

Universidad de Salamanca  
Facultad de Psicología

Grado en Psicología

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL  
FENÓMENO DEL SUICIDIO:  
FACTORES Y CARACTERÍSTICAS  
INDICADORES DE RIESGO  
SUICIDA**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

Autora: Virginia González Sánchez  
Tutor: Emilio Sánchez Miguel

Convocatoria de Julio. 2017/2018

• **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

*Declaro que he redactado el trabajo “Revisión Bibliográfica del fenómeno del suicidio: Factores y características indicadores de riesgo suicida” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2017/2018 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.*

Virginia González Sánchez

Virginia G.S.

• **ÍNDICE**

✓ **RESUMEN** ..... 4

✓ **CONTENIDO:**

1. **INTRODUCCIÓN** ..... 5

2. **METODOLOGÍA** ..... 11

3. **RESULTADOS** ..... 16

4. **DISCUSIÓN** ..... 25

5. **CONCLUSIONES** ..... 30

6. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** ..... 31

*Tabla 1*..... 8

*Tabla 7*..... 20

*Tabla 2*..... 12

*Tabla 8*..... 22

*Tabla 3*..... 16

*Tabla 9*..... 22

*Tabla 4*..... 17

*Tabla 10*..... 23

*Tabla 5*..... 18

*Tabla 11*..... 24

*Tabla 6*..... 19

*Imagen 1*..... 25

✓ **RESUMEN**

El suicidio es un problema de salud pública que afectó a casi 800.000 personas en 2017. La población adolescente se encuentra en un grupo de edad más vulnerable, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en 2017 a nivel mundial. Teniendo en cuenta estos datos, debería haber más estudios o medidas de prevención e intervención. El objetivo de este estudio es investigar la literatura universal sobre el fenómeno del suicidio y aportar qué factores de riesgo y características son las que proporcionan indicadores de riesgo suicida, con el fin de obtener datos más precisos sobre dicho fenómeno. La metodología a seguir es mediante la revisión bibliográfica de 22 artículos a nivel internacional, viendo qué factores de riesgo aportan, qué modelos teóricos emplean, así como la metodología y el tipo de muestra. Los resultados obtenidos nos muestran que la sintomatología depresiva es el mayor indicador de riesgo suicida. Además, las características acertadas para el estudio de este tipo de fenómeno son aportar un modelo explicativo cuyos factores de riesgo coincidan con dicho modelo, evaluar una población con tentativa suicida previa, emplear un diseño prospectivo y utilizar, a ser posible, instrumentos o métodos de evaluación que puedan abarcar varios factores.

Palabras clave: *suicidio, suicidio adolescente, factores de riesgo, causas, revisión bibliográfica*

## ✓ CONTENIDO

### 1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno que ocurre a nivel mundial y que se debe considerar un problema de salud pública, ya que fueron cerca de 800.000 personas fallecidas debido a suicidios en 2017 (OMS). En España, aunque sea uno de los países con las tasas más bajas de suicidio en Europa (Mosquera, 2016) y en las últimas décadas haya habido un descenso de casos, a partir de 2010 se ha podido observar un ligero ascenso (Navarro-Gómez, 2017). En referente a causas de muerte, y distinguiendo entre causas externas (como accidentes de tráfico, caídas accidentales etc.), y causas internas (como enfermedades, tumores, etc.) nos encontramos con que el suicidio fue la principal causa externa de muerte en el país en el año 2016 (INE). En el caso de adolescentes, un grupo de edad más vulnerable, con menos recursos psicológicos y herramientas de afrontamiento, es la tercera causa a nivel nacional (Navarro-Gómez, 2017), y la segunda causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2017). Además, teniendo en cuenta esa vulnerabilidad y que también hay suicidios no planeados, ya sea por suicidio accidental o suicidio cometido por impulsividad, los adolescentes tienen más probabilidades de participar en intentos de suicidio no planeados en comparación con los adultos (Chin y Choi, 2015).

A raíz de estos datos, podemos suponer que nos encontramos en una situación alarmante, con lo cual las medidas de intervención y de prevención adecuadas tendrían que llevarse a cabo como acciones primordiales. Para que se pueda realizar una buena estrategia de prevención, lo primero que se debe efectuar es la identificación de factores de riesgo de la conducta suicida, incluyendo perspectivas biológicas, genéticas, psicológicas, sociológicas, culturales y ambientales. Desafortunadamente, siguen siendo escasos los estudios y métodos de prevención y afrontamiento de esta problemática (Mosquera, 2016), además de que los gobiernos de la gran mayoría de los países no han establecido planes de acción coordinados o estrategias a nivel nacional de prevención del suicidio (OMS, 2015). También nos encontramos con una ausencia de modelos integrales que expliquen el comportamiento suicida y sus causas de manera más profunda y compleja. Aunque algunos estudios sí parecen que intentan dar un modelo teórico a la relación entre conducta y factores de riesgo, la mayoría de las teorías que

emplean no son del todos exhaustivas para concretar los diferentes factores (Kim, Moon, Lee, y Kim, 2016). Existe asimismo un problema aparte, ya que cuando hablamos de factores de riesgo, decimos que son muy amplios y generales, con lo cual hay muchas personas expuestas a dichos factores, pero que no llegan a tener un comportamiento suicida (Christiansen, Larsen, Agerbo, Bilenberg, y Stenager, 2014). El suicidio se trata de un continuo, opuesto a un fenómeno aislado, en el que podemos encontrar la ideación suicida, tentativas y/o amenazas (en las que se incluirían las autolesiones) y por último, el suicidio consumado (Picazo-Zappino, 2014). Cabe también considerar la intención del adolescente al realizar dicho comportamiento suicida, porque existen acciones que sí se encuentran dentro de ese continuo, pero contienen otra intención. Por ejemplo, cuando un sujeto mantiene conductas autolesivas, puede haberlo hecho también por querer llamar la atención y no con intencionalidad de consumir el suicidio. Es difícil concretar si cuando existen datos de suicidios es en realidad por haberlos considerado suicidios como tales, o, por el contrario, pudieran haber sido accidentes o acciones temerarias acabadas en tragedias.

Con todo esto que se nos plantea, podemos afirmar que no existe un solo hecho que dé lugar al suicidio consumado. Es decir, son muchas las variables a tener en cuenta y por eso se hace más difícil y complejo determinar con precisión una serie de factores fijos de riesgo. Por lo tanto, para concretar datos que nos sean útiles, no hay que realizar simplemente asociaciones entre determinadas conductas con el riesgo suicida. Hay que reparar en todos los elementos que rodean al sujeto y en la metodología llevada a cabo (Barzilay, y Apter, 2014). De ahí nace el objetivo de este trabajo. Mediante una revisión de literatura universal nos proponemos ver qué factores de riesgo, estudiados por distintos autores en los últimos años, están asociados al comportamiento suicida en adolescentes y preadolescentes, pero poniendo énfasis en determinar en qué medida esos factores son indicadores para validar el riesgo suicida. Además, no sólo nos centraremos en los factores de riesgo, sino también en la forma en la que cada artículo han llevado a cabo sus estudios, es decir, el tipo de metodología, la población a evaluar, etc., aspectos que también son importantes considerar a la hora de determinar si cada estudio es buen indicador de riesgo suicida.

Para ello se estudiarán las siguientes variables dentro de las cuales se pueden desengranar otras subvariables o categorías:

- Marco teórico: En esta variable podemos tener en cuenta por un lado, los modelos teóricos empleados en los que basan cada uno de los estudios y, por otro, factores de riesgo suicida propuestos o analizados:

1) Modelos teóricos:

- i. Qué modelos se usan: El modelo teórico hará referencia a la investigación realizada sobre el comportamiento suicida y sus correlatos.
- ii. Grado de elaboración del modelo usado: Es decir, para considerar el modelo como válido, se verá si los autores abordan las explicaciones teóricas con la suficiente profundidad y la claridad, si el modelo es coherente con los factores de riesgo que se han propuesto o analizado y, si en cierta medida, predice la manifestación de la ideación y conductas suicidas. A pesar de que no se cumplan estos requisitos, también se señalará los casos en los que las investigaciones, aunque den por sentado un modelo teórico concreto, no lo desarrollan del todo o no viene explicado con suficiente profundidad.

