de la conducta suicida en adolescentes.	
b.5. Tratamientos.	
IV. Justificación.....	20
V. Hipótesis.....	22
VI. Objetivos.....	22
a. Objetivo general.	
b. Objetivos específicos.	
VII. Material y métodos.....	23
a. Criterios de inclusión.	
b. Metodología de búsqueda.	
VIII. Resultados.....	26
a. Factores de riesgo identificados en adolescentes.	
a.1. Factores genéticos y biológicos.	

- a.2. Factores psicosociales.
- a.3. Comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica.
- a.4. Intento de suicidio previo.
- a.5. Escenario pandémico. COVID-19.
- b. Factores protectores identificados en adolescentes.
- c. Medios de comunicación, internet ¿amigo o enemigo?
- d. Estrategias de prevención.
 - d.1. Identificación prematura del riesgo suicida.
 - d.2. Ámbito familiar.
 - d.3. Ámbito escolar.
 - d.4. Ámbito sanitario.
 - d.5. Medios de comunicación.
 - d.6. Bullying o ciberbullying.
 - d.7. Entrenamiento de habilidades.
 - d.8. Intervención tras el suicidio.

IX. Discusión.....	46
X. Conclusiones.....	51
XI. Bibliografía.....	53

ÍNDICE. Tablas y figuras

Tabla 1: Conceptos sobre conducta suicida según su riesgo.....	4
Figura 1: Estadísticas de Defunciones según las causas externas de mortalidad en España 2019.....	6
Tabla 2: Mito Vs. Realidad.....	7
Tabla 3: Factores de riesgo.....	11
Tabla 4: Factores de riesgo asociados al suicidio ordenados según el riesgo.....	12
Figura 2: Estadísticas de Defunciones según la causa de muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, en España 2010-2019 en hombres y mujeres de 15 a 19 años.....	14
Tabla 5: Criterios de inclusión.....	24
Tabla 6: Criterios de exclusión.....	24
Tabla 7: Factores protectores identificados en adolescentes.....	33
Figura 3: Modelo de vulnerabilidad y estrés en conducta suicida.....	34
Tabla 8: Intervenciones e indicadores de evaluación “Infancia Adolescencia”.....	45

ABREVIATURAS

Agencia Europea de Medicamentos (**EMA**)

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (**AEMPS**)

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (**ISRS**)

Terapias cognitivo-conductuales (**TCC**)

Terapia conductual dialéctica (**TCD**)

Terapia electroconvulsiva (**TEC**)

I. Resumen y palabras clave.

Las tasas de suicidio son cada vez más elevadas entre jóvenes, siendo a nivel mundial, la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años. Ha ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo. El suicidio en adolescentes se convierte así en un problema de salud mental pública en auge, no exento de dilema, debido a lo influenciados que pueden llegar a ser tales individuos por su edad, carácter impulsivo y situación emocional. Cuenta con circunstancias propias de la edad y con datos epidemiológicos, que constatan particularidades asociadas al sexo (femenino y masculino). Y se caracteriza por implicar una gran variedad de factores (genéticos, biológicos, sociales, etc.), lo cual dificulta la identificación de los mismos y la actuación temprana por los especialistas. Siendo conductas con gran estigma social y con diagnóstico típicamente tardío y terapia insatisfactoria, aún no se ha desarrollado un plan preventivo unificado y un algoritmo de tratamiento estandarizado para la mayoría de estos casos. Arrojar información sobre las características particulares (rasgos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, manejo de dicha conducta y tratamientos) del suicidio en esta franja de edad. Hacerlo sobre la prevención del mismo en base a la identificación de los posibles factores de riesgo y factores protectores junto al papel de divulgación de los medios (internet). Así como sobre las actuales estrategias de prevención... solo puede suponer un mayor conocimiento. Conocimiento traducido en visibilidad y concienciación, tan necesarias a la hora de tratar gestos, ideas e intentos suicidas tanto en la población general como en grupos vulnerables, como los adolescentes.

a. Palabras clave: “suicidio”, “adolescente”, “joven”, “factores de riesgo”, “factores protectores”, “medios de comunicación”, “internet”, “prevención”, y “visibilidad”.

II. Abstract and keywords.

Suicide rates are increasing among young people, being globally the second main cause of death in the 15-29 age group. It has been increasing to the point that these are now the most at-risk group in one-third of the countries in the developed and developing worlds. Suicide in adolescents becomes a growing public mental health problem, not without dilemma, due to how influential these individuals can be because of their age, impulsive character and emotional situation. It has circumstances inherent to age and epidemiological data, which confirm particularities associated with sex (female and male). And it is characterized by involving a wide variety of factors (genetic, biological, social, etc.), which makes difficult their identification and act early by specialists. Are behaviors with strong social stigma and with typically late diagnosis and unsatisfactory therapy. But a unified preventive plan and a standardized treatment algorithm have not yet been developed for most of these cases. To provide information on the particular features (epidemiological features, clinical manifestations, behavior management and treatments) of suicide in this age group. Do it on its prevention based on the identification of possible risk and protective factors together with the role of media (internet) in dissemination of information. As well as on current prevention strategies... it can only mean more knowledge. Knowledge translated into visibility and awareness; both necessary when treating suicidal gestures, ideas and attempts, in the general population and in vulnerable groups, such as adolescents.

a. keywords: “suicide”, “adolescent”, “young”, “teenager”, “risk factors”, “protective factors”, “media”, “internet”, “prevention”, y “visibility”.

III. Introducción.

a. El suicidio.

a.1 El suicidio a través de la historia.

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas (6). Desde luego, los puntos de vista y las consideraciones hacia el suicidio, la aceptación de éste e incluso la forma de ser llevado a cabo varían enormemente a lo largo del tiempo y del espacio dependiendo de la influencia de los factores culturales de cada sociedad (1).

El comportamiento suicida es un fenómeno tan antiguo como la humanidad; en Mesopotamia, según la mitología el primer hombre fue modelado con barro y sangre del dios suicida Bel. En Egipto, se describen las notas suicidas y el suicidio de Cleopatra. Algunos pueblos antiguos como los galos, celtas, hispanos, y vikingos, consideraban “razonable” el suicidio por vejez, enfermedad grave o viudez. Los chinos y japoneses han visto en este acto “honor y lealtad” en tanto que los mayas en Centroamérica veneraban a Ixtab, diosa del suicidio y lo permitían en situaciones de honor, vergüenza o desgracia personal (24).

La prohibición absoluta al suicidio surgió en la Edad Media y el castigo social y religioso ha perdurado de diversas formas hasta nuestra época. A pesar de que entre los siglos XVII a XIX se suavizaron los castigos legales, permaneció la negativa cristiana de enterrar a los suicidas en el cementerio por considerar que habían cometido pecado contra la ley natural y contra Dios (24). A partir del siglo XIX se comenzó a estudiar el suicidio desde la perspectiva sociológica y médica. En la actualidad, el 90% de los suicidios se explican como la manifestación de una enfermedad mental (20, 21).

Al revisar la literatura sobre el suicidio se advierte que éste, al igual que otros trastornos mentales en general, ha sido tratado de forma distinta según la época y

las circunstancias sociales, pasando de ser considerado un crimen, un pecado, hasta la actualidad que se ha configurado como “un trastorno mental” (10). La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo (1).

a.1. El suicidio como término.

El término *suicidio* proviene del latín *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar. Creada por Pierre François Guyot Desfontaines (1685-1745), para designar “el acto mediante el cual una persona se quita voluntariamente la vida” (1). En este término, incluido en el diccionario de la Real Academia Española en 1817, están involucrados tres aspectos: la intencionalidad de matarse, el conocimiento del desenlace fatal y la preparación del hecho en forma voluntaria (4). El espectro completo del comportamiento suicida abarca: la ideación suicida, las amenazas suicidas, el intento de suicidio...etc, el suicidio consumado. Ordenamos estos mismos conceptos respecto a la conducta suicida según su potencial riesgo en la figura 1 (1).

Tabla 1: Conceptos sobre conducta suicida según su riesgo.

Fuente: *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (1).*

+	
Suicidio	Suicidio
Intento de suicidio	Intento de suicidio
Gesto suicida	Gesto suicida
Plan suicida	Plan suicida
Amenaza suicida	Amenaza suicida
Expresión suicida	Expresión suicida
Ideas suicidas	Ideas suicidas
Deseo suicida	Deseo suicida
Ideas de muerte	Ideas de muerte
-	

Tales han sido las aportaciones de Edwin Shneidman (1918-2009) al estudio y prevención del suicidio que se le considera el “padre de la Suicidología”. De hecho fue él quien acuñó este último término (1). Una de sus preocupaciones era encontrar los elementos comunes a todos los suicidios: el propósito común es la búsqueda de una solución a un problema que está generando un intenso sufrimiento interno, el objetivo común es la cesación de la conciencia (interpretada como la única manera de poner fin al sufrimiento), el estímulo común es el dolor psicológico insoportable “*psychache*”, el estresor común son las necesidades psicológicas frustradas, la emoción común es la desesperanza-desamparo (abatimiento sin posibilidad de recuperación), el estado cognitivo común es la ambivalencia (deseo de morir, y al mismo tiempo, ser rescatado), el estado de percepción común es la constricción (erróneamente sólo se ven dos opciones: seguir sufriendo o morir), la acción común es escapar “la última salida” (7).

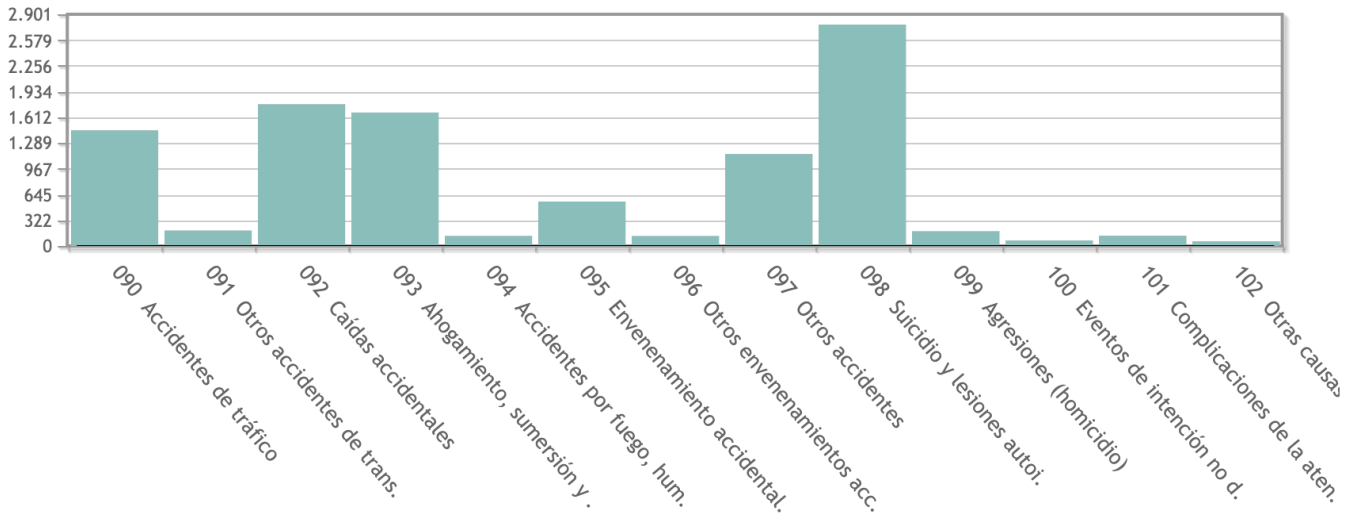
a.3. Muertes invisibles. Datos epidemiológicos.

Las muertes por suicidio parecen muertes invisibles, casi inexistentes, desaparecidas de las preocupaciones sociales y mediáticas y de las agendas políticas y sanitarias (1). No obstante, los suicidios y los intentos de suicidio afectan, tanto directa como indirectamente a otras personas y generan un grave impacto sobre quienes sobreviven “survivors”, como cónyuges, madres y padres, hijos e hijas, familia, amistades, personas del ámbito laboral y coetáneas, tanto a corto como a largo plazo. Se estima que cada suicidio afecta de forma directa de seis a catorce familiares o amistades (Jordan&Mcintosh 2011) (16).

En España existen políticas de seguridad ciudadana, políticas de seguridad vial y políticas contra la violencia de género. Pero no existe una política nacional contra el suicidio. Tal vez por eso, en 2019, las muertes por suicidio (3671) hayan sido casi el doble que las producidas por accidentes de tráfico (1842), 12 veces más que las producidas por homicidios (292) y 69 veces mayor que las producidas por la violencia de género (20), habiéndose convertido desde hace años en la principal causa externa de muerte. El *suicidio* se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.671 fallecimientos, un 3,8% más que en 2018 (8).

Figura 1: Estadísticas de Defunciones según las causas externas de mortalidad en España 2019.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (8).



Aunque el suicidio es la primera causa de muerte violenta en España, hay todo un silencio en torno a él. Silencio entre quienes lo intentan, silencio entre los familiares que lo esconden y silencio en las instituciones que, pese a los más de 3.500 muertos anuales, apenas se hacen campañas de prevención. Y el silencio también en los medios de comunicación, que apenas lo mencionan por miedo al efecto imitación (1). Es esa posibilidad de influir negativamente en otros casos potenciales lo que ha hecho que entre los profesionales de los medios de comunicación se extienda la idea de que el suicidio no se debe hablar (1).

La continuidad del estigma del suicidio dentro del tejido social se manifiesta en las actitudes culturales hacia él, con un continuo malentendido sobre sus causas, lo que se evidencia cuando se lo considera, equivocadamente, como una “debilidad personal”, “egoísmo” o cobardía. La ignorancia continuada sobre la etiología del suicidio contribuye a estigmatizarlo (1). En relación a los intentos de suicidio aumenta significativamente el sufrimiento tanto individual y familiar, dificultando el uso oportuno de los servicios de salud, la búsqueda de ayuda y la evolución del proceso (9). Además, el estigma del suicidio también impacta en la información sobre muertes y estadísticas de suicidio utilizadas para una

concienciación pública y una política de información (1). Pues existe una presión ejercida por las comunidades y familias sobre los oficiales encargados de muertes sospechosas que influye en los hallazgos de la causa de muerte de la persona fallecida. Esta presión se atribuye a las creencias culturales y religiosas y al temor a que el suicidio estigmatice a la familia del fallecido. El impacto de esta presión y del estigma social en los informes de los oficiales es difícil de cuantificar, siendo más prevalente en comunidades rurales y en personas jóvenes (30).

Hay muchos conceptos erróneos y prejuicios con respecto a la conducta suicida, que se contradicen con la evidencia científica. A continuación se presentan algunos de los más comunes (OMS 2014) (16).

Tabla 2: Mito Vs. Realidad.

Fuente: Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida.

Generalitat Valenciana (16).

“Quienes hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo”	Quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción.
“La mayoría de los suicidios suceden repentinamente sin advertencia previa”	La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.
“La persona suicida está decidido a morir”	Por el contrario, la persona suicida suele ser ambivalente acerca de la vida o la muerte. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.
“Quien haya sido suicida alguna vez nunca dejará de serlo”	El mayor riesgo de suicidio suele ser a corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida.
“Sólo las personas con trastornos mentales son suicidas”	El comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no están afectadas por el comportamiento suicida y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental.
“Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo”	Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.

“El suicidio no se puede prevenir”. Es cierto que no sabemos (ni sabremos nunca) exactamente los porqués de cada suicidio en particular, y en consecuencia, la forma concreta de predecirlos o prevenirlos; pero sí se conocemos ciertas características que, en general, pueden ayudar a disminuirlos (1). En los últimos años han existido muchos avances y descubrimientos médicos y sociales que han contribuido a mejorar el entendimiento de las causas (y prevención del suicidio). A pesar de esto, hay muy poca discusión sobre el mismo, en gran parte por el estigma (1). En la distribución mundial de la prevención del suicidio, se evidencia que España es todavía un territorio yermo en este aspecto (11).

Los datos científicos avalan que muchos suicidios son evitables, pero a pesar del aumento de investigaciones y del conocimiento de que los suicidios son prevenibles, no siempre se ha reconocido la prioridad que tiene. Por otra parte, el estigma y el tabú persisten, por lo que muchas personas no buscan ayuda e incluso cuando la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz (OMS 2014) (16).

a.4. La prevención del suicidio, un imperativo global.

En 2014, la OMS publica el informe “LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, UN IMPERATIVO GLOBAL”, alentando a los países a considerar la prevención del suicidio como una prioridad alta en sus programas, ya que mediante intervenciones oportunas y eficaces (basadas en datos científicos), tratamiento y apoyo, pueden prevenirse tanto suicidios como tentativas. Por otra parte, en el informe se plantea que la carga del suicidio no pesa sólo en el sector de la salud, sino que tiene repercusiones múltiples sobre otros muchos sectores y sobre la sociedad en su conjunto. Por ello, para prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde la magnitud de este problema de una manera integral, siendo los ministerios de salud los responsables de liderar la participación de otros ministerios como parte de un esfuerzo integral (19). En este sentido, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, recoge la priorización de actuar en la prevención y detección precoz de la conducta suicida

(16). Y la elaboración del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, se engloba en los objetivos de la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020, como una de las acciones prioritarias a llevar a cabo (16). En definitiva, se requiere una visión, un conjunto de estrategias y un liderazgo sostenido para que las metas de prevención puedan lograrse (16).

Existe un primer estudio empírico que examina el papel de los extraños que pasan en la prevención de suicidios en lugares públicos. Muestra que no se necesitan habilidades especializadas. Los interventores eran personas corrientes, que se distinguían únicamente por un alto nivel de conciencia social, combinado con una disposición para la acción social. Lo que dijeron los intervinientes fue mucho menos importante que cómo hicieron que la persona suicida se sintiera, es decir, segura, conectada y validada ("Yo importo"). Las personas suicidas normalmente no mostraban angustia visible y se describían a sí mismas como disociadas o "en una burbuja". Se consideró que la intervención implicaba tres tareas principales: "hacer estallar la burbuja" (reconectarse con uno mismo, los demás y el mundo cotidiano); mudarse a un lugar más seguro y pedir ayuda (50).

a.5. Factores de riesgo.

En la fenomenología del suicidio pueden aparecer factores o variables de muy diferente naturaleza implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de ideación y conductas suicidas. Aunque se desconoce el papel que juega cada uno de ellos por separados y las interacciones que puedan establecer entre sí, hay cierto consenso sobre los que a continuación se relacionan (1).

Entre los factores de riesgo asociados **con el sistema de salud y con la sociedad en general** figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas, y la

estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los riesgos vinculados **a la comunidad y las relaciones** están las guerras y los desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, el sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas.

Y entre los factores de riesgo **a nivel individual** cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio (OMS 2014).

La conducta suicida y el suicidio consumado son entre dos y cuatro veces más frecuentes en las personas con un familiar de primer grado con conducta suicida (3). La disminución del ácido homovanílico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo, cambios en el metabolismo de la serotonina y la presencia de polimorfismos en el gen de la triptófano hidroxilasa se han relacionado con la conducta suicida (1). Los estudios han documentado una disminución de la densidad de los receptores del transportador de serotonina en la corteza prefrontal, y de los receptores de serotonina en individuos con conductas suicidas(3). Y los actuales pretenden investigar las correlaciones entre la vulnerabilidad genética y las interacciones del entorno y el tiempo como variables múltiples que pueden interaccionar para amentar el riesgo de conducta suicida (3).

Tabla 3: Factores de riesgo.

Fuente: Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida.

Generalitat Valenciana (16).

SISTEMAS DE SALUD	Barreras para obtener acceso a la atención de salud.
SOCIEDAD	Acceso a medios utilizables para suicidarse. Notificación inapropiada por los medios de difusión. Estigma asociado a comportamientos de búsqueda de ayudas.
COMUNIDAD	Desastres, guerras y conflictos. Estrés por desplazamientos y aculturación. Discriminación. Traumas o abuso.
RELACIONES	Sentido de aislamiento y falta de apoyo social. Conflictos en las relaciones, disputas, pérdidas.
INDIVIDUO	Intento de suicidio anterior. Trastornos mentales. Consumo nocivo de alcohol. Pérdida de trabajo y financiera. Desesperanza. Dolor crónico. Antecedentes familiares de suicidio. Factores genéticos y biológicos.

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Al mismo tiempo, la epidemiología ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio, tanto en la población general como en grupos vulnerables, como el caso de los adolescentes (16).

Tabla 4: Factores de riesgo asociados al suicidio ordenados según el riesgo.

Fuente: Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (1).

+	
	Edad >45 años
	Alcoholismo
	Irritación, ira, violencia
	Conducta suicida previa
	Sexo: varón
	Rechazo de ayuda
	Mayor duración del episodio de depresión
	Tratamiento psiquiátrico previo
	Pérdida o separación reciente
	Depresión
	Pérdida de salud física
	Desempleo o jubilación
	Estado civil: soltera, viudo o divorciado
-	

b. El suicidio en adolescentes.

b.1. La adolescencia: ¿un factor de riesgo? Datos epidemiológicos.

Respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto en hombres como en mujeres, en casi todas las regiones del mundo. Pero en algunos países, las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, siendo a nivel mundial, la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años (19). Las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo (10).

Una revisión sistemática reveló que los adultos mayores que murieron por suicidio tienen perfiles de personalidad muy diferentes a los de las víctimas de suicidio más jóvenes. En general, las víctimas de suicidio de mayor edad tenían menos evidencia de personalidades desadaptativas y la mayoría no alcanzó el umbral para el diagnóstico psiquiátrico. También señaló que las víctimas de suicidio de mayor edad eran más heterogéneas tanto en sus factores de riesgo como en sus experiencias en comparación con las víctimas de suicidio en una edad temprana. Además en comparación con las poblaciones más jóvenes, los adultos mayores son menos a expresar la idea suicida o buscar atención de salud mental (49).

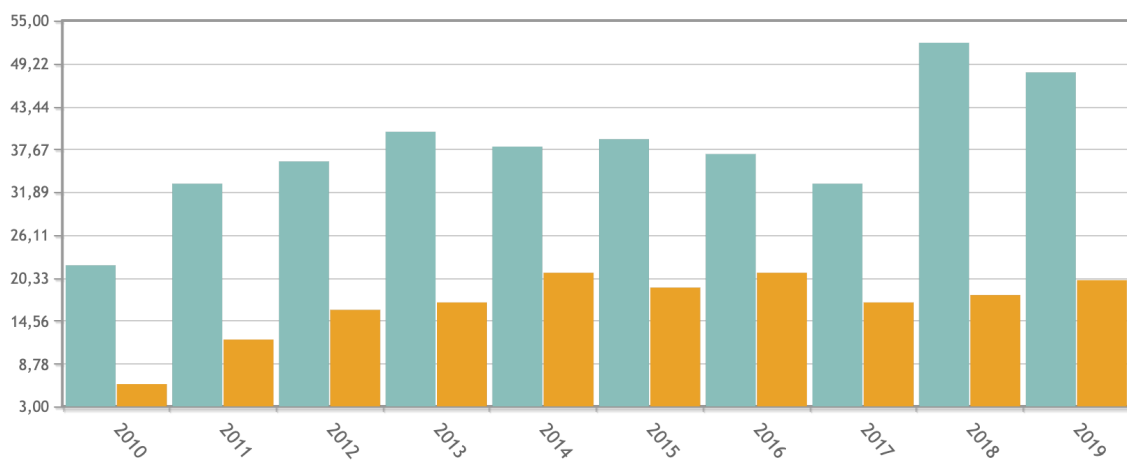
En concreto, el suicidio en la adolescencia (periodo de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud) se ha convertido en un serio problema de salud pública, a tenor de lo que revelan los últimos estudios publicados (12,1). Según las estimaciones de la OMS, fallecen anualmente por suicidio 1.000.000 de personas, de las cuales 250.000 son menores de 25 años (29). El suicidio entre los jóvenes (15-25 años) se ha situado entre las tres causas de muerte más frecuentes en esta etapa de la vida, siendo la cifra de suicidios más elevada en el caso de los varones (3:1) y más elevado el número de tentativas en el caso de las mujeres (3-

4:1) (1). Y aunque las tasas de suicidio en España no son muy elevadas si las comparamos con las de otros países, el daño personal y social que provocan en términos de dolor a sus familiares y allegados y en años de vida perdidos justifican la mayor atención a este problema y la no aceptación de ninguna tasa de suicidio superior a cero en adolescentes y jóvenes (22).

Además, hay que añadir que se están registrando suicidios a edades cada vez más tempranas (1). Considerándose la adolescencia en sí como un factor de riesgo para la aparición de comportamientos suicidas, que en las últimas décadas se ha observado un aumento en esta edad (16).

Figura 2: Estadísticas de Defunciones según la causa de muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, en España 2010-2019 en hombres (azul) y mujeres (naranja) de 15 a 19 años.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (8).



Sin embargo, existe el mito o la tendencia a minimizar tanto los intentos como los suicidios, lo cual ha podido dificultar la realización de estudios, por lo que las cifras reales del problema pudieran ser diferentes de las publicadas (16).

b.2. El adolescente.

En el caso de los adolescentes, la incapacidad para encontrar soluciones a los problemas y la falta de estrategias para sobrellevar los factores de estrés inmediatos, es lo que produce que un desacuerdo familiar, el rechazo o los fracasos recurrentes lleven al individuo a una visión estrecha de las opciones disponibles, optando por el suicidio (2).

En adolescentes, la prevalencia del comportamiento suicida aumenta con la edad. Los intentos de suicidio alcanzan un pico a mitad de la adolescencia y los suicidios consumados lo alcanzan entre el final de la adolescencia y el principio de la edad adulta (1). Por lo que la inmadurez cognitiva parece actuar como protector en la prevención pues supone poca capacidad para diseñar y llevar a cabo un plan suicida realista (2). Por encima de los 15 años de edad son determinantes factores como la patología mental o el consumo de tóxicos (1).

El consumo de sustancias favorece la impulsividad, la violencia y la desinhibición que pueden dar el valor necesario para realizar tentativas de suicidio en algunas situaciones. El consumo también puede precipitar situaciones como rupturas dramáticas o discusiones que son desencadenantes, a su vez, de conductas suicidas (16).