- 2) Factores de riesgo: Se hará una recopilación de todos los factores o causas del comportamiento suicida mencionadas y propuestas en cada uno de los artículos. Se encontraron muchos, ya que la mayoría de las investigaciones hablan o mencionan el hecho de que estos comportamientos no son actos aislados, si no un espectro de actividades relacionadas con una diversidad de factores de riesgo. Se expondrán cuales son los más mencionados para así tener una idea clara y fija de cuáles podemos considerar como mayores indicadores de riesgo suicida.

A continuación en la tabla 1, para una mejor comprensión y dado que se tratan de muchos factores riesgo, todos ellos se han clasificado en 4 categorías distintas.

*FACTORES Y CARACTERÍSTICAS INDICADORES DE RIESGO SUICIDA*

| Salud mental y física   | Familia y ambiente  | Factores sociales y educativos  | Otras características personales o experiencias   |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Trastornos del estado de ánimo (depresión) o sintomatología depresiva</li> <li>-Ansiedad y estrés</li> <li>-Otras psicopatologías</li> <li>-Alcohol, tabaco y drogas ilícitas</li> <li>-Intento de suicidio pasado</li> <li>-Ideación autolítica y suicida</li> <li>-Abuso sexual o violación infantil</li> <li>-Maltrato físico y psicológico, bullying (víctima)</li> <li>-Mala salud física</li> <li>-Agresividad</li> <li>-Impulsividad</li> <li>-Dificultad en la resolución de problemas</li> <li>-Sobrepeso</li> <li>-Coito sexual</li> <li>-Menstruación</li> <li>-Predisposición genética</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Problemas en las relaciones familiares tales como mala comunicación, falta de confianza, discusiones, violencia...</li> <li>-Historial familiar de suicidio</li> <li>-Familias no intactas (por ejemplo, divorcio, no vivir con los padres, no tener padres)</li> <li>-Acceso a medios letales</li> <li>-Falta de apoyo familiar y social</li> <li>-Control excesivo percibido y poca atención por parte de los padres</li> <li>-Nivel socioeconómico bajo</li> <li>-Historial psiquiátrico parental (trastornos, sustancias, delincuencia)</li> <li>-Acontecimientos vitales adversos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bajo rendimiento académico, fracaso escolar, nivel educativo bajo</li> <li>-Historial de relación interpersonales (amistades) de suicidio</li> <li>-Soledad</li> <li>-Fracaso, ruptura, problemas en las relaciones interpersonales y de pareja</li> <li>-Inestabilidad política e inseguridad alimentaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-No ser creyente</li> <li>-Ser creyente</li> <li>-No pedir ayuda o no contar los problemas</li> <li>-Informar de ideas o planes</li> <li>-Estigma social a problemas mentales</li> </ul> |

(Tabla 1)

Hacen un total de 35 factores de riesgo distintos: 16 factores relacionados con la salud mental y física, 9 relacionados con el contexto familiar y ambiental, 5 en relación con contextos sociales y educativos y otros 5 en referencia a otras características y factores personales o experiencias.



- Metodología: También es importante tener en cuenta los métodos empleados para establecer en qué medida los hallazgos de cada uno de los estudios se pueden generalizar. Es decir, que los resultados de las investigaciones pueden verse influenciados dependiendo del tipo de metodología que se emplea. Esto incluye, por ejemplo, los procedimientos de recopilación de datos. Por lo tanto, se analizarán dos variables:
  - Tipo de diseño: Se analizará el tipo de estudio o diseño empleado.
  - Métodos de evaluación: Como por ejemplo:
    - i. Tests.
    - ii. Cuestionarios.
    - iii. Autoinformes.
    - iv. Entrevistas clínicas, etc.

Dentro de estos se clasificarán dependiendo del tipo de método de evaluación y/o de lo que pretende evaluar. Las categorías en las que se han agrupado son las siguientes:

- *Recogida de información previa a la evaluación*
- *Manuales de Diagnóstico empleados*
- *Cuestionarios y/o escalas sobre “Comportamiento, ideación y/o riesgo suicida”*
- *Cuestionarios y/o escalas sobre “Depresión”*
- *Cuestionarios y/o escalas sobre otros trastornos clínicos o psicopatológicos*
- *Cuestionarios y/o escalas sobre “Bullying”*
- *Cuestionarios y/o escalas sobre “Factores familiares”*
- *Cuestionarios y/o escalas sobre “Consumo de alcohol y drogas”*
- *Cuestionarios y/o escalas sobre “Relaciones interpersonales”*
- *Encuestas con 2 o más factores a evaluar*
- *Otros cuestionarios y/o encuestas*

- Tipo de muestra: La última variable a considerar es la población estudiada en cada uno de los artículos de literatura. Se estudiará los distintos conjuntos de individuos, es decir, si se trata de población general comunitaria, de población con historia clínica u hospitalaria o de población ya fallecida. Después se valorará que tipo de población es la que nos indica más autenticidad sobre los factores de riesgo.

Dado que la población adolescente es el grupo donde existe más vulnerabilidad se espera encontrar diversos factores de riesgo que expliquen las razones de los intentos de suicidio o suicidios consumados. No obstante, se puede suponer que dentro de los principales motivos de este tipo de comportamientos se encuentran los trastornos psicológicos, o especificando aun más, los de tipo afectivo como la depresión. La razón por la que se puede llegar a afirmar esto es que dentro de la sintomatología de este trastorno se encuentran la ideación o pensamientos suicidas o pensamiento sobre la muerte.

Otro tipo de manifestaciones que se pueden esperar son tales como ser víctima de la intimidación entre iguales o bullying, el consumo de alcohol y drogas, o tener problemas de identidad sexual y orientación, que pueden dar lugar a problemas de salud mental, que a su vez pueden derivar a conductas autolíticas o intentos de suicidio.

### OBJETIVOS

El objetivo principal de las investigaciones sobre el comportamiento suicida es la prevención del suicidio. Esto se consigue mediante la realización de un análisis sobre los distintos factores de riesgo de esta conducta y el perfil de suicidio del grupo de edad a estudiar –en nuestro caso el adolescente.

Con lo cual con este trabajo los objetivos que nos proponemos son los siguientes:

- Comprender el fenómeno suicida y sus causas.
- Llevar a cabo una visión global de las investigaciones realizadas sobre suicidio, causas y factores de riesgo.
- Determinar en qué medida esos factores son indicadores para validar el riesgo suicida.

- Determinar las características adecuadas para investigaciones sobre riesgo suicida en adolescentes.
- Establecer conclusiones sobre los factores de riesgo en adolescentes y características de los distintos estudios.

## **2. METODOLOGÍA**

Se han recogido datos de un total de 22 artículos y estudios, sobre las características psicológicas, sociales y ambientales tanto en gente que ha fallecido por suicidio, como gente que ha tenido intentos de este acto, es decir, todo tipo de conducta suicida. Para la recopilación de los artículos se realizó una primera búsqueda en castellano con las palabras clave “suicidio”, “factores de riesgo” y “adolescentes”, publicados entre 2010 y 2018. Las bases de datos empleadas fueron CSIC, SCIELO, PSICODOC, PSYCINFO, y ProQuest Central. Posteriormente se realizó una búsqueda más exhaustiva, recopilando artículos en inglés, con las palabras claves “suicide”, “risk factors”, “adolescents”, “teenagers” y “children” incluyendo MEDLINE como otra base de datos más y con la misma fecha de publicación. El procedimiento se centró en aquellas investigaciones realizadas a personas entre en torno a 10 y 20 años aproximadamente, y que abarcaran los contenidos requeridos. También se recogieron datos estadísticos procedentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Instituto Nacional de Estadística (INE). Para ampliar la búsqueda, se empleó también “Google Académico” y se incluyó además un artículo del año 2002.