Aunque cabe recalcar que la ideación suicida no es un fenómeno estático, sino que puede aparecer y desaparecer, en el tiempo. La decisión de llevar a cabo una conducta suicida puede ser impulsiva, sin gran previsión, o puede ser la culminación de prolongadas rumiaciones (2). Así pues son importantes las consideraciones de carácter evolutivo en la evaluación del riesgo, ya que en la infancia puede no comprenderse la gravedad o intensidad del método empleado. El o la profesional debe valorar la letalidad que es percibida y considerarlo un caso de alto riesgo aunque la letalidad objetiva sea baja (16).

Dentro de la fenomenología del suicidio, la ideación autolítica es la más frecuente entre niños y adolescentes (4% en varones y 9% en chicas) y no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos; a diferencia de los intentos de suicidio (1-2% en la población adolescente), que son menos frecuentes, pero se asocian con mayor prevalencia a trastornos patológicos (conducta disocial, depresión, trastorno bipolar) (17,18). Siendo los pensamientos suicidas y las amenazas de suicidio más frecuentes que los suicidios consumados en los adolescentes (3).

El método más utilizado por los adolescentes para realizar un intento de suicidio es la ingesta de medicamentos que se encuentran en su propio hogar (analgésicos y psicofármacos), seguido de ahorcamiento y uso de armas de fuego (1).

b.3. Comorbilidad psiquiátrica. Trastornos depresivos.

Los adolescentes con intento de suicidio muestran una alta prevalencia de trastornos psicopatológicos y antecedentes de intentos de suicidio previos sin tratamiento y seguimiento médico adecuado (1). En este grupo de edad presentar un trastorno mental es el principal factor de riesgo (Haro y cols., APA, 2004). La depresión es un factor de riesgo clave para el suicidio y los intentos de suicidio por parte de jóvenes, aunque muchas veces no se encuentren en tratamiento. Conocer que la depresión puede presentarse de diferentes formas en la niñez y la adolescencia, como irritabilidad, comportamientos disfuncionales como violencia o promiscuidad, o somatizaciones como dolor de cabeza, dolor abdominal o síncope, es fundamental a la hora de valorar el riesgo (16).

Aunque es cierto que la mayoría de los adolescentes con trastornos depresivos no llevan a cabo tentativas de suicidio; no obstante aquellos con una depresión grave a menudo tienen ideaciones suicidas y el suicidio sigue siendo el riesgo más importante de la depresión mayor (3). Hay pruebas epidemiológicas que indican que los jóvenes con depresión e ideación suicida, si es activa y recurrente, corren un mayor riesgo de consumir el suicidio (hasta el 40% de quienes lo

consuman lo habían intentado previamente) (3). Y los de mayor riesgo son los que combinan los trastornos del estado de ánimo con el consumo de sustancias tóxicas y antecedentes de conducta agresiva (3).

De este modo los trastornos depresivos en jóvenes constituyen una considerable preocupación en el ámbito de la salud pública, dada su prevalencia y porque a largo plazo provocan efectos adversos en el desarrollo cognitivo, social y psicológico del individuo. Afectan a un 8% de los adolescentes, por lo que es fundamental identificarlos de forma precoz y aplicar intervenciones basadas en la evidencia, como las TCC y los fármacos antidepresivos (3).

Los estudios han demostrado que la depresión mayor es moderadamente hereditaria (40-50%) y destacan la importancia de los factores de estrés ambiental y los acontecimientos adversos como principales contribuyentes en el caso de los jóvenes, en los que es propio un estado de ánimo de característica irritable (3). Los adolescentes con formas graves de depresión a menudo muestran anhedonia generalizada, retraso psicomotor grave, delirios y sensación de desesperanza. Entre los síntomas que aparecen con la misma frecuencia independientemente de la edad o el estado del desarrollo, se encuentran el estado de ánimo deprimido e irritable, el insomnio, la disminución de la capacidad de concentración y la ideación suicida (3).

b.4. Manejo de la conducta suicida en adolescentes.

Una de las dificultades a la hora de tratarlo es la identificación de adolescentes con ideación suicida y trastornos psiquiátricos sin tratar (3).

Los adolescentes que reciben atención médica por intentos de suicidio deben ser evaluados si es necesario hospitalizarlos, según el riesgo de suicidio (3). Se considera que la hospitalización es necesaria cuando el paciente presenta varios factores de riesgo y cuando el apoyo en la comunidad es limitado (40).

Antes de proceder al alta, se deberá volver a explorar la ideación autolítica (han desaparecido y el paciente expresa arrepentimiento) y ofrecer un “contrato de seguridad”: el adolescente se compromete ante el médico a no provocarse un daño y a acudir a un adulto en el caso de un nuevo impulso suicida (1).

Tras recibir el alta desde el servicio de Urgencias o bien desde planta el paciente deberá acudir al equipo de salud mental correspondiente; paciente y clínico establecerán una nueva alianza terapéutica y, por ende, un nuevo plan terapéutico. Además de abordar la conducta suicida *per se* deberán también abordarse todos aquellos trastornos psiquiátricos subyacentes (1). Los datos disponibles demuestran de forma contundente que la prevención y el tratamiento adecuados de la depresión y del abuso de alcohol y de sustancias reducen las tasas de suicidio, al igual que el contacto de seguimiento con quienes han intentado suicidarse (10).

Bien es cierto que relativamente pocos adolescentes evaluados por conducta suicida en urgencias siguen después un tratamiento psiquiátrico. Además son pocos los datos que permitan evaluar la eficacia de diversas intervenciones para reducir la conducta suicida (3).

Por lo que el abordaje terapéutico de un adolescente con comportamiento suicida debe ser individualizado y multidisciplinar. Y se dividirá en dos partes: tratamiento de urgencias (agudo) y tratamiento a medio/largo plazo (1).

b.5. Tratamientos.

El tratamiento farmacológico indicado en adolescentes con conducta suicida estará condicionado por el trastorno psiquiátrico subyacente. Los estudios farmacológicos en este ámbito se han centrado sobre todo en el tratamiento de la depresión adolescente (1).

En la época de los noventa se empezó a relacionar la ideación y conducta suicidas con la utilización de antidepresivos de nueva generación, sin embargo no se han encontrado evidencias de que el riesgo de suicidio asociado a adolescentes tratados simultáneamente con ISRS y ISRN fuera mayor y la *AEMPS* y la *EMEA* respaldan el uso de fluoxetina en el tratamiento de la depresión juvenil e informan de que el balance riesgo/beneficio es favorable para este medicamento (38, 39).

El riesgo de suicidio debe ser vigilado y valorado en todos los casos, pero sobre todo en las primeras semanas después del inicio del tratamiento con el antidepresivo, debido al efecto desinhibidor de la conducta, sin que se haya producido aún la mejoría del estado de ánimo (1).

Cabe recalcar que si se combinan farmacoterapia y psicoterapia los beneficios son aún mayores (1). La *TCC*, sola o en combinación con *ISRS*, solo se ha mostrado eficaz para tratar la depresión de los adolescentes, por lo que se han de tomar precauciones de seguridad con riesgo elevado. La *TCD* ha demostrado que reduce la conducta suicida en adultos pero todavía tiene que investigarse en adolescentes (3).

Respecto a otros tratamientos, la *TEC* es infrecuente utilizarla en adolescentes, sin embargo, en casos de depresión grave donde la conducta suicida es persistente y se necesita rapidez en la eficacia, la *TEC* ha sido utilizada con buenos resultados (50).

IV. Justificación.

El riesgo de consumar el suicidio aumenta con la edad, por tanto, se considera el suicidio en adolescentes una conducta e incluso acto mortal de gran interés sanitario. Esto es debido a su curso, el cual presenta una tasa de incidencia en crecimiento, y a la multitud y variedad de factores implicados, que llevan asociados una identificación compleja. Lo que se traduce en pronósticos malos, pues el suicidio entendido como acto mortal tiene como tratamiento único la prevención del mismo. Es decir, no hay tratamientos capaces de revertir el devenir de los pacientes que deciden llevarlo a cabo, solo existen en el caso de la ideación suicida o de un suicidio que “fracasa”.

Este trabajo busca repasar los datos epidemiológicos, los síntomas de sospecha, la comorbilidad psiquiátrica, tratamientos y el manejo de la conducta suicida en adolescentes. También busca recoger toda la información acerca de los factores de riesgo y factores protectores conocidos, mostrando planes o programas preventivos que objetiven el manejo clínico que se realiza en la actualidad. Todo esto con el objetivo principal de poder analizar posibles relaciones entre: la identificación temprana de factores de riesgo, la visibilidad de la conducta suicida y del suicidio consumado en adolescentes y los avances en su prevención.

A pesar de los grandes progresos, un único patrón para el adolescente suicida o con ideación suicida no consigue llegar a ese nivel de conocimiento ni de experiencia clínica. Y aunque ya existen evidencias sobre que la desestigmatización de dicha conducta a nivel social, junto con la identificación precoz de los factores de riesgo, ayuda a su prevención, dichos planes preventivos están aún lejos de unificarse dificultando su aplicación diaria.

Por ello, al tratarse de un problema de salud mental pública cada vez mayor sobre el que existe una clara necesidad de arrojar cierta luz, consideramos que a partir de nuestro trabajo se podría estimular la investigación científica.



Evidenciando así la importancia de esclarecer el papel que tienen los diferentes factores de riesgo implicados y la visibilidad adecuada del suicidio en medios de comunicación en relación a su prevención en adolescentes.

V. Hipótesis.

La identificación precoz de los factores de riesgo implicados en el suicidio en adolescentes ayuda a la prevención del mismo, así como su visibilidad.

VI. Objetivos.

a. Objetivo general

1. Estudiar los **factores de riesgo** implicados en el suicidio en adolescentes y su papel en la prevención.

b. Objetivo específicos

2. Estudiar los **factores protectores** implicados en el suicidio en adolescentes y su papel en la prevención.
3. Estudiar la influencia negativa o positiva de **visibilizar en medios de comunicación el suicidio** entre los adolescentes y su papel en la prevención.
4. Estudiar la utilidad de los **modelos preventivos actuales** para el suicidio en la adolescencia.

VII. Material y métodos.

a. Diseño.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre los artículos que trataban sobre el suicidio en adolescentes concretamente o en modo más amplio, aquellos que hablaban sobre los factores de riesgo y de protección, internet y medios de comunicación, y su implicación en la prevención y visibilidad del mismo. Esta revisión se centró fundamentalmente en la literatura científica internacional durante el periodo que recoge las publicaciones de los últimos 15 años. A excepción de un artículo de 1996, que aportaba contenido de carácter histórico.

Además, se ha accedido a otros artículos con búsqueda inversa a través de la bibliografía de otros anteriormente usados.

Las palabras clave para la búsqueda fueron; “suicide”, “adolescent”, “young”, “teenager”, “risk factors”, “protective factors”, “media”, “internet”, “prevention”, y “visibility”.

Los operadores booleanos utilizados para la combinación de las palabras clave fueron: “AND” y “OR”. El conector “OR” se utiliza para la combinación de palabras que significan lo mismo o pertenecen a la misma categoría, como “media” y “internet” y estas se escriben entre paréntesis. El conector “AND” se utiliza para combinar todas las palabras entre las que queremos encontrar relación en los artículos.

b. Criterios de inclusión.

Los artículos debían ceñirse a las características de la tabla 5. Y de los resultados obtenidos que tras la búsqueda coincidieron con los requisitos anteriores, se seleccionaron aquellos en los cuales el título hacía referencia a los objetivos del estudio. Se valoró la información de los artículos tras la lectura de

estos o de su respectivo “abstract” y se desestimó aquellos que repetían información. Se incluyeron los estudios que abordaban desde la epidemiología, pasando por estudios sobre las manifestaciones clínicas y su diagnóstico hasta los factores de riesgo y de protección, medios de comunicación e internet , en relación a la prevención y visibilidad del suicidio en adolescentes.

Tabla 5: Criterios de inclusión.

Fuente: elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSION	
TIPO DE ARTICULO	Ensayo clínico.
	Estudio cohorts.
	Meta-análisis.
	Revisiones sistemáticas y no sistemáticas.
DISPONIBILIDAD DEL TEXTO	Completo, “abstract”.
AÑO DE PUBLICACIÓN	Últimos 15 años.
IDIOMA DE PUBLICACIÓN	Inglés, español.

c. Criterios de exclusión.

Los criterios usados para descartar los artículos que no se ajustan a las necesidades del trabajo aparecen en la tabla 6:

Tabla 6: Criterios de exclusión.

Fuente: elaboración propia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
TIPO DE ARTICULO	DOCUMENTOS DIFERENTES A:
	Ensayo clínico.
	Estudio cohorts.
	Meta-análisis. Revisiones sistemáticas y no sistemáticas.
CONTENIDO DEL ARTÍCULO	Estudios repetidos o que no se ajustan al objetivo del trabajo.
AÑO DE PUBLICACIÓN	Anterior a 15 años (*).

*A excepción de un artículo usado de 1996.

d. Metodología de búsqueda.

Se utilizó PubMed como principal base de datos y la estrategia de búsqueda se centró en las siguientes fórmulas de palabras clave y booleanos:

Se introdujo en primer lugar los siguientes términos **(#1)**: “((*suicide*) AND ((*young*) OR (*adolescent*) OR (*teenager*)) AND (*risk factors*) AND (*prevention*))”.

A continuación, se introdujo **(#2)**: “((*suicide*) AND ((*young*) OR (*adolescent*) OR (*teenager*)) AND (*protective factors*) AND (*prevention*))”.

En tercer lugar se buscó **(#3)**: “((*suicide*) AND ((*young*) OR (*adolescent*) OR (*teenager*)) AND ((*internet*) OR (*media*)) AND (*prevention*))”.

Y por último **(#4)**: “((*suicide*) AND ((*young*) OR (*adolescent*) OR (*teenager*)) AND (*visibility*))”.

El total de los artículos extraídos de la búsqueda, fueron de acceso gratuito. A estos artículos obtenidos se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, se eliminaron los artículos duplicados y se priorizaron aquellos de mayor actualidad o interés.

A su vez, se ha realizado una búsqueda manual, sin restricciones, que ha permitido obtener datos actuales, planes, guías, informes, protocolos y noticias que por su contenido se han podido incluir en el trabajo.

VIII. Resultados.

a. Factores de riesgo identificados en adolescentes.

Diferentes investigaciones han mostrado que la conducta suicida constituye un problema complejo y multifactorial, que no se debe a una causa única, y en la que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales (16). La adolescencia no es vivida de la misma manera por todas las personas, está determinada por factores sociales, económicos y culturales (40). Además los factores de riesgo difieren significativamente a lo largo de la vida, de manera que algunos factores serán más asociados a un rango de edad (1).

Recientemente un estudio empleó un enfoque de métodos mixtos para investigar las diferentes características que conducen al suicidio de los jóvenes en 2 subgrupos de edad distintos de los jóvenes (preescolar y secundaria) y por sexo. Se extrapolaron un total de 20 características comunes de las narrativas. Entre el grupo de edad de 10 a 13 años, surgieron 4 características específicas de la edad: distanciamiento, exposición al suicidio, problemas escolares y adversidad. Surgieron seis características específicas por edad entre el grupo de edad de 14 a 17 años: antecedentes de abuso ($P < 0,01$), antecedentes de autolesiones ($P < 0,01$) y antecedentes de intento de suicidio ($P < 0,01$) altamente asociado con el sexo femenino. Demostrando así que existen características únicas específicas de edad y sexo para el suicidio adolescente. Esta información se puede aprovechar para planificar estrategias de prevención enfocadas relevantes para los jóvenes en 2 grupos de edad distintos (47).

En el caso de los adolescentes, se incluyen altos niveles de desesperanza, escasas habilidades para la resolución de problemas y antecedentes de conducta agresiva. Un perfil menos habitual de un adolescente que se suicida es el que muestra características de personalidad de rasgos de perfeccionismo y altos logros

personales (como a nivel académico), que puede haber sentido un fracaso reciente y se siente humillado (3).

Además existen algunos síntomas a los que es importante prestar atención. Por ejemplo, el desgano y desinterés, la tristeza y la soledad que pueden estar asociados a una depresión. En otros casos, los adolescentes manifiestan la depresión a través de un alto grado de excitabilidad. Hay algunos otros más observables como los cambios en la forma de alimentarse (pérdida o aumento de apetito) o los trastornos en el sueño (40).

De este modo, en la fenomenología del suicidio pueden aparecer factores o variables de muy diferente naturaleza implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de la ideación y conductas suicidas (1).

a.1. Factores genéticos y biológicos.

Respecto a los factores genéticos; la historia familiar de suicidio, la psicopatología y el abuso de sustancias de los padres se han asociado a las conductas suicidas (1).

En referencia a los factores biológicos; Se ha hallado una relación entre los niveles centrales de serotonina alterados y el suicidio y la agresividad impulsiva en adolescentes. Los estudios necrópsicos en adolescentes que han consumado suicidio muestran las alteraciones más significativas en la corteza prefrontal y el hipocampo, regiones del cerebro que también están asociadas con la regulación de las emociones y la resolución de problemas. En estos estudios se han observado metabolitos de la serotonina alterados, alteración en la unión de 5-HT_{2A} y disminución de la actividad de las proteínas cinasas A y C. También influye el sexo masculino, los varones alcanzan cifras superiores en cuanto al suicidio consumado, como la edad adolescente. Tanto las tentativas de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la edad adolescente (>12 años), alcanzándose las tasas más elevadas entre los 15 y 19 años (1).

a.2. Factores psicosociales.

Respecto a los factores psicosociales; se han asociado con un mayor riesgo de suicidio la sensación de desesperanza, la impulsividad, el consumo recurrente de drogas y antecedentes de conducta agresiva (3).

A nivel psicológico la desesperanza, la rigidez cognitiva, las distorsiones cognitivas, mecanismos de defensa desadaptativos, el neuroticismo y el déficit de habilidades para la resolución de problemas son los ítems que con más fuerza se han asociado a los intentos de suicidio (1).

La disfunción familiar, vivir apartado de los padres se ha asociado a un incremento de la prevalencia del fenómeno suicida. Parece que las conductas agresivas, autodestructivas y suicidas se dan con mayor frecuencia en personas que han soportado entornos familiares crónicamente estresantes (3).

Los adolescentes son especialmente vulnerables a situaciones traumáticas. Pueden percibir y experimentar los sucesos traumáticos con un importante componente de estrés y ansiedad, lo cual les puede conducir a conductas desadaptativas y a un infausto desenlace si no se interviene adecuadamente. El 66% de los comportamientos suicidas se desencadenan tras un acontecimiento negativo, que resulta estresante para el menor (1).

El factor de riesgo familiar más significativo para el comportamiento suicida es el maltrato, que incluye el abuso físico y sexual y la negligencia (3). Los niños sometidos a situaciones de abuso físico o sexual tienen una alta incidencia de conducta suicida (36,39,47). Existe un amplio espectro de síntomas psicopatológicos que se asocian con la exposición a hogares violentos y abusivos (3). Es decir, el abuso sexual está relacionado con trastornos psicopatológicos pero no está claro si la alta prevalencia de conducta suicida se debe al abuso en sí o a la patología (1).

Estudios comunitarios amplios han proporcionado datos que sugieren que los jóvenes con riesgo suicida incluyen a aquellos que se sienten desconectados, aislados o alienados de sus iguales o su pareja (3). Las relaciones sociales pobres o deficitarias con el grupo de iguales se han asociado con una mayor conducta suicida (1). Además, la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad (7). El acoso por parte de iguales (*bullying* y *ciberbullying*) es una forma característica y extrema de violencia escolar que se ha relacionado con conducta suicida y también con altos niveles de estrés e ideación suicida (1). No son pocos los jóvenes que se convierten en objeto de burlas, agresiones físicas, descalificaciones y discriminación por parte de sus compañeros, viendo mermada su autoestima durante mucho tiempo y abocando en muchas ocasiones al padecimiento de una patología mental severa, con consecuencias graves si no se realiza una detección a tiempo (1). En concreto, 1 de cada 10 estudiantes afirma ser víctima de acoso y un 7% dice sufrir acoso a través de Internet o el móvil en nuestro país (23).

En contraposición, son factores protectores que reducen el riesgo de comportamiento suicida en la juventud mantener una fuerte relación con la escuela y los compañeros incluso en caso de que existan otros factores de riesgo (3).

La orientación sexual es un factor de riesgo, ya que los jóvenes que se identifican como gays, lesbianas o bisexuales presentan unas tasas de conductas suicidas entre dos y seis veces más altas (3). En los barrios donde residían minorías sexuales se han registrado unas tasas más elevadas de suicidabilidad, probablemente relacionada también con un fuerte componente estigmatizador y con crímenes de tinte homofóbico (15).

La exposición a casos de suicidio cercanos o a determinado tipo de información en los medios de comunicación sobre el suicidio se ha asociado a un mayor riesgo (1). Además, la exposición a un suicidio o comportamiento suicida de un amigo o un familiar posee el mismo valor predictivo para un intento suicida posterior que padecer una depresión severa (14).

Un bajo estatus socioeconómico y bajo nivel educativo se asocia a mayor riesgo de presentar fenomenología suicida (1). No culminar expectativas por no disponer de medios suficientes justificaría el alto grado de frustración que experimentan algunos jóvenes de esta condición (3). Y relacionado, factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas (1). También obtener malas calificaciones y no cumplir con las expectativas académicas se asocia con mayor riesgo de conducta suicida (39).

a.3. Comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica.

Como factor de riesgo suicida cabe destacar la comorbilidad psiquiátrica. El 90% de los adolescentes con conducta suicida presentan al menos un trastorno mental en el momento del intento o suicidio consumado. Las patologías más prevalentes son depresión, trastorno disocial y abuso de sustancias (42,43). La esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria les siguen de cerca (1). Es decir, cuanto mayor es la comorbilidad mayor es el riesgo (3).

El consumo de drogas se ha asociado, sobre todo, con los intentos de suicidio en adolescentes varones mayores de 15 años (21,22). Mientras en las niñas, la presencia de depresión es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo. La presencia de sintomatología depresiva dispara el riesgo en ambos sexos y se ha observado que los trastornos depresivos están presentes entre 49%-64% de los casos (21-26). No obstante, aunque la depresión mayor es el factor de riesgo más significativo para el suicidio, de forma que lo aumenta en un 20%, muchos individuos con depresión grave no se suicidan (3).

En relación a la comorbilidad no psiquiátrica, es conveniente destacar que la enfermedad crónica (diabetes mellitus, epilepsia, cáncer y obesidad) o dolor crónico representan una gran fuente de estrés para un niño o adolescente, lo cual puede acrecentar la desesperanza y conducir al joven a este desenlace (1).

a.4. Intento de suicidio previo.

Pero en los adolescentes, el factor de riesgo más importante es el intento de suicidio previo, seguido de la depresión, trastornos de conducta y consumo de tóxicos (3). Además constituye uno de los factores predictores más importantes de suicidio en el futuro, sobre todo en varones (26,28). La persistencia de ideas de muerte o ideas de suicidio aumenta el riesgo de repetir un intento de suicidio (1). Conviene recalcar que la mitad de los adolescentes que han protagonizado un intento de suicidio han cometido al menos uno anteriormente. El 70% de los jóvenes utiliza un método similar en el siguiente intento y el 30% cambia a un método más letal. Cuando se utiliza un método poco habitual el riesgo de recurrencia es mayor (3).

Además de tener en cuenta e identificar dichos factores, es necesario preguntar directamente a los adolescentes sobre los pensamientos suicidas, ya que estudios demuestran que muchos padres lo desconocen (3).

a.5. Escenario pandémico. COVID-19.

Con la rápida propagación de la crisis de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) en todo el mundo, se han informado casos de suicidio inducidos por la pandemia de COVID-19 en muchos países. Las personas con infección por COVID-19 sospechada y confirmada, los trabajadores de atención médica de primera línea, las familias en duelo, los ancianos, los niños y los adolescentes son poblaciones vulnerables que podrían tener un riesgo elevado de suicidio (indicado por numerosos estudios estos últimos dos grupos). En primer lugar, mantener el distanciamiento físico fue una medida importante para frenar la propagación del COVID-19, que se implementó y demostró su efectividad en muchos países. Sin embargo, debemos reconocer el gran impacto negativo de estas medidas contra la epidemia en la recesión económica y la salud pública, especialmente entre los niños y adolescentes. De ahí que se reconozca que la carga producida por los impactos psicológicos del COVID- 19 pueda exceder lo que por la propia pandemia (51).

b. Factores protectores identificados en adolescentes.

La base de toda respuesta eficaz de prevención del suicidio es la identificación de los factores de riesgo y la mitigación de los mismos mediante intervenciones apropiadas. Lo más frecuente es que estos factores actúen acumulativamente, aumentando la vulnerabilidad de la persona al comportamiento suicida. Por otra parte, igualmente importantes que los factores de riesgo, son los factores protectores, por lo que el fortalecimiento de estos factores también es un objetivo esencial en la prevención del suicidio (16). En nuestro caso podríamos hablar de aquellas situaciones o circunstancias que reducen las probabilidades de que una manifestación del comportamiento suicida aparezca (1).

La conducta suicida se entiende como consecuencia de una compleja interacción entre factores predisponentes, precipitantes y protectores, entre la vulnerabilidad individual y los estresores a los que cada individuo se enfrenta a lo largo de la vida o en determinados momentos de ella (1). La OMS nos enseña en la figura 3 como los factores de riesgo se entrelazan con los factores estresantes y precipitantes, de manera que pueden dar lugar conductas suicidas, tanto observables como no observables. A lo largo de ese proceso, la persona en riesgo suicida puede disponer de factores cognitivos familiares o sociales que le protegen de ese riesgo, pero también puede ser ayudada, “rescatada”, a través del desarrollo de habilidades personal o de su puesta en tratamiento (1).