Se pretende estudiar los factores de riesgo de suicidio dentro de la población adolescente general, por lo que se han recogido numerosos estudios (Tabla 2) al respecto de diferente procedencia para tener una muestra poblacional heterogénea.

| Nombre del artículo   | Año  | Objetivos del estudio   | Edades/Población  |
|---|------|---|---|
| <i>Conducta autolítica y parasuicida. Características socio-demográficas en población infantojuvenil de ámbito rural</i>                      | 2002 | Describir factores socio-demográficos y características formales asociadas a las tentativas suicidas en población infanto-juvenil de ámbito rural.  | N= 33. Personas de 7-24 años (historial clínico de tentativa suicida) de Córdoba, España.                       |
| <i>One-Year Incidence of Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Adolescents</i>                                    | 2010 | Estimar incidencia de intentos de suicidio adolescentes y predictores de intentos de suicidio   | N=4175. Jóvenes de 11-17 años (población comunitaria) en el área metropolitana de Houston.                      |
| <i>Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service</i>                             | 2010 | Determinar las características sociodemográficas y de comportamiento de los adolescentes que intentan suicidarse y evaluarlos a diferentes escalas.   | N= 214. Adolescentes de 11-16 años (historial clínico de tentativa suicida) en Turquía.                         |
| <i>Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes</i>                                      | 2011 | Identificar los factores de riesgo asociados con los intentos suicidas en adolescentes de 10 a 19 años.   | N=346. Adolescentes de 10-19 años (historial clínico de tentativa suicida) en Cuba.                             |
| <i>Suicidal Ideation, Risk Factors, and Communication With Parents An HBSC Study on School Children in Estonia, Lithuania, and Luxembourg</i> | 2012 | Estimar prevalencia y asociaciones entre ideación suicida, tabaquismo, consumo de alcohol, lucha física, intimidación y comunicación con los padres.  | N=4954. Adolescente de 14,6-16,5 años (población comunitaria) de Estonia, Lituania y Luxemburgo.                |
| <i>Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England</i>                                       | 2012 | Determinar la naturaleza de las autolesiones, estimar la prevalencia de autolesiones, pensamientos y planes suicidas, ver qué proporción de daño autoinfligido está motivado por un deseo de morir, y en qué medida las autolesiones están asociadas con pensamientos y planes suicidas | N= 4810. Adolescentes de 16 y 17 (población comunitaria) procedentes de ALSPAC desde el nacimiento, Inglaterra. |
| <i>Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and</i>  | 2012 | Proporcionar y analizar datos fiables y válidos comparables   | N=45,806. Adolescente de 15-16 años (población  |

## FACTORES Y CARACTERÍSTICAS INDICADORES DE RIESGO SUICIDA

|  |      |   |   |
|--|------|---|---|
| <i>their correlates across 17 European countries</i>   |      | sobre pensamientos autolesivos autoinformados e intentos de suicidio por adolescentes, utilizando muestras nacionales de 17 países europeos y explorar la relación entre pensamientos suicidas e intentos de suicidio con el uso legal e ilegal de sustancias dependiendo del país. | comunitaria) de 17 países europeos.   |
| <i>Suicidio en menores de 26 años en Sevilla</i>   | 2012 | Conocer las circunstancias que rodean al fenómeno del suicidio y sus factores de riesgo con el fin de evaluar el problema y promover una adecuada prevención.   | N=32. Adolescentes de 14-25 años (población fallecida) en Sevilla entre de 2007-2010.                                 |
| <i>Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia)</i>               | 2012 | Determinar el riesgo suicida según la escala de Plutchik y sus factores asociados en estudiantes de bachillerato.   | N= 322. Adolescentes de 13-17 años (población comunitaria) en Colombia.   |
| <i>Risk factors for suicidal thoughts in adolescence-a prospective cohort study: the Young-HUNT study</i>                      | 2014 | Examinar las asociaciones entre los factores de salud y estilo de vida registrados en los primeros años de la adolescencia y el desarrollo de pensamientos suicidas registrados 4 años después.   | N=2399. Jóvenes de 17-19 años (población comunitaria) que participaron en el estudio Young-HUNT1 en Noruega.          |
| <i>Factors Related to Childhood Suicides Analysis of the Queensland Child Death Register</i>                                   | 2014 | Identificar los factores demográficos, psicosociales y psiquiátricos asociados con suicidios infantiles.  | N= 469. Niños de 10-14 años y adolescentes de 15-17 (población fallecida) en Queensland, Australia entre 2004 y 2012. |
| <i>Suicide Attempts and Associated Factors in Male and Female Korean Adolescents A Population-Based Cross-Sectional Survey</i> | 2015 | Determinar si las asociaciones entre intentos de suicidio y sus factores relacionados difieren entre hombres y mujeres.   | N=74936. Adolescentes de 12-18 años (población comunitaria) en Corea del Sur.   |
| <i>Exploring the risk factors contributing to suicide attempt among adolescents: A qualitative study</i>                       | 2015 | Investigar los factores de riesgo que contribuyen al intento de suicidio entre los adolescentes.  | N=14. Adolescentes de 12-19 años (historial clínico de tentativa suicida) en Irán.                                    |

## FACTORES Y CARACTERÍSTICAS INDICADORES DE RIESGO SUICIDA

|   |      |  |  |
|---|------|--|--|
| <i>Profile of Suicide Attempts in Adolescents; Demographic Features, Reasons and Risk Factors</i>                                 | 2016 | Identificar el perfil del adolescente suicida y aclarar las características, los factores de riesgo y las razones de los intentos subyacentes.                         | N= 322. Jóvenes de 10-18 años (historial clínico de tentativa suicida) en Turquía.                 |
| <i>Risk Factors and Mediators of Suicidal Ideation Among Korean Adolescents</i>   | 2016 | Obtener una mejor comprensión de los factores que contribuyen a la ideación suicida entre los adolescentes coreanos.   | N=440. Jóvenes de 16-19 años (población comunitaria) en Corea del Sur.                             |
| <i>Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults</i>                                | 2016 | Comprender mejor las autolesiones en jóvenes e identificar factores de riesgo para la repetición a largo plazo de autolesiones.  | N=28700. Jóvenes de entre 10-29 años (historial clínico de autolesiones) en Irlanda.               |
| <i>Risk and Protective Factors for Suicidal Behaviors Among Pacific Youth in New Zealand</i>                                      | 2016 | Estudiar los factores de protección y de riesgo en adolescentes del Pacífico con intentos de suicidio.   | N= 1445. Adolescentes de 15-17 años (historial clínico de tentativa suicida) en Nueva Zelanda.     |
| <i>Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries</i>  | 2016 | Estimar la prevalencia de ideación suicida e ideación suicida premeditada de cada país y examinar las diferencias transnacionales en los factores de riesgo asociados. | N=138070. Jóvenes de 13-17 años (población comunitaria) en 32 países de bajos y medianos ingresos. |
| <i>Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes</i>   | 2017 | Describir los factores psicosociales asociados a la conducta suicida en estudiantes adolescentes   | N=145. Adolescentes de 14-20 años (población comunitaria) en Colombia.                             |
| <i>Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes</i>                             | 2017 | Determinar los principales factores de riesgo de intento suicida en adolescentes.  | N= 87. Adolescentes de 10-19 años (población fallecida) entre 2012-2014 en Cuba.                   |
| <i>Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato</i> | 2017 | Describir la relación entre niveles de autoestima, estilos de socialización parental y riesgo suicida  | N=821. Jóvenes de 13-19 años (población comunitaria) en Colombia.                                  |
| <i>Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de</i>   | 2017 | Determinar la prevalencia de intento de suicidio adolescente,  | N=919. Adolescentes de 13-18 años (población   |

|   |   |
|---|---|
| <p><i>adolescentes escolarizados de Chile</i></p> | <p>establecer asociaciones entre comunitaria) en Chile. varias variables e intentos de suicidio y establecer un modelo de regresión logística multivariada que permita determinar el impacto de las distintas variables en la presencia de intento de suicidio a lo largo de la vida.</p> |
|---|---|

*Tabla 2. Breve descripción de los artículos incluidos en este trabajo.*

Para el estudio de las variables se va a analizar cada artículo uno por uno, viendo qué factores de riesgo aportan, qué modelo teórico emplean, así como la metodología y el tipo de muestra. Después se recopilará el total de factores de riesgo aportados por todos los artículos, al igual que los modelos teóricos empleados y los instrumentos de evaluación aplicados. También se clasificará cada una de las investigaciones acorde al diseño de estudio utilizado y al tipo de muestra estudiada. Todas estas variables se podrán ver reflejadas y clasificadas en tablas para una mayor comprensión y visualización.