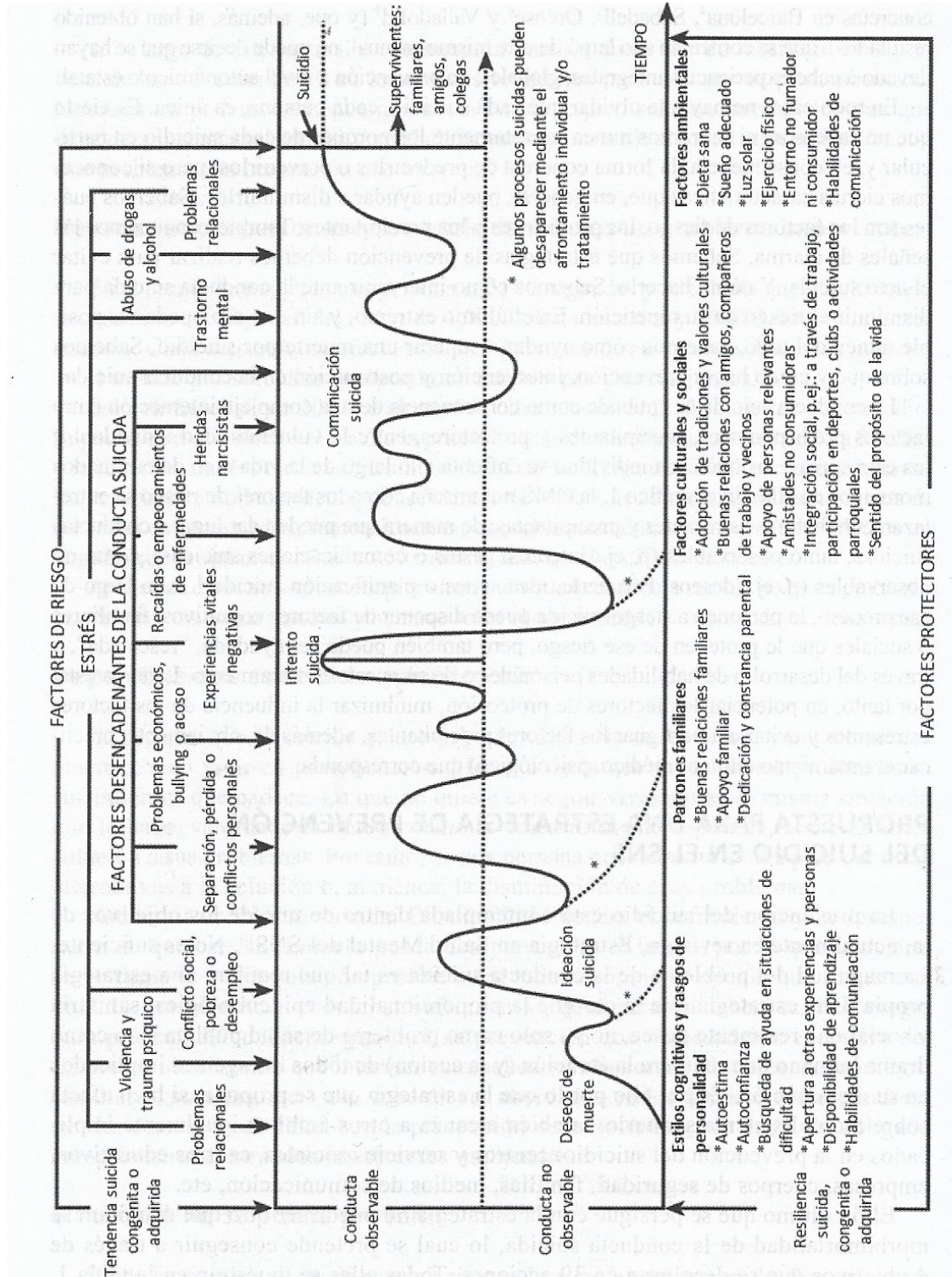
Tabla 7: Factores protectores identificados en adolescentes.

Fuente: Elaboración propia.

HABILIDADES INDIVIDUALES	<p>Autoestima que permita un sentimiento satisfactorio de sí mismo.</p> <p>Habilidades sociales, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades para resolución de problemas.</p> <p>Habilidades para estructurar razones para vivir.</p> <p><i>Locus del control</i> interno.</p>
BIOLÓGICO	<p>Sexo femenino.</p>
EDUCATIVO Y CULTURAL	<p>Nivel educativo.</p> <p>Creencias religiosas, culturales y étnicas, puesto que las objeciones morales y preceptos culturales median sobre el comportamiento suicida.</p>
SOCIEDAD Y COMUNIDAD	<p>Sentimiento de pertenencia a su entorno, buenas relaciones con otros compañeros de la escuela.</p> <p>Participación social en actividades comunitarias.</p> <p>Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio.</p>
RELACIONES	<p>Familias estructuradas con cohesión, buena relación con los miembros de la familia, y que cuenten con apoyos significativos del grupo familiar.</p> <p>Buena vinculación con la escuela, manteniendo una relación adecuada con profesores.</p> <p>Buena alianza terapéutica con el especialista.</p>

Figura 3: Modelo de vulnerabilidad y estrés en conducta suicida.

Fuente: Traducido de OMS 2002. Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (1).



c. Medios de comunicación, internet ¿amigo o enemigo?

El uso de la internet es calificado hoy, bajo ciertas circunstancias de uso, como factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas en población adolescente (24). Pues la incidencia del suicidio ha aumentado un 60% en los últimos 45 años coincidiendo todo ello con la vertiginosa expansión de las nuevas tecnologías de la información (32). Esto se vincula con la posibilidad que brinda de dar información al instante vinculada con conductas suicidas, a través de textos, imágenes, videos y la interacción con otros usuarios que comparten situaciones similares relacionadas, por medio de salas de chats, foros y blogs (24).

El desarrollo de la internet a partir de la década de 1990 la ha convertido en un elemento común de la vida cotidiana de los adolescentes, una generación “orientada a la tecnología” (25). El 90% de los jóvenes utilizan internet con regularidad (26) y el 80% de los usuarios de redes sociales a nivel mundial se encuentra entre los 12 y 30 años, con una mayor frecuencia de uso entre los 12 y 19 años (24).

En la última década, el comportamiento suicida de los adolescentes se ha vinculado con el uso de la internet y las redes sociales (27). Se ha propuesto que los jóvenes son más propensos a ser influenciados por la internet a presentar comportamientos suicidas en comparación con adultos, por encontrarse en una etapa de inmadurez, en la cual se encuentran en pleno desarrollo de la personalidad y con riesgo de presentar conductas de riesgo, abuso de sustancias y trastornos depresivos. Algo que, asociado en algunos de ellos a condiciones genéticas y psicopatologías previas, los hace particularmente vulnerables (24). Algunos proponen que los adolescentes son susceptibles a la conducta suicida como resultado del aprendizaje sobre el comportamiento suicida de otros. Este fenómeno conocido como “contagio suicida” se propone como un efecto, a corto

plazo, de la exposición a historias en la Web de intentos de suicidio o suicidio consumado (24).

Incluso ya existe un término para hacer referencia a la tendencia de los jóvenes perturbados a imitar los suicidios con gran repercusión mediática; “Síndrome de Werther” en referencia al protagonista de la novela “Las tribulaciones del joven Wether”, la cual fue prohibida en un países europeos debido al gran número de suicidios entre jóvenes que la habían leído, tratando de imitar la escena, en la que el personaje de ficción se quita la vida (3).

Los jóvenes que buscan información relacionada con el suicidio en la internet no solo acceden a sitios que brindan información relacionada con los métodos y formas para planear o consumir el comportamiento suicida, sino que igualmente buscan ayuda, apoyo y orientación frente al sufrimiento que experimentan derivado de los pensamientos suicidas, la tristeza, soledad y ansiedad relacionada con estas ideas (27). Esta necesidad de contacto y conexión que buscan los jóvenes a través de la Web podría, según algunos expertos, reducir el sentimiento de soledad y aislamiento en el que viven. Este medio se comporta como un vehículo para permanecer en conexión con amigos y también brindar al individuo un lugar para presentar ideas, sentimientos, emociones que son incómodas de compartir “frente a frente”, incluyendo las ideaciones suicidas o pensamientos autolesivos (24). El internet también desempeña un papel importante para informar a los lectores y espectadores sobre las causas probables del suicidio, las señales de alarma y las opciones terapéuticas (37). Es, por tanto, un medio óptimo para realizar intervenciones preventivas frente al suicidio en la población adolescente, ya que estos son usuarios habituales (24) y son receptivos al apoyo profesional proporcionado en línea (28). Puesto que ellos recurren a la internet en búsqueda de información e interacción social, este medio resulta tanto de riesgo como de protección frente al comportamiento suicida (24).

“Informar del suicidio de manera apropiada, exacta y potencialmente útil a través de medios progresistas e inteligentes puede prevenir una trágica pérdida de

vidas”. Según la OMS, a nivel mundial, la prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización respecto del suicidio como problema de salud pública principal y al tabú existente en muchas sociedades para examinarlo abiertamente. En la actualidad, unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias (10). Cuando el suicidio de un joven se convierte en noticia, ésta información despierta gran sensibilidad en la comunidad, sobre todo en individuos menores de edad, y puede tener efectos indeseables si esta información no se trata correctamente (1). De hecho se considera que existe un mayor riesgo de contagio suicida con la exposición de motivos simplistas del suicidio, relacionándolo directamente con problemas específicos previos como desencadenante, con un enfoque sensacionalista, con exposición de detalles técnicos del cómo se llevó a cabo, con glorificación del suicidio o de la persona que se ha suicidado u omitiendo sus problemas y/o reacciones de dolor de los allegados (33). Porque hay una gran diferencia entre informar adecuadamente y silenciar una cuestión que demanda un nivel de visibilidad y concienciación mucho más alto que el que tiene actualmente (1). Y a pesar de que la imitación puede jugar un papel influyente en jóvenes vulnerables, la tasa total de suicidios no parece amentar cuando se incrementa la exposición en medios (3).

d. Estrategias de prevención en adolescentes.

En la actualidad, unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y solo 38 países han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio, estableciendo el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, en el que, organizado por la AIPS (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio) y copatrocinado por la OMS, se quiere reconocer y remarcar la importancia de este problema. Este día ha contribuido a concienciar y reducir la carga de estigma en todo el mundo (16). Actualmente la prevención del suicidio en Europa es una prioridad, de modo que se han establecido unas directrices para los estados miembros con la finalidad de facilitar la detección de adolescentes con alto riesgo y orientar la prevención (13).

A nivel nacional, la prevención del suicidio está contemplada dentro de unos objetivos de la, actualmente en revisión, Estrategia en Salud Mental del SNS. El Grupo Parlamentario Socialista da un paso más en su prevención con la presentación de una Proposición No de Ley encaminada a prevenir y atender conductas suicidas. La propuesta se sustenta en 3 ejes: 1. Pide que se valore, junto con las comunidades autónomas, "la posibilidad de poner en marcha un servicio gratuito de atención telefónica coordinada e integrada, atendida por profesionales de la salud mental, con el objetivo de la atención de crisis, ansiedad, depresión y demás problemas de salud mental, así como el abordaje de la prevención de la conducta suicida, en colaboración con colegios profesionales y entidades sociales vinculadas a la salud mental". 2. Demandan "medidas de sensibilización, información y concienciación que visibilicen el problema del suicidio como un problema de salud pública, que reduzcan el estigma social asociado y favorezcan la prevención de la conducta suicida". Todo ello en un marco de colaboración con las comunidades autónomas y como parte de la Estrategia de Salud Mental. 3. Piden "difundir e impulsar el uso del Manual de Apoyo a los Profesionales de la Información, Recomendaciones para el tratamiento del suicidio

por los medios de comunicación, elaborado por el Ministerio de Sanidad con la participación de organizaciones de periodistas, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Bomberos y Asociaciones de Salud Mental, a partir de las recomendaciones de la OMS, con el fin de lograr una información responsable" (44).

d.1. Identificación prematura del riesgo suicida.

La identificación prematura del riesgo suicida puede y debe ser una de las medidas más importantes para su prevención. Esto implica que tanto profesionales de atención primaria como los facultativos de salud mental deben indagar en la búsqueda de factores contextuales, individuales y acontecimientos vitales estresantes que puedan suponer un grave conflicto psicológico (1). Detectar los trastornos del humor en población pediátrica y tratarlos precozmente sería una estrategia muy eficiente (1). La OMS publicó en el programa SUPRE (*Suicide Prevention*) algunas recomendaciones para los profesionales de atención primaria sobre cómo explorar los diferentes aspectos de la ideación y conducta suicida en adolescentes (31).

d.2. Ámbito familiar.

Respecto a las intervenciones en el ámbito familiar, el adolescente necesitará por parte de sus padres apoyo, que se le escuche, se evitaren críticas destructivas y no se le abandonará. Los padres deberán estar alerta a una serie de señales de advertencia (síntomas depresivos, cambios de comportamiento, abuso de drogas, etc), informarse sobre este fenómeno e impedir el acceso a métodos potenciales de suicidio. Por otro lado su círculo de amigos deberá ayudarlo a buscar ayuda profesional y, si es necesario, acompañarlo (16).

d.3. Ámbito escolar.

En el ámbito escolar el objetivo central de los programas de prevención del suicidio es optimizar el funcionamiento de los estudiantes y mejorar su calidad de vida, aunque pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado (17).

d.4. Ámbito sanitario.

Se ha comprobado fehacientemente que la intervención en niños o adolescentes con patologías mentales puede disminuir el riesgo de conducta suicida. Para ello sería necesario realizar un diagnóstico diferencial apropiado, trazar las estrategias de intervención adecuadas, tener especial atención con los trastornos comórbidos, revisar de forma regular la sintomatología depresiva, ideación suicida y presencia de algún acontecimiento vital estresante, puesto que el riesgo de suicidio puede variar durante el tratamiento (1).