Este trabajo se centra en estudiar artículos que han investigado población adolescente. Sin embargo, se han recogido algunos estudios cuyos datos aportados también abarcan población adulta e infantil. Dado que los datos en relación a dichos sujetos no se han podido separar, se han tenido que ver incluidos. No obstante, para ver que en realidad la muestra hace referencia a población adolescente y que aquellos casos son puntuales, se va a realizar la media de edad de toda la población, teniendo en cuenta la media de edad de cada muestra de cada estudio. En los casos en los que no se ha proporcione la media, se tomará la media del rango de edad que abarca el estudio como media más probable. También se tiene en cuenta que hay otros autores que dividen la muestra en subconjuntos de diferentes franjas de edad, con lo que se tomará la media de edad de cada franja del subconjunto.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Variable marco teórico:

##### ▪ Modelos teóricos empleados:

Un total de 12 artículos de 22 (tabla 3) utilizan un modelo teórico explicativo para sus investigaciones, es decir, han empleado un modelo que explique las manifestaciones de las conductas suicidas, además de haber coherencia con los factores de riesgo que se han analizado. Por el contrario, el resto de artículos (10), todos ellos basan sus estudios en teorías que no llegan a especificar o profundizar del todo, es decir, que lo explican en una línea o vagamente, o, por otro lado, no llegan a mencionar ningún modelo.

|            | Artículos con modelo explicativo | Artículos sin modelo | Total |
|------------|----------------------------------|----------------------|-------|
| Frecuencia | 12                               | 10                   | 22    |
| Porcentaje | 54,55%                           | 45,45%               | 100%  |

(Tabla 3)

Los siguientes modelos teóricos son los que se han recogido a lo largo de los 22 artículos. Hacen un total de 9 modelos explicativos diferentes.

- *Suicidio como confluencia de multitud de factores.*
- *Teoría de Delmas.*
- *Triada negativa de Beck.*
- *Factores psicosociales.*
- *Modelo socio-parental.*
- *Teoría diátesis-estrés.*
- *Teoría interpersonal del suicidio + teoría modificada.*
- *Papel de la desesperanza como mediador de varios factores.*
- *Estudios prospectivos importancia del orden temporal.*

En la tabla 4 se puede se puede observar sus frecuencias de aparición.



| Teorías y/o modelos registrados                                  | Frecuencia de aparición en artículos |
|--|--------------------------------------|
| Suicidio como confluencia de multitud de factores                | 7                                    |
| Teoría de Delmas   | 1                                    |
| Triada negativa de Beck  | 1                                    |
| Factores psicosociales   | 1                                    |
| Modelo socio-parental  | 1                                    |
| Teoría diátesis-estrés   | 1                                    |
| Teoría interpersonal del suicidio añadiendo un modelo modificado | 1                                    |
| Papel de la desesperanza como mediador de varios factores        | 1                                    |
| Estudios prospectivos importancia del orden temporal             | 1                                    |

(Tabla 4)

Lo que nos refleja la Tabla 4 es que de las 9 diferentes teorías explicativas, son 12 los artículos que la han empleado en sus estudios como vemos en la Tabla 3. Si nos fijamos en la Tabla 4 y contamos el número total de artículos por cada modelo explicativo, se puede ver que se obtienen 15. Con respecto a esto, hay que notificar que 3 de los artículos utilizan dos modelos distintos cada uno. Estos son: uno de ellos emplea el modelo multifactorial más el modelo socio-parental, otro de ellos utiliza tanto la Triada negativa de Beck, como un modelo basado en factores psicosociales, y el último, junto con la teoría interpersonal del suicidio y su propia teoría modificada, añade a su investigación el papel de la desesperanza como mediador de varios factores. Con lo cual, aunque la suma de las frecuencias sea 15, hay 3 que cuentan solo como uno, por lo que son 12 artículos distintos.

En cuanto a las investigaciones que no han especificado modelo teórico, encontramos que 4 de dichos artículos parece ser que se basan en un modelo multifactorial, pero no obstante no hacen hincapié a una explicación.

- **Factores de riesgo:**

Se han podido recopilar un total de 35 factores de riesgo distinto. Para su mejor comprensión, se categorizaron en 4 grupos distintos (Tabla 1): salud mental y física en el que se encontraron 16 factores, familia y ambiente con 9 factores, factores sociales y

## FACTORES Y CARACTERÍSTICAS INDICADORES DE RIESGO SUICIDA

educativos con 5 factores y por último, otras características personales o experiencias en el que se encontraron otros 5. A continuación, en la tabla 5, se puede ver la frecuencia de aparición de cada uno de los factores de riesgo en los 22 artículos distintos.

| Factores de riesgo   | Frecuencia de aparición | Porcentaje de aparición |
|--|-------------------------|-------------------------|
| - <i>Trastornos del estado del ánimo (depresión) o sintomatología depresiva</i>  | 16                      | 72,73%                  |
| - <i>Problemas en las relaciones familiares tales como mala comunicación, falta de confianza, discusiones, violencia...</i>  | 11                      | 50%                     |
| - <i>Ideación autolítica y suicida</i><br>- <i>Maltrato físico y psicológico, bullying (víctima)</i><br>- <i>Fracaso, ruptura, problemas en las relaciones interpersonales y de pareja</i><br>- <i>Alcohol, tabaco y drogas ilícitas</i> | 9                       | 40,9%                   |
| - <i>Historial familiar de suicidio</i><br>- <i>Intento de suicidio pasado</i>   | 7                       | 31,82%                  |
| - <i>Bajo rendimiento académico, fracaso escolar, nivel educativo bajo</i><br>- <i>Falta de apoyo social y familiar</i>  | 6                       | 27,27%                  |
| - <i>Ansiedad y estrés</i><br>- <i>Otras psicopatologías</i><br>- <i>Historial psiquiátrico parental (trastornos, sustancias, delincuencia)</i>  | 5                       | 22,73%                  |
| - <i>Historial de relación interpersonales (amistades) de suicidio</i>   | 4                       | 18,18%                  |
| - <i>Familias no intactas (por ejemplo, divorcio, no vivir con los padres, no tener padres)</i><br>- <i>Acontecimientos vitales adversos</i><br>- <i>Mala salud física</i><br>- <i>Soledad</i><br>- <i>Impulsividad</i>                  | 3                       | 13,64%                  |
| - <i>Nivel socioeconómico bajo</i><br>- <i>No pedir ayuda o no contar los problemas</i>  | 2                       | 9,09%                   |
| - <i>Abuso sexual o violación infantil</i><br>- <i>Control excesivo percibido y poca atención por parte de los padres</i><br>- <i>Coito sexual</i>   | 1                       | 4,55%                   |

- *Dificultad en la resolución de problemas*
- *Sobrepeso*
- *Agresividad*
- *Menstruación*
- *Predisposición genética*
- *Acceso a medios letales*
- *Informar de ideas o planes*
- *No ser creyente*
- *Ser creyente*
- *Estigma social a problemas mentales*
- *Inestabilidad política e inseguridad alimentaria*

(Tabla 5)

### 3.2 Variable metodología:

#### ▪ **Diseño de estudio:**

Los diseños de cada estudio se han podido categorizar en:

- *Estudios transversales*
- *Estudios de casos-contróles*
- *Estudios de cohortes*
- *Estudios epidemiológicos*

Dentro de los artículos estudiados no se han encontrado ninguno de carácter experimental porque ninguno ha empleado en su metodología la manipulación de variables.

| Tipo de diseño                     | Frecuencia de aparición | Porcentaje |
|------------------------------------|-------------------------|------------|
| <b>Estudios transversales</b>      | 15                      | 68,18%     |
| <b>Estudios de casos-contróles</b> | 3                       | 13,64%     |
| <b>Estudios de cohortes</b>        | 3                       | 13,64%     |
| <b>Estudios epidemiológicos</b>    | 1                       | 4,54%      |
| <b>Total</b>                       | 22                      | 100%       |

(Tabla 6)

#### ▪ **Métodos de evaluación:**

Se han encontrado una gran variedad de instrumentos de evaluación, con lo cual se han clasificado teniendo en cuenta el tipo de evaluación. Se ha calculado la frecuencia de

FACTORES Y CARACTERÍSTICAS INDICADORES DE RIESGO SUICIDA

aparición teniendo en cuenta estas clasificaciones (Tabla 7). Debajo de cada una de ellas, se encuentran los métodos de evaluación, instrumentos, tests, cuestionarios, manuales, etc., de manera más específica acorde con su clasificación y con la frecuencia también calculada.

| Métodos de evaluación   | Frecuencia | Porcentaje    |
|---|------------|---------------|
| <b>Recogida de información previa a la evaluación:</b>  | <b>15</b>  | <b>68,18%</b> |
| <i>Entrevista semiestructurada</i>  | 10         | 45,45%        |
| <i>Anamnesis</i>  | 10         | 45,45%        |
| <i>Autoinformes</i>   | 5          | 22,73%        |
| <i>Recogida de características sociodemográficas</i>  | 2          | 9,09%         |
| <i>Búsqueda bibliográfica</i>   | 1          | 4,55%         |
| <i>Autopsia psicológica</i>   | 1          | 4,55%         |
| <b>Cuestionarios y/o escalas sobre “Comportamiento, ideación y/o riesgo suicida”:</b>         | <b>8</b>   | <b>36,36%</b> |
| <i>Escala de Desesperanza de Beck</i>   | 3          | 13,64%        |
| <i>Escala de Ideación Suicida de Beck</i>   | 2          | 9,09%         |
| <i>Escala de Evaluación de la Actividad Global</i>  | 1          | 4,55%         |
| <i>Escala Probabilidad de Suicidio</i>  | 1          | 4,55%         |
| <i>Inventario de Razones para vivir</i>   | 1          | 4,55%         |
| <i>Escala de riesgo suicida de Plutchik</i>   | 1          | 4,55%         |
| <i>Cuestionario de Suicidalidad de Okasha</i>   | 1          | 4,55%         |
| <i>Programa de Entrevistas de Diagnóstico para niños( parte de comportamiento suicida)</i>    | 1          | 4,55%         |
| <i>Cuestionario de Vigilancia del comportamiento de riesgo juvenil (parte riesgo suicida)</i> | 1          | 4,55%         |
| <i>Escala Global de Evaluación Infantil (conducta suicida)</i>                                | 1          | 4,55%         |
| <i>Cuestionario de indicadores de riesgo</i>  | 1          | 4,55%         |
| <b>Encuestas con 2 o más factores a evaluar:</b>  | <b>7</b>   | <b>31,82%</b> |
| <i>The Health Behavior in School-Aged Children</i>  | 2          | 9,09%         |
| <i>Cuestionario ALSPAC</i>  | 1          | 4,55%         |
| <i>Cuestionario Young-HUNT</i>  | 1          | 4,55%         |
| <i>Encuesta de Conducta Juvenil basada en la Conducta de Corea</i>                            | 1          | 4,55%         |
| <i>Encuesta de Salud y Bienestar Youth'12</i>   | 1          | 4,55%         |
| <i>Global School-Based Health Survey</i>  | 1          | 4,55%         |
| <b>Otros cuestionarios y/o encuestas:</b>   | <b>7</b>   | <b>31,82%</b> |

FACTORES Y CARACTERÍSTICAS INDICADORES DE RIESGO SUICIDA

|  |          |               |
|--|----------|---------------|
| <i>Escala de autoestima de Rosenberg</i>   | 4        | 18,18%        |
| <i>Inventario de Resolución de Problemas</i>   | 1        | 4,55%         |
| <i>Cuestionario de Ajuste Escolar</i>  | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de estrés relacionada con la escuela</i>                                   | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de Impulsividad</i>  | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de Cambios Vitales</i>   | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de seis ítems sobre estilos de afrontamiento</i>                           | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de Dominio de Pearlin</i>  | 1        | 4,55%         |
| <b>Manuales de Diagnóstico:</b>  | <b>6</b> | <b>20,27%</b> |
| <i>DSM-IV</i>  | 3        | 13,64%        |
| <i>CIE-10 R</i>  | 3        | 13,64%        |
| <i>SCL-5</i>   | 1        | 4,55%         |
| <b>Cuestionarios y/o escalas sobre “Factores familiares”:</b>                        | <b>5</b> | <b>22,73%</b> |
| <i>APGAR familiar</i>  | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de afinidad familiar</i>   | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de Socialización Parental para Adolescentes</i>                            | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar</i>                                   | 1        | 4,55%         |
| <i>La medida del estrés familiar</i>   | 1        | 4,55%         |
| <i>Satisfacción de la Vida Familiar del Adolescente</i>                              | 1        | 4,55%         |
| <b>Cuestionarios y/o escalas sobre “Consumo de alcohol y drogas”:</b>                | <b>4</b> | <b>18,18%</b> |
| <i>Encuesta Europea Escolar de Alcohol y otras Drogas</i>                            | 1        | 4,55%         |
| <i>Cuestionario Cage</i>   | 1        | 4,55%         |
| <i>Encuesta Monitoring the Future</i>  | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de Consumo de Sustancias</i>   | 1        | 4,55%         |
| <i>Cuestionario de Identificación de Trastornos de consumo de Alcohol</i>            | 1        | 4,55%         |
| <b>Cuestionarios y/o escalas sobre “Relaciones interpersonales”:</b>                 | <b>3</b> | <b>13,64%</b> |
| <i>Escala de Relaciones interpersonales</i>  | 1        | 4,55%         |
| <i>Cuestionario de Necesidades interpersonales</i>                                   | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de seis elementos de apoyo social</i>                                      | 1        | 4,55%         |
| <b>Cuestionarios y/o escalas sobre otros trastornos clínicos o psicopatológicos:</b> | <b>3</b> | <b>13,64%</b> |
| <i>Entrevista Infantil del trastorno límite de personalidad</i>                      | 1        | 4,55%         |
| <i>Cuestionario Scoff de TCA</i>   | 1        | 4,55%         |
| <i>Escala de síntomas clínicos SCL90R</i>  | 1        | 4,55%         |
| <b>Cuestionarios y/o escalas sobre “Depresión”:</b>                                  | <b>2</b> | <b>9,09%</b>  |

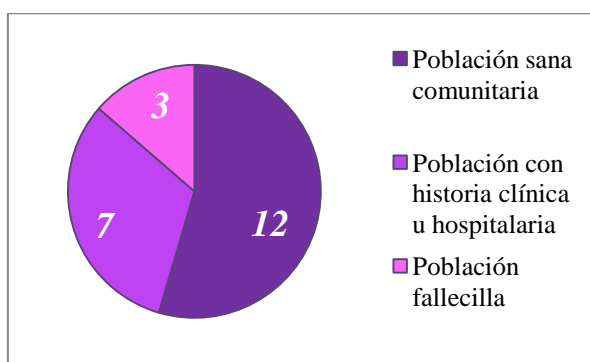
|  |          |              |
|--|----------|--------------|
| <i>Inventario de Depresión de Beck</i>             | 1        | 4,55%        |
| <i>Escala de Birlson</i>                           | 1        | 4,55%        |
| <b>Cuestionarios y/o escalas sobre “Bullying”:</b> | <b>2</b> | <b>9,09%</b> |
| <i>Escala de Cisneros</i>                          | 1        | 4,55%        |
| <i>Cuestionario de Víctima/Abusador de Olweus</i>  | 1        | 4,55%        |

(Tabla 7)

### 3.3 Variable población:

#### ▪ Tipo de población:

En referencia al tipo de población, nos hemos encontrado 3 tipos de muestra adolescente: Sana comunitaria, con historia clínica u hospitalaria, y fallecidos. En la Tabla 8 se puede ver un diagrama circular con las frecuencias de aparición y en la Tabla 9, con los porcentajes incluidos.