Un estudio de consenso Delphi sobre factores de riesgo, signos tempranos y estrategias de detección de la depresión adolescente en entornos globales generó 31 factores de riesgo de depresión adolescente. Se clasificaron tres como altamente específicos y altamente factibles de medir: antecedentes familiares de depresión, exposición al acoso escolar y un entorno familiar negativo. Seis se clasificaron como modestamente específicos y altamente factibles: enfermedad física o discapacidad, sexo femenino, duelo, exposición a traumas, abuso de sustancias y baja autoestima. Cinco ítems adicionales fueron modestamente específicos y modestamente factibles: dificultades sociales, estrés académico, pobreza, pérdida de la familia y distorsiones cognitivas. Cinco síntomas fueron al menos modestamente específicos y factibles de medir: cambios de humor, pérdida de interés, aislamiento social, tendencias suicidas y cambios de sueño. Con este estudio se ofrece un perfil de factores de riesgo desarrollados y priorizados por expertos para formar políticas de iniciativas de prevención eficaces. Se consideró que las escuelas eran el lugar más factible para la detección (48).

El cribado sobre la depresión, ideación suicida y conducta suicida previa es un buen método para reconocer adolescentes de alto riesgo, con un buen coste/efectividad (1). El problema radicará en la aparición de falsos positivos, que necesitarían una segunda evaluación para reconocer el riesgo real (33,50).

d.5. Medios de comunicación.

Los medios de comunicación son otra estrategia de prevención, como se ha comentado. Tratar este tema en los medios de una forma correcta puede ayudar a prevenir la imitación del comportamiento suicida, mientras que una cobertura repetitiva y continua del suicidio tiende a inducir y promover pensamientos suicidas, particularmente entre los adolescentes (33,41). Además el buen trabajo de los periodistas es importante no sólo para la prevención sino también para la “posvención”, es decir, la atención a los familiares, amigos, maestros, etc. de la persona que se suicidó. Pueden ser personas vulnerables y sentir culpa, y aumenta el riesgo de suicidio (40). Por ello, la propia OMS ha desarrollado una serie de guías y estrategias dirigidas a los medios de comunicación para intentar prevenir el contagio. Para la OMS también los medios de comunicación pueden jugar un papel proactivo en la prevención del suicidio publicando las noticias de manera adecuada y ofreciendo determinada información (34).

Así mismo, se ha constatado en numerosas ocasiones que los medios de comunicación son responsables de la perpetuación de estereotipos, prejuicios y conductas discriminativas. En este sentido, juegan un papel crucial en cuanto a la difusión del fuerte componente de estigma social que llevan inherente el suicidio y los intentos de suicidio (1). Entendemos que la comunicación es una herramienta para el cambio social. La capacitación, la facilitación de herramientas y recursos para comunicadores pueden producir un impacto en la cantidad y calidad de las informaciones que se generan sobre la infancia (40).

Además nos enfrentamos al nuevo desafío que significan las conductas suicidas mediante el uso de internet. El consejo de Europa recomienda que se controle el contenido que pueda promover el suicidio, ya que, aunque en ocasiones este tipo de información pueda no ser ilegal, es obligación de los estados miembros la protección del adolescente según la Convención Europea de Derechos Humanos (1).

Se ha demostrado que las campañas de prevención del suicidio en toda la población mejoran el conocimiento, la concienciación y las actitudes hacia el suicidio. Sin embargo, las campañas de prevención del suicidio serán ineficaces si *no llegan y resuenan con su público objetivo*. Recientes estudios demuestran que co-diseñar campañas de prevención del suicidio con los jóvenes puede aumentar la participación y utilidad de estas intervenciones juveniles. (46).

d.6. Bullying o ciberbullying.

En el caso de las víctimas de bullying o ciberbullying, muchas guardan silencio (bien por vergüenza, culpabilidad, miedo a represalias, etc.) y no son capaces de salir de la situación por sí solas, de modo que la responsabilidad de abortar esta situación no recae sólo en los jóvenes, sino también en los gobiernos, las autoridades y centros educativos, los profesores y las propias familias (1). Además no hay que olvidar que desde el punto de vista legal, el tipo penal más próximo al *ciberbullying* es el que recoge el artículo 197 del Código penal, en el que se detalla la revelación de información a terceros sin consentimiento del titular y en el que se recoge la posibilidad de que la víctima se una menor o un incapaz (1).

Por lo que se estima oportuno y necesario combatir este fenómeno desde diferentes frentes, siendo el contexto escolar el escenario idóneo sobre el cual debemos implementar las medidas de prevención y detección precoz. Esto significa desarrollar estrategias de intervención conjuntas entre los Servicios Sanitarios y Educación (junto con la colaboración de otros estamentos) intercalando en los programas docentes actividades dirigidas a este fin (35).

En el caso del *ciberbullying*, es necesaria una regulación desde diferentes ámbitos para disminuir la incidencia de acontecimientos derivados de un mal uso de internet, incluida la tasa de suicidios (36). Además actualmente a través de la petición Rompo el Silencio de *Save the Children* se piden mecanismos de denuncia en los centros educativos que permitan romper esta espiral lo antes posible para los niños y niñas que sufren acoso escolar o bullying a diario (59).

d.7. Entrenamiento de habilidades.

Existe alguna evidencia de que los programas basados en el entrenamiento de habilidades podrían reducir la conducta suicida y mejorar las actitudes, emociones y estrategias de afrontamiento (1). Por otro lado, la psicoeducación, dirigida a quienes mantengan contacto regular con niños, trataría de inculcar nociones básicas sobre cómo enfrentarse a una enfermedad y a sus recaídas desde el punto de vista clínico (1). Las intervenciones que combinan el entrenamiento de habilidades de afrontamiento con educación sobre el suicidio han mostrado ser más eficaces, aunque el efecto específico sobre la conducta suicida es difícil de cuantificar (43,50).

d.8. Intervención tras el suicidio.

Debido al hecho de tener un familiar, compañero o amigo que se haya suicidado incrementa la probabilidad de padecer depresión mayor, trastorno por ansiedad, ideación suicida y trastorno por estrés postraumático en el periodo de 6 meses tras el suicidio, los programas de intervención tras un suicidio (*postvención*) son muy importantes. Encaminados a proporcionar apoyo y orientar, reducir el sentimiento de culpa y la morbilidad y mortalidad en sus allegados (familiares, amigos, profesores) (33,36,45). Pueden realizarse sesiones individuales con otros adolescentes o incluir a los padres. Y se debe ser extremadamente cauteloso y discreto con la divulgación de la información del suicidio y las circunstancias que lo envolvieron, respetar a la familia y no causar más dolor a los familiares y allegados con la formulación de rumores o informaciones inciertas (1).

d.9. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida.

Desde el Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida de la Generalitat Valenciana, se proponen las siguientes intervenciones de la tabla 8, respecto al grupo de población vulnerable "Infancia Adolescencia".

Entre los grupos de población vulnerable se encuentran los adolescentes, especialmente quienes han sufrido acoso escolar, mujeres víctimas de violencia género, víctimas de homofobia, individuos con adicción al alcohol u otras sustancias tóxicas y en riesgo de exclusión (16). Es cierto que un soporte sociosanitario y/o comunitario prolijo en recursos (hospitales de día, unidades de tratamiento de patologías específicas, etc.) ofrece al joven con comportamiento suicida y trastornos psiquiátricos subyacentes la posibilidad de abordar su problema de un modo no tan traumático y restrictivo (1). Pero la identificación de estos colectivos vulnerables no sólo implica a los dispositivos sanitarios, sino también a servicios sociales, centros educativos, etc., siendo necesarios programas de concienciación y formación para profesionales de la enseñanza, de servicios sociales y otros agentes comunitarios (16). Por lo que desde el Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida de la Generalitat Valenciana, se proponen las siguientes intervenciones de la tabla, respecto al grupo de población vulnerable “Infancia Adolescencia” (16).

8: Intervenciones e indicadores de evaluación “Infancia Adolescencia”.

Fuente: Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida.

Generalitat Valenciana (16).

INFANCIA ADOLESCENCIA		
Intervención	Acciones	Indicadores
Mejorar la detección de la depresión en población infanto-adolescente.	Desarrollar actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria para la mejora de la detección de problemas de depresión en la población infanto-adolescente.	Número de actividades formativas por departamento.
	Crear espacios de colaboración Educación Salud Mental que incluyan protocolos de detección.	Numero de reuniones celebradas al efecto por departamento.
Mejorar la detección del riesgo de suicidio en hijos e hijas en edad infanto-adolescente de víctimas de violencia de género.	Valorar riesgo de suicidio de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género.	Número de hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género a los que se valora riesgo de suicidio.
Potenciar la realización de talleres específicos prevenir la depresión en centros educativos.	Crear comisiones de coordinación entre educación y Salud Mental que incluyan la elaboración de talleres específicos para la prevención de la depresión.	Existencia de comisiones de coordinación.
Mejorar la atención de <i>Bullying</i> y <i>Ciberbullying</i>.	Desarrollar protocolos de actuación sobre <i>Bullying</i> y <i>Ciberbullying</i> .	Existencia de protocolo.

IX. Discusión.

En esta revisión bibliográfica se analiza la prevención del suicidio en adolescentes, basada en los factores de riesgo y los factores protectores implicados, así como en su visibilidad por los medios de comunicación y los modelos preventivos actuales.

Además de la impulsividad propia de la adolescencia, otros factores de riesgo de suicidio son; antecedentes familiares de conductas autodestructivas, disponibilidad de métodos letales, abuso de sustancias, exposición a violencia familiar... y un largo etc, que evidencia la multitud de factores genéticos, biológicos y sociales que pueden influir y confluir. Y que hacen de su estudio un peldaño principal hacia la prevención del suicidio. Sin embargo, a pesar de la multitud de escenarios descritos, los datos de los que actualmente disponemos confirman que el suicidio es prevenible, pero a través de estrategias de prevención necesariamente de enfoque multisectorial para que resulten eficaces.

¿Si el suicidio de un adolescente es prevenible, la consumación del mismo nos convierte a la sociedad en cómplices? ¿Es nuestra responsabilidad social realizar cualquier esfuerzo que pueda reducir estas cifras?

Recientemente los medios de comunicación hacían referencia al suicidio en adolescentes bajo titulares como “La pandemia arrasa la salud mental de los menores” o “Las urgencias psiquiátricas suben un 50% desde otoño en niños y adolescentes”, lo que evidencia la actualidad e importancia de dicha problemática social y sanitaria, que además comprende edades muy tempranas.

Los expertos auguran un repunte de suicidios en jóvenes y es por este aumento en la incidencia, sonoridad y gravedad, que es importante analizar cuáles son los factores de riesgo implicados, para poder detectarlos precozmente, puesto

que el único tratamiento es la prevención. Una vez se conozcan y estudien a fondo, se podrán identificar los usuarios que se encuentran en un riesgo mayor, unificar criterios y constituir unas guías de actuación para prevenir y/o tratar a tiempo estos trastornos de manera más específica.

Es cierto que el conocimiento acerca del comportamiento suicida se ha incrementado considerablemente en los últimos decenios. La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Al mismo tiempo, la epidemiología ha facilitado el identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio, tanto en la población general como en grupos vulnerables, pero tras dicha revisión encontramos grandes déficits en dicha materia.

España es de los pocos países de la UE que no tiene la especialidad psiquiatría en niños y adolescentes. Cada vez se conoce más acerca del suicidio, pero los adolescentes son en muchas ocasiones identificados y por consiguiente tratados como adultos en este sentido. Hemos encontrado poca información en referencia a las características propias de un adolescente con ideación y conducta suicida, versus un adulto. Un ejemplo es que las escalas de evaluación son las mismas para cualquier individuo, tenga la edad que tenga o viva donde viva ya que incluso nos encontramos con algunas sin traducción al español o sin validar en España y en el mejor de los casos existe una ligera adaptación de las mismas a la edad. Por lo que su aplicación en la práctica clínica es muy limitada, llegando a ser incluso desaconsejada.

Es el caso del Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz, validado en México, el cual aunque fue desarrollado para el screening de riesgo suicida en niños y adolescentes, también ha sido indistintamente aplicado en adultos. Las hay en base al riesgo de repetición de la tentativa; a la hostilidad; a conductas agresivas, antecedentes delictivos y tenencia de armas; a la incapacidad de autocontrol conductual, emocional o de planificación; a presencia de acontecimientos vitales

estresantes; a la percepción del bienestar presente y futuro; al estado depresivo, etc., y en menor medida en base a la edad o circunstancias propias de la adolescencia. Además la evaluación de la conducta suicida y riesgo suicidas no está extendida entre los profesionales sanitarios, y cuando se realiza, no siempre reúne los criterios de calidad adecuados.

Otra de las reivindicaciones, sería aprobar e implementar la ley del suicidio con apartados específicos para esta población. Además es imprescindible la prevención, destinar fondos “la salud física suele absorber más recursos clínicos y de investigación que la salud mental” y resolver el déficit “importantísimo” de pediatras en el Sistema Nacional de Salud, pues los adolescentes de hoy son la generación futura, y la precariedad en su salud mental solo nos empuja a un mundo mentalmente enfermo.