(Tabla 8)

| Tipo de población                          | Frecuencia de aparición | Porcentaje |
|--|-------------------------|------------|
| <b>Sana o comunitaria</b>                  | 12                      | 54,55%     |
| <b>Con historia clínica u hospitalaria</b> | 7                       | 31,81%     |
| <b>Fallecida</b>                           | 3                       | 13,64%     |
| <b>Total</b>                               | 22                      | 100%       |

(Tabla 9)

#### ▪ Franja de edad:

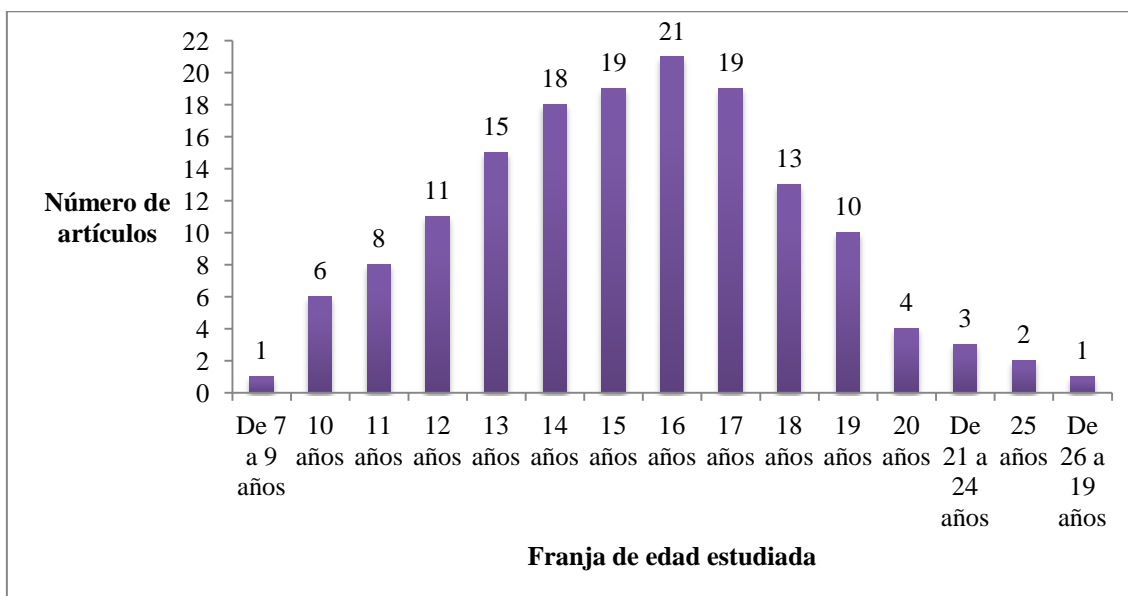
Se quiso calcular la media de edad de cada una de las investigaciones para hacer constancia de que en este trabajo se estudian muestras de adolescentes y con lo cual, los resultados que se obtengan hacen referencia a esta población.

En la Tabla 10 se puede observar la N total de cada estudio y su correspondiente media. En algunos casos, la media ya venía dada; en otros se ha calculado tomando la media del rango de edad abarcada por dichos estudios como media más probable. En los casos en los que los autores de las investigaciones proporcionaban subconjuntos de diferentes franjas edad, se ha tomado la media de edad de cada franja del subconjunto. Una vez obtenidas las medias de cada investigación, se ha calculado la media ponderada.

| N de las muestras de cada estudio | Media total de cada estudio |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 33                                | 17,1                        |
| 214                               | 13,8                        |
| 346                               | 14,5                        |
| 4810                              | 16,8                        |
| 45806                             | 15,5                        |
| 32                                | 21                          |
| 322                               | 15,28                       |
| 2399                              | 18                          |
| 469                               | 14                          |
| 74936                             | 15                          |
| 14                                | 16,64                       |
| 322                               | 15,37                       |
| 440                               | 16,34                       |
| 28700                             | 20,99                       |
| 1445                              | 14,5                        |
| 138070                            | 15                          |
| 145                               | 15,81                       |
| 87                                | 15,05                       |
| 821                               | 15,69                       |
| 919                               | 14,63                       |
| 4175                              | 13,95                       |
| 4954                              | 15,5                        |
| <b>Total</b>                      | <b>309459</b>               |
|                                   | <b>15,674</b>               |

(Tabla 10)

También se ha realizado un gráfico con la franja de edad estudiada en cada uno de los artículos y su frecuencia de aparición. Cabe decir que este gráfico no tiene en cuenta el número total de la muestra de las distintas investigaciones. Solo es una manera de ver más claramente qué franja de edad es abarcada.



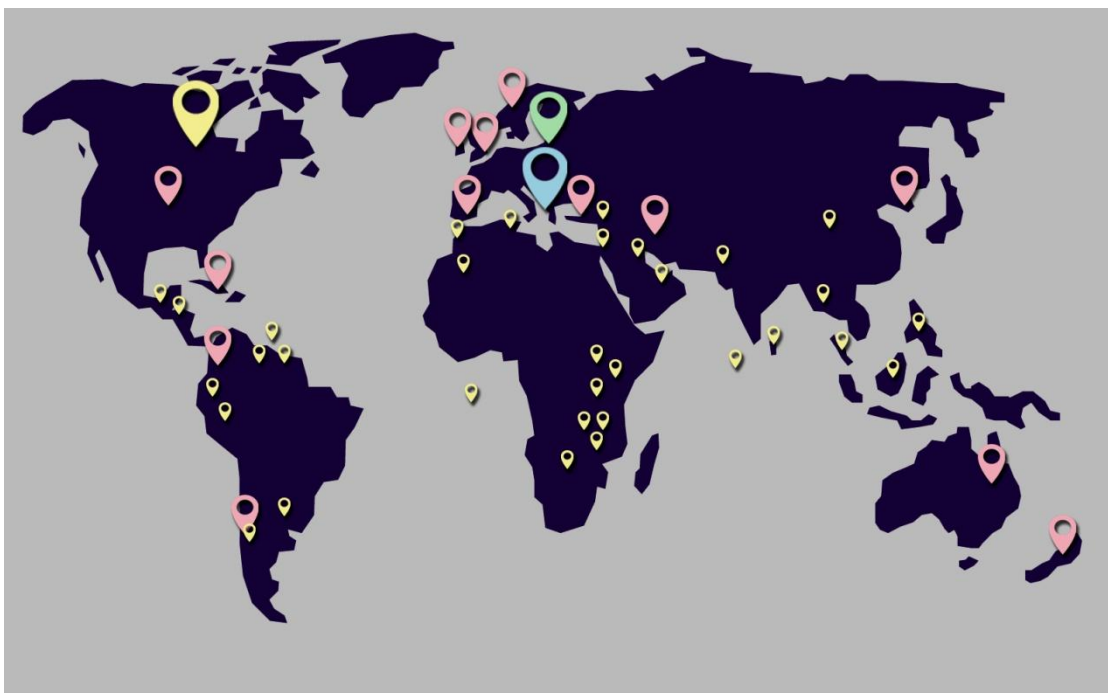
(Tabla 11)

#### ▪ Procedencia de la muestra

Para reflejar que la procedencia de la muestra es heterogénea, ya que se ha decidido estudiar la población adolescente general, se ha realizado un mapa con las localidades de la muestra en cada uno de los estudios.

Tal como indica la Imagen 1, los señalados con el color rosa son todos los artículos que han llevado a cabo sus investigaciones con muestra adolescente de su mismo país. En azul, se incluye solo un artículo, procedente de Grecia, pero con muestras de distintos países europeos. En color verde tenemos un único estudio realizado con población de 3 distintos países. Para completar, en amarillo, un estudio con procedencia canadiense, cuyas muestras incluyen países con bajos ingresos económicos.





- 📍 **Estudios realizados en el propio país:**  
Australia (1), Chile (1), Colombia (3), Corea del Sur (2), Cuba (2), España (2), Estados Unidos (1), Inglaterra (1). Irán (1), Irlanda (1), Noruega (1), Nueva Zelanda (1), Turquía (2).
- 📍 **Estudio realizado en Grecia con población europea:**  
Armenia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Grecia, Hungría, Islandia, Isla de Man, Islas Feroe, Letonia, Reino Unido, Rumania, y Ucrania.
- 📍 **Estudio realizado en varios países:**  
Llevado a cabo en Estonia, Lituania y Luxemburgo con población de los tres estados.
- 📍 **Estudio realizado en Canadá en población con bajos ingresos económicos:**  
Argentina, Benín, Botswana, Chile, China, Costa Rica, Ecuador, Emiratos Árabes Unidos, Filipinas, Guatemala, Guayana, Indonesia, Jordania, Kenia, Kuwait, Líbano, Malasia, Malawi, Maldivas, Marruecos, Mauritania, Pakistán, Perú, República Unida de Tanzania, Sri Lanka, Tailandia, Trinidad y Tobago, Túnez, Venezuela, Uganda, y Zambia, Zimbabue

(Imagen 1)

#### 4. DISCUSIÓN

Las investigaciones realizadas sobre los comportamientos suicidas no utilizan un modelo común que expliquen este fenómeno. Si bien es cierto que el modelo más empleado es “el suicidio como confluencia de multitud de variables”, solo alrededor de la mitad de los artículos revisados intentan dar un modelo explicativo a la relación entre el continuo del suicidio y los diferentes factores de riesgo. Siendo únicamente 12 artículos los que llevan a cabo esto, podemos confirmar que sí existe cierta ausencia de

modelos explicativos y/o falta de rigurosidad y exhaustividad a la hora de trabajar con un fenómeno tan importante como es el riesgo suicida (Kim, Moon, Lee, y Kim, 2016).

En lo referente a los factores de riesgo, podemos considerar que el que indica más riesgo para cometer un acto suicida en la adolescencia es el hecho de presentar trastornos del estado del ánimo, en concreto depresión, o tener una sintomatología depresiva (insomnio, estado de ánimo triste, baja autoestima y autoconcepto, etc.). Este factor ha aparecido con un porcentaje del 72,73%, lo cual se podría afirmar que es un porcentaje bastante alto. 16 artículos de los 22 aseguran que este tipo de trastorno es la principal causa de cometer suicidio entre jóvenes. El resto de factores de riesgo aparecen con una frecuencia del 50% o menos. Los más importantes que se podrían considerar, por detrás de una sintomatología depresiva, serían problemas en las relaciones familiares (mala educación, falta de confianza, violencia, etc) apareciendo en 11 de los artículos, ideación autolítica y suicida, maltrato físico y psicológico, bullying, fracaso, ruptura, problemas en las relaciones interpersonales y de pareja, y alcohol, tabaco y drogas ilícitas apareciendo con un porcentaje del 40,9% (en 9 artículos). Por último, se considera también el historial familiar de suicidio e intento de suicidio pasado, como notable, aunque solo aparezcan en 7 artículos. Con lo cual sería de vital importancia poner énfasis en este tipo de circunstancias cuando las padece un niño o adolescente. El resto de factores de riesgo aparecen con una frecuencia de menos del 30%, aun así, dado que el suicidio es un continuo y se puede conceptualizar como un fenómeno multicausal, no es aconsejable no ser consciente de la cantidad de factores de riesgo que se han mostrado, aunque sus porcentajes de aparición sean bajos. Algunos de ellos no se manifiestan tanto por el tipo de población (por ejemplo, en población general, es posible que no salgan tantos factores de riesgo como en población con tentativas suicidas anteriores) o porque no se han preguntado o evaluado determinados aspectos. En este último punto, podemos hacer referencia a la comunidad LGBTQ. Los jóvenes y adolescentes LGBTQ tienen más probabilidades de presentar ideas e intentos suicidas que los jóvenes heterosexuales, ya que se tienen que enfrentar a una falta de aceptación de sus compañeros, discriminación, fracaso escolar y rechazo y actitudes homofóbicas, transfóbicas, etc., por parte de sus padres, entre otros. Además deben hacer frente al desarrollo de su identidad sexual. Todo esto puede desembocar a una falta de autoestima, aislamiento, y depresión, factores de riesgo que pueden llevar al suicidio (Aranmolate, Bogan, Hoard, y Mawson, 2017). Dentro de los 22 artículos estudiados, en ningún de

ellos se ha evaluado o se ha tenido en cuenta la identidad y orientación sexual de cada niño o adolescente. Por eso deberíamos tomar en consideración todos y cada uno de los factores de riesgo que se puedan presentar en los jóvenes y adolescentes, para una mayor prevención e intervención de conductas suicidas.

En este trabajo, se han estudiado los factores de riesgo de suicidio dentro de la población adolescente, por lo que se han recogido numerosos estudios. No obstante, algunos de ellos, si bien en su mayoría analizan a dicha población, cuentan con algunos casos de menor o mayor edad (nunca menor de diez años, y nunca mayor de veintinueve). Al no poder separar los datos que estos sujetos aportaban del conjunto del estudio, se han tenido que ver incluidos. Sin embargo, la inmensa mayoría de la muestra es adolescente, con una edad media de 15,67 años, y tanto la parte de la misma más joven y más adulta son casos puntuales, con lo cual no afectan a los resultados.

Tal como se ve en la Tabla 11, sólo ha habido un artículo que hace referencia a un caso de un niño menor de 10 años, y son 3 artículos los que hablan de población joven adulta. Para especificar más, el artículo que habla del caso puntual de ese niño también es uno de los tres que abarcan una población más adulta.

El tipo de muestra que más se ha estudiado, la población sana y/o comunitaria, ya que de los 22 artículos investigados, 12 de ellos incluyen en sus estudios muestras de la población general adolescente, lo que supondría un 54,55%. Le sigue la población con historial clínico u hospitalaria, cuya frecuencia es del 31,81%. La menos investigada es la población fallecida, en la que solo ha habido 3 artículos que incluyen este tipo de muestra. Aun siendo la población general la más frecuente, ya que se puede considerar un tipo de investigación menos complicada que las otras, se cree que la población que puede proporcionarnos resultados más fiables es el grupo de personas con intentos de suicidio previos. En nuestro trabajo, este grupo se ve incluido en la población con historia clínica u hospitalaria, ya que el 100% de este tipo de muestra ha tenido intentos previos de suicidio. La explicación a esto es debido a que se pueden valorar qué factores o conductas se han manifestado antes y después del intento de suicidio, con lo cual se pueden situar en un momento temporal. Es decir, hay factores que aparecen como consecuencia del intento, como por ejemplo el hecho de informar del intento, buscar otra salida (la religión, un hobby, terapia, etc), que nos indican que han sido a consecuencia, pero que en otro tipo de estudios que no han tenido en cuenta esa

temporalidad, se consideran como factores de riesgo porque han aparecido en común con aquellos que han consumado el acto (Roberts, Ramsay, y Xing, 2010).