Según los medios “La renovación de la Estrategia Nacional de Salud Mental reaparece en la agenda política”. En sus propuestas, también contempla la elaboración de una nueva Estrategia de Salud Mental que permita asegurar una adecuada atención a las necesidades en materia de salud mental de toda la población y que, entre otros, aborde la elaboración de un Plan Estratégico de Prevención del Suicidio, que implique la adopción de un Código de Riesgo de Suicidio en todos los centros de salud.

La vigilancia de la prevalencia, las características demográficas y los métodos utilizados suministran una información importante que ayuda a evaluar las estrategias de prevención. Cuando se combina la información sobre las muertes por suicidio, por sexo, edad y método, esta información ayuda a identificar dentro de la comunidad a los grupos de alto riesgo. También se ha observado variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio y como la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos. Es necesario estar atentos a cada una de estas variables y adaptar las estrategias de prevención a la sociedad y situación del momento, la prevención del suicidio, así como lo ideación suicida,

no es un fenómeno estático, sino cambiante y es lo que lo convierte en un desafío mayor, pero no inalcanzable.

Respecto a los medios de comunicación, deberían no solo prestar mayor atención al suicidio, sino orientar adecuadamente dicha atención; a la presencia de reportajes y noticias sobre familiares y supervivientes y a la incidencia del suicidio en general, poniendo el énfasis en la prevención, en la concienciación y el apoyo posible en estas situaciones. El mensaje de fondo debe ser claro: el suicidio nunca es la respuesta; la respuesta es buscar ayuda. Su campo de actuación es necesario y por ello la OMS a través de su iniciativa mundial SUPRE (Suicide Prevention) también incluye un instrumento para profesionales de los medios de comunicación, en el cual se recogen los puntos clave que los periodistas deben tener en cuenta al informar sobre casos particulares de muerte por suicidio o de la incidencia social de este tipo de muerte.

Además internet, por ser el medio por excelencia consumido por los adolescentes debe asumir gran parte de la responsabilidad en informar correctamente y dar apoyo a quienes lo busquen en la red. Es un ejemplo de campaña revolucionaria, #Chatsafe para la prevención del suicidio en redes sociales, que para garantizar su eficacia fue co-diseñada junto a los propios jóvenes para así aumentar la participación y llegar al público objetivo. “Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo.”

Derivados de un mal uso de internet, el *ciberbullying* es el gran protagonista y la conocida ONG *Save the Children*, ante la necesidad de hacer frente a esta modalidad de violencia entre los jóvenes ha elaborado unas recomendaciones de actuación tanto para el joven, en caso de convertirse en víctima de acoso, como para los padres o el personal docente, pero están aún lejos de ser ley.

Además visibilizar la salud mental, dar voz a las enfermedades mentales, o incluso normalizar “no estar bien” y buscar ayuda psicológica debería ser uno de nuestros objetivos como sociedad en la época en la que vivimos. Ya que el tabú no

hace que dicha realidad desaparezca, solo nos aleja de ella y de su posible saneamiento.

Actualmente, el sistema de registro, tanto para suicidios consumados como para tentativas, creemos que necesita optimizarse. En la actualidad la única fuente de datos referentes a suicidios consumados se obtiene a través del Instituto Nacional de Estadística en el apartado de “*Defunciones por causa de muerte – causas externas de mortalidad en el grupo 098 Suicidio y lesiones autoinflingidas con los códigos X60-X84*”. Datos recogidos a partir del certificado de defunción, en el que en muchos casos ya sea por estigma o desconocimiento, se identifica otra causa de muerte diferente al suicidio, falseando la incidencia.

¿Estaremos ante una nueva pandemia y no tenemos datos reales ni plena consciencia? La realidad de hoy en día, los confinamientos, la falta de movimiento, la reducción de las interacciones sociales, la asistencia no presencial a clase, o la enfermedad o muerte de un ser querido han provocado un significativo empeoramiento en la salud mental de los adolescentes, quienes están en una etapa de la vida en la que las relaciones sociales reciben mucho protagonismo y se es más impulsivo.

X. Conclusiones.

Este capítulo es extenso debido a que se fundamenta en una revisión bibliográfica de un número amplio de aspectos los cuales son: factores de riesgo, factores protectores, visibilidad en medios (internet) y estrategias de prevención.

De la presente revisión acerca del suicidio en adolescentes, podemos concluir:

1. La conducta suicida del adolescente constituye un problema complejo y multifactorial en la que intervienen gran variedad de factores y lo hacen acumulativamente. La base de toda respuesta eficaz de prevención es la identificación y la mitigación de los mismos mediante intervenciones apropiadas.
2. Existen características únicas específicas de edad y sexo para el suicidio adolescente. De entre los factores de riesgo propios destacan: las escasas habilidades para la resolución de problemas, el consumo de drogas y antecedentes de conducta agresiva. Aunque el factor de riesgo más relevante es el intento de suicidio previo, seguido de la depresión.
3. Los factores protectores propios de los adolescentes se agrupan en: habilidades individuales, relaciones con su entorno y comunidad, de carácter biológico y de carácter educativo y cultural.
4. De entre los factores protectores destacan: la autoestima, las habilidades sociales (búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades para resolución de problemas) y el sentimiento de pertenencia a su entorno; escuela y familia. Y su fortalecimiento es un objetivo esencial en la prevención del suicidio.

5. Una cobertura repetitiva y continua del suicidio induce y promueve pensamientos suicidas ya que los adolescentes son susceptibles al fenómeno conocido como “contagio suicida”.

6. Internet es un medio óptimo para realizar intervenciones preventivas frente al suicidio en adolescentes, pues los mismos son usuarios habituales y receptivos al apoyo profesional proporcionado en línea.

7. La prevención del suicidio es una necesidad que no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización y al tabú existente.

8. Las estrategias de prevención actuales se enfocan en: el ámbito familiar, el ámbito escolar, el ámbito sanitario, los medios de comunicación, el bullying o cyberbullying, el entrenamiento de habilidades y la intervención tras el suicidio.

9. La identificación precoz del riesgo suicida debe ser una de las medidas más importantes para su prevención. El cribado sobre la depresión, ideación suicida y conducta suicida previa es un buen método para reconocer adolescentes de alto riesgo, con un buen coste/efectividad.

10. La identificación de este colectivo vulnerable no sólo implica a los dispositivos sanitarios, sino también a servicios sociales, centros educativos, etc., siendo necesarios programas de concienciación y formación para profesionales de la enseñanza, de servicios sociales y otros agentes comunitarios.

XI. Bibliografía.

1. Ansean A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2.^a ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014 [citado 10 Febrero 2021].
2. Sadock B J, Kaplan H I. Sinopsis de psiquiatría. 8.^a ed. Madrid: Panamericana - Williams & Wilkins; 1999 [citado 8 de Febrero 2021].
3. Sadock B J, Alcott Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 11.^a ed [Internet] Barcelona: Wolters Kluwer; 2015 [citado 16 Febrero 2021]. P2666-2686.
4. Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente. 8.^a ed [Internet]. Ciudad de México: El Manual Moderno; 2017 [citado 6 Marzo 2021]. P523-529. Disponible en: <https://booksmedicos.org/tag/pediatria-martinez-8a-edicion-pdf/>
5. Mardomingo Sanz M J. Trato de psiquiatría del niño y del adolescente [Internet]. Madrid: Díaz de Santos; 2015 [citado 3 Marzo 2021]. P683-724. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499697987.pdf>
6. Jiménez Treviño L, Sáiz Martínez PA, Bobes García J. Suicidio y depresión [Internet]. Barcelona: Humanitas Humanidades Médicas; 2016 [citado 3 Marzo 2021]. Disponible en: https://fundacionletamendi.com/revista_humanitas_pdf/TM9.pdf
7. Shneidman E. Final thoughts and reflections. The suicidal mind. New York: Oxford University Press: 1996.
8. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. [citado 29 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>
9. Ferré-Grau C, Montescó-Curto P, Mulet-Valles M, LLeixá-Fortuño M, Albacar-Riobó N, Adell-Argentó B. El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index enferm. 2011;20(3):155–9.
10. Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 8 Mayo 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
11. Bobes J, Giner J, Saiz J (eds.). Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela: 2011.
12. RAE-ASALE, RAE. adolescencia [Internet]. Rae.es. [citado 16 Marzo 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/adolescencia>
13. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. Madrid: Ministerios de Sanidad, Política social e Igualdad Centro de publicaciones; 2011 [citado 10 Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

14. Nanayakkara S, Misch D, Chang L, Henry D. Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):991-996.
15. Duncan DT, Hatzenbuehler ML. Lesbian, gay, bisexual and transgender hate crimes and suicidality among a population-based of sexual-minority adolescents in Boston. *American Journal of Public Health*. 2014;104(2):272-278.
16. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida [Internet]. 2017 [23 Marzo 2021]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevención+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
17. Steele MM, Doey T. Suicidal behavior in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Can J Psychiatry*. 2007;52(6 Suppl 1):35S-45S.
18. Barrero AP. Factores de riesgo suicida en la adolescencia [Internet]. *Psicologia-online.com*. *Psicologia-online.com*; 2018 [citado 14 Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/factores-de-riesgo-suicida-en-la-adolescencia-582.html>
19. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global [Internet]. Oficina Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud; 2014 [citado 13 Abril 2021]. Disponible en: <http://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/prevencion-suicidio-oms.pdf>
20. Émile Durkheim. *Le suicide*. Paris; 1897.
21. Krug EG et al., eds. World report on violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [citado 6 Mayo 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
22. Pérez Camarero S. La salud mental de las personas jóvenes en España [Internet]. *Revista de Estudios de Juventud*; 2009 [13 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-09.pdf>
23. Acoso escolar o bullying [Internet]. Save The Children. [citado 19 abril 2021]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/donde/espana/violencia-contra-la-infancia/acoso-escolar-bullying>
24. Molina MJ, Restrepo D. Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión?. *Pediatría*. [Internet]. 7 de diciembre de 2018 [citado 29 Mayo 2021]; 51(2): 30-9. Disponible en: <https://revistapediatria.org/rp/article/view/109>
25. Kim JY. The Nonlinear Association Between Internet Using Time for Non Educational Purposes and Adolescent Health. *J Prev Med Pub Health*. 2012 Jan 31;45(1):37-46.
26. Strittmatter E, Parzer P, Brunner R, Fischer G, Durkee T, Carli V, et al. A 2-year longitudinal study of prospective predictors of pathological Internet use in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 jul.;25(7):725-34.
27. Mok K, Jorm AF, Pirkis J. Suicide-related Internet use: A review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49(8):697-705.
28. Frost M, Casey L, Rando N. Self-Injury, Help-Seeking, and the Internet: Informing Online Service Provision for Young People. *Crisis*. 2016 en.;37(1):68 76.

29. Grupo de trabajo de la Guía práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de las Conductas Suicidas. Guía de Práctica clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida [Internet]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012 [8 Abril 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
30. De Leo D, Dudley M, Aebersold C, Mendoza J, Barnes M, Harrison J, Ranson D. Achieving standardised reporting of suicide in Australia: rationale and program for change. *Medical Journal of Australia*. 2010;192(8):452-456.
31. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. [citado 5 Mayo 2021] Disponible en:
32. www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
33. Gérard N, Delvenne V, Nicolis H. The contagion of adolescent suicide: cultural, ethical and psychosocial aspects. *Rev Med Brux*. 2012-Jun;33(3):164-170.
34. Pereira Miragaia J, Acosta Artilles F, Hernández Fleita JL, Gutiérrez León A. Salud Mental y Medios de Comunicación. En: Anseán A (coord.) *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental*. Vol I: Política Sanitaria en Salud Mental. Barcelona: Edicomplet; 2012, 203-212.
35. World Health Organization. Prevención del suicidio: Un instrumentos para los medios de comunicación [internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [citado 7 Abril 2021]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf
36. Egues AL, Leinung EZ. Antibullying workshops: shaping minority nursing leaders through curriculum innovation: Antbullying workshops. *Nurs Forum*. 2014;49(4):240–6.
37. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res*. 2010;14(3):206–21.
38. Dunlop SM, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation?: Influence of the Internet on suicidal ideation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 oct.;52(10):1073-80.
39. Cooper WO, Callahan ST, Shintani A, Fuchs DC, Shelton RC, Dudley JA, et al. Antidepressants and suicide attempts in children. *Pediatrics*. 2014;133(2):204–10.
40. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de utilización de Medicamentos. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 5 Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>

41. Román V, Abud C. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas [Internet]. Argentina: Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; 2017 [citado 8 Abril 2021]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Suicidio.%20Comunicación,%20infancia%20y%20adolescencia%20Gu%C3%ADas%20para%20periodistas%20_1.pdf
42. IASP: International Association for Suicide Prevention. [citado 13 Abril 2021]. Disponible en: <http://www.iasp.info>
43. Coughlan H, Tiedt L, Clarke M, Kelleher I, Tabish J, Molloy C, et al. Prevalence of DSM-IV mental disorders, deliberate self-harm and suicidal ideation in early adolescence: an Irish population-based study. *J Adolesc.* 2014;37(1):1–9.
44. Kaess M, Brunner R, Parzer P, Carli V, Apter A, Balazs JA, et al. Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23(7):611–20.
45. El PSOE lleva al Congreso una estrategia en 3 ejes contra el suicidio [Internet]. *Redaccionmedica.com.* [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/el-psoe-lleva-al-congreso-una-estrategia-en-3-ejes-contra-el-suicidio-1308>
46. Barrero AP. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?: Preguntas y Respuestas [Internet]. *Psicologia-online.com.* *Psicologia-online.com*; 2018 [citado el 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/como-evitar-el-suicidio-en-adolescentes-preguntas-y-respuestas-1168.html>
47. Thorn P, Hill NT, Lamblin M, Teh Z, Battersby-Coulter R, Rice S, et al. Developing a suicide prevention social media campaign with young people (the #chatsafe project): Co-design approach. *JMIR Ment Health.* 2020;7(5):e17520.
48. Kohlbeck S, Hargarten S, Cassidy LD. Age- and sex-specific risk factors for youth suicide: A mixed methods review. *WMJ.* 2020;119(3):165–70.
49. Wahid SS, Ottman K, Hudhud R, Gautam K, Fisher HL, Kieling C, et al. Identifying risk factors and detection strategies for adolescent depression in diverse global settings: A Delphi consensus study. *J Affect Disord.* 2021;279:66–74.
50. Harmer B, Lee S, Duong T vi H, Saadabadi A. Suicidal Ideation. En: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
51. Owens C, Derges J, Abraham C. Intervening to prevent a suicide in a public place: a qualitative study of effective interventions by lay people. *BMJ Open.* 2019;9(11):e032319.
52. Que J, Yuan K, Gong Y, Meng S, Bao Y, Lu L. Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2020;40(4):392–5.

Revisión bibliográfica

SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Autores
/Lydia Miralles Vivó
/Dr. Ignacio Díaz

INTRODUCCIÓN

El suicidio en adolescentes es una conducta con una tasa de incidencia en aumento, siendo a nivel mundial, la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años. Convirtiéndolo en un problema de salud mental pública en auge, no exento de dilema, debido a lo influenciados que pueden llegar a ser tales individuos por su edad y situación emocional. Se caracteriza por implicar factores múltiples y diversos (genéticos, biológicos, sociales, etc.), lo cual dificulta la identificación de los mismos y la actuación temprana por los especialistas y además cuenta con circunstancias propias de la edad y con datos epidemiológicos, que constatan particularidades asociadas al sexo (femenino y masculino). Siendo conductas con gran estigma social y con diagnóstico típicamente tardío y terapia insatisfactoria, su estudio es de gran importancia a la hora de desarrollar un plan preventivo unificado y un algoritmo de tratamiento estandarizado para la mayoría de ellos.

HIPÓTESIS

La identificación precoz de los factores de riesgo implicados en el suicidio en adolescentes ayuda a la prevención del mismo, así como su visibilidad.

OBJETIVOS: Estudiar...

1. Los factores de riesgo implicados en el suicidio en adolescentes y su papel en la prevención.
2. Los factores protectores implicados en el suicidio en adolescentes y su papel en la prevención.
3. La influencia negativa o positiva de visibilizar en medios el suicidio entre los adolescentes y su papel en la prevención.
4. Estudiar la utilidad de los modelos preventivos actuales para el suicidio en la adolescencia.

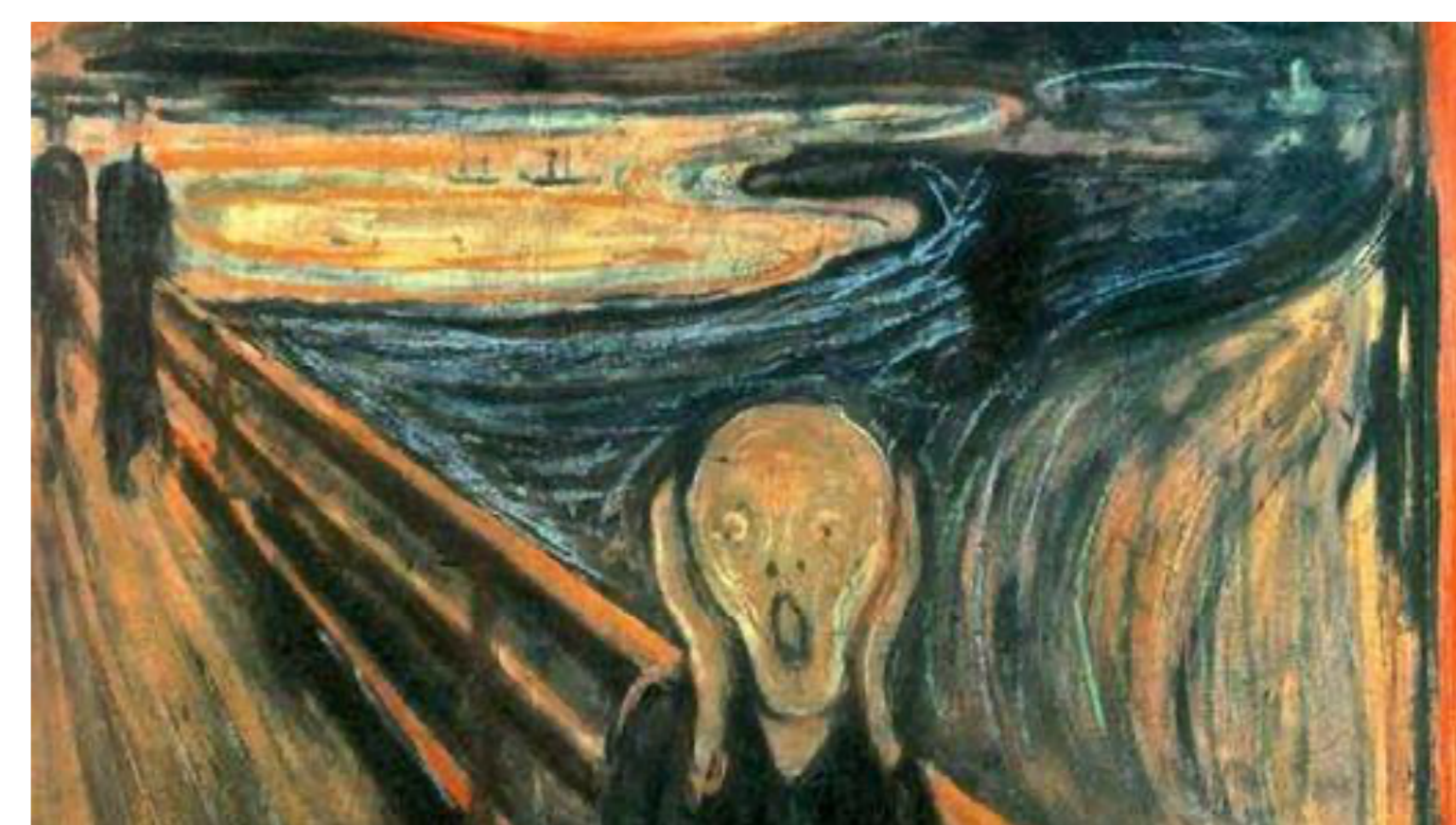
METODOLOGIA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en español e inglés, durante los últimos 15 años y que estudian las características generales y particulares del suicidio en la franja de edad de la adolescencia, así como posibles factores de riesgo, factores preventivos, la visibilidad en medios (internet) y la implicación de todo ello en la prevención del mismo. Además se han incluido datos actuales obtenidos de planes, guías, informes, protocolos y noticias

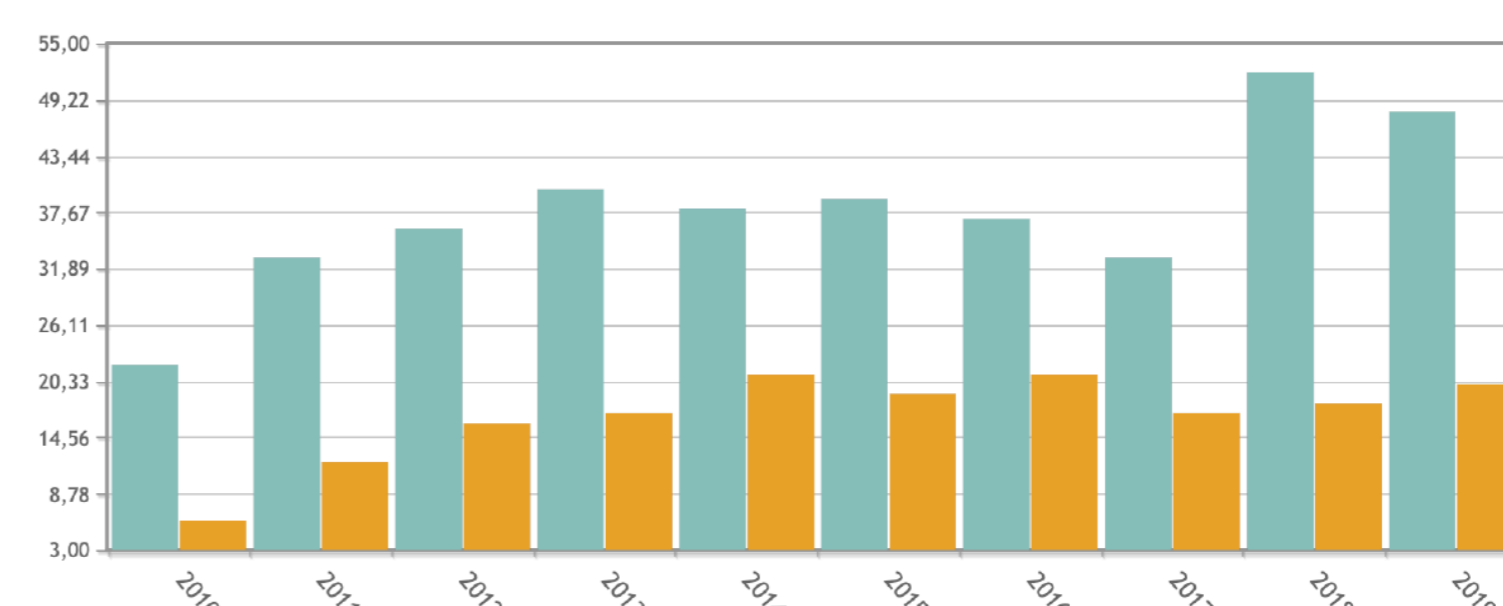
Fuente de búsqueda: PubMed.

CONCLUSIONES

1. La **conducta suicida del adolescente** constituye un problema complejo y multifactorial en la que intervienen gran variedad de factores y lo hacen acumulativamente. La base de toda respuesta eficaz de prevención es la identificación y la mitigación de los mismos mediante intervenciones apropiadas.
2. Existen **características únicas específicas de edad y sexo** para el suicidio adolescente. De entre los **factores de riesgo** propios destacan: las escasas habilidades para la resolución de problemas, el consumo de drogas y antecedentes de conducta agresiva. Aunque el factor de riesgo más relevante es el intento de suicidio previo, seguido de la depresión.
3. Los **factores protectores** propios de los adolescentes se agrupan en: habilidades individuales, relaciones con su entorno y comunidad, de carácter biológico y de carácter educativo y cultural.
4. De entre los factores protectores destacan: la autoestima, las habilidades sociales (búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades para resolución de problemas) y el sentimiento de pertenencia a su entorno; escuela y familia. Y su fortalecimiento es un objetivo esencial en la prevención del suicidio.
5. Una cobertura repetitiva y continua por los **medios** del suicidio induce y promueve pensamientos suicidas ya que los adolescentes son susceptibles al fenómeno conocido como "contagio suicida".
6. **Internet** es un medio óptimo para realizar intervenciones preventivas frente al suicidio en adolescentes, pues los mismos son usuarios habituales y receptivos al apoyo profesional proporcionado en línea.
7. La **prevención del suicidio** es una necesidad que no se ha abordado apropiadamente debido a la falta de sensibilización y al tabú existente.
8. Las **estrategias de prevención** actuales se enfocan en: el ámbito familiar, el ámbito escolar, el ámbito sanitario, los medios de comunicación, el bullying o ciberbullying, el entrenamiento de habilidades y la intervención tras el suicidio.
9. La **identificación precoz del riesgo suicida** debe ser una de las medidas más importantes para su prevención. El cribado sobre la depresión, ideación suicida y conducta suicida previa es un buen método para reconocer adolescentes de alto riesgo, con un buen coste/efectividad.
10. La **identificación de este colectivo vulnerable** no sólo implica a los dispositivos sanitarios, sino también a servicios sociales, centros educativos, etc., siendo necesarios programas de concienciación y formación para profesionales de la enseñanza, de servicios sociales y otros agentes comunitarios.



El Grito (Edvard Munch, 1893)



Defunción. Suicidio. España 2010-2019 en hombres (azul) y mujeres (naranja) de 15 a 19 años.

RESULTADOS:

❖ Factores de riesgo:

1. *Genéticos y biológicos.*
2. *Psicosociales*
3. *Comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica.*
4. *Intento de suicidio previo.*
5. *Escenario pandémico. COVID-19.*

❖ Factores protectores:

1. *Habilidades individuales.*
2. *Biológico.*
3. *Educativo y cultural.*
3. *Sociedad y comunidad.*
4. *Relaciones.*

❖ Estrategias de prevención:

1. *Identificación prematura del riesgo suicida.*
2. *Ámbito familiar.*
3. *Ámbito escolar.*
4. *Ámbito sanitario.*
5. *Medios de comunicación.*
6. *Bullying o ciberbullying.*
7. *Entrenamiento de habilidades.*
8. *Intervención tras el suicidio.*
9. *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida.*