En cuanto a la población normal, los métodos de evaluación que se han empleado, al ser adolescentes y niños, se han pasado en las escuelas o institutos educativos. Esto nos indica que solo se estudia la población que asiste a las clases escolares. No se analiza la población entera, es decir, que es probable que aquellos que tengan mayores factores de riesgo, hayan cometido intentos previos y/o tengan mayor ideación suicida, no hayan podido asistir o no han asistido a sus respectivos centros educativos y, consecuentemente, los datos que se ofrecen no son lo suficientemente representativos.

Por último, en cuanto a la variable población, también se han estudiado personas fallecidas por intentos de suicidio. En este tipo de muestra nos encontramos la dificultad de no poder estudiarla de modo directo, ya que en estos casos, el método de recolección de datos es la autopsia psicológica, un tipo de recopilación de datos de manera retrospectiva e indirecta. Mediante esta, se realiza una valoración de la personalidad, vida, comportamiento, etc., del sujeto fallecido, es decir, una reconstrucción del perfil psicológico antes del deceso. Con esto se puede interpretar que, al ser todo realizado de manera indirecta y postmortem, existe la posibilidad de que la recopilación de información del individuo sea incorrecta y/o incompleta.

En relación con la temporalidad y con el diseño de cada estudio, también podemos valorar que los diseños de corte transversal no tienen en cuenta las relaciones temporales entre el intento de suicidio y los factores de riesgo, ya que solo tienen en cuenta todos aquellos comportamientos, conductas, y datos que se encuentran en la población. No se especifica si han ocurrido antes o después, y puede que alguno de estos factores, no sea de riesgo, si no una forma de paliar la situación o un factor de protección. Aun así, este tipo de diseño es el más común entre los artículos estudiados, apareciendo con un porcentaje de frecuencia del 68,18%. En el caso de los estudios de casos-contróles, con un 13,64% de frecuencia de aparición, sucede lo mismo, no podemos tener en cuenta las relaciones temporales. Sin embargo, sí se puede afirmar que los resultados son más precisos que en los estudios transversales ya que en este tipo de diseño se realiza una comparación entre sujetos sanos y sujetos con intento de suicidio previo. Para tener una mejor concepción de los factores de riesgo de suicidio, se necesita obtener datos de estudios prospectivos, ya que con este tipo de diseño se puede establecer un orden temporal de manera más clara que con estudios transversales o

retrospectivos (Roberts, Ramsay, y Xing, 2010). En este trabajo, se han encontrado 3 artículos diferentes empleando estudios de cohortes de tipo prospectivo. Con lo cual sería la metodología adecuada para investigar este fenómeno. No obstante, al solo haber 3 artículos, con un porcentaje del 13,64% de frecuencia de aparición, se podría afirmar que existe una escasez de investigaciones que hayan examinado la relación entre intentos de suicidio y sus factores de riesgo de manera prospectiva, ya que la mayoría de los estudios son transversales.

Existe una gran variedad de escalas e instrumentos de evaluación para el suicidio y sus factores de riesgo. No se ha podido destacar un tipo de test o cuestionario empleado con mayor frecuencia, ya que el que más se ha utilizado, la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), ha aparecido solamente en 4 de los 22 artículos, es decir, con una frecuencia baja que supone solo un 18,18%. Por esta razón, creemos que es mejor centrarse en la frecuencia de aparición en función de lo evaluado y no especificando qué tipos de cuestionarios se emplearon. Todo ello se recoge en la Tabla 7. Con ello vemos que la recogida de información previa a la evaluación, algo típico en las investigaciones, se especificó en 15 de los artículos, con un 68,18%. En cuanto al atributo más evaluado podemos observar que 8 de los artículos utilizaron cuestionarios y/o escalas sobre el comportamiento, ideación y/o riesgo suicida. Esto supone un 36,36% de frecuencia de aparición. Este dato puede resultar curioso ya que si se está investigando el continuo del suicidio, se podría esperar que una inmensa mayoría utilizara este tipo de instrumentos. Se cree que esto no es así porque otros artículos han utilizado encuestas globales que abarcan 2 o más factores a evaluar, entre ellos se incluyen ítems que evalúan también el comportamiento suicida. No obstante, este tipo de método de evaluación ha aparecido con menos frecuencia, solo en 7 artículos. Con lo cual serían 7 artículos los que no han empleado instrumentos que incluyan ítems de este fenómeno. También resulta curioso que, siendo la depresión y sintomatología depresiva el factor de riesgo más mencionado, solo haya dos artículos que utilizan cuestionarios sobre depresión. Sin embargo, ocurre lo mismo que lo antes mencionado, puede haber ítems en las escalas globales sobre la depresión, además dentro de la recogida de información previa, se incluyen historiales clínicos, autoinformes, entrevistas estructuradas, etc., con lo que se haya podido establecer la existencia de una sintomatología depresiva. En general, las frecuencias de aparición son bajas.

## 5. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Podemos concluir que hay varios factores de riesgo que sí nos indican, con un porcentaje considerable, riesgo de cometer comportamiento suicidas. El que más sería presentar trastornos del estado del ánimo (depresión) o sintomatología depresiva, aunque también se incluyen problemas en las relaciones familiares tales como mala comunicación, falta de confianza, discusiones, violencia..., ideación autolítica y suicida, maltrato físico y psicológico, bullying (víctima), fracaso, ruptura, problemas en las relaciones interpersonales y de pareja, alcohol, tabaco y drogas ilícitas, historial familiar de suicidio e intento de suicidio pasado.

En cuanto a los modelos explicativos, dado que son pocos o no suficientes, ya que suponen menos de la mitad, los que se han utilizado para explicar el fenómeno del suicidio, suponemos que existe o bien un fallo en la literatura por no haber suficientes modelos que expliquen el suicidio, o bien que los autores de las principales investigaciones no han empleado de manera adecuada dichos modelos (Kim, Moon, Lee, y Kim, 2016). Con lo cual sería necesario, para rellenar esos huecos en los diversos estudios, que las investigaciones fuesen más exhaustivas y correctas, sobre todo con un tema tan importante de salud pública como es el suicidio. Además, en los distintos estudios, sería fundamental que los factores de riesgo aportados coincidieran con el modelo explicativo que proponen.

En definitiva, las características que debe presentar un artículo para que podamos hablar de una investigación que indique un riesgo suicida significativo son: aportar un modelo explicativo en su estudio cuyos factores de riesgo coincidan y sean acordes con dicho modelo, evaluar una población con historia clínica o tentativa suicida anterior, ya que se pueden valorar dichos factores y conductas antes y después del intento suicida situándolos temporalmente, emplear un diseño prospectivo para poder situar también los factores de riesgo en orden temporal y utilizar, a ser posible, instrumentos o métodos de evaluación que puedan abarcar varios factores, es decir, o bien emplear una escala global que evalúe muchos aspectos, o bien usar más de un tipo de cuestionario o test de evaluación. Con todo esto, podemos afirmar que ninguno de los artículos estudiados para este trabajo reúne esas características. Tenemos 3 artículos que bien sí emplean un

modelos explicativo, con factores de riesgo acordes y evalúan una población con tentativas suicidas previas, pero no obstante, sus estudios no tienen un diseño prospectivo. Así mismo, se ha encontrado sólo 1 artículo caracterizado con factores de riesgo que coinciden con su modelo teórico aportado, de diseño prospectivo, pero la población evaluada es la comunitaria.

A partir de estos datos podemos llegar a la conclusión de que las investigaciones sobre el fenómeno del suicidio deberían ser más arduas y exhaustivas. El suicidio es un gran problema de salud pública y como tal sus investigaciones habrían de ofrecer datos más precios y adecuados, además de emplear una metodología acertada para este tipo de fenómeno.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, D. C, et al. (2014). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Rev. Fac. Med*, 63, (3), 419-429.
- Álvarez, M., Camilo, V. M., Barceló, M., Sánchez, Y. y Fajardo, Y. (2017). Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. *Medisan*. 21, (2), 154-160.
- Andrade, J. A. y Gonzáles, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20, (37), 70-88.
- Aranmolate, R, Bogan, D. R., Hoard, T. y Mawson, A. R. (2017). Suicide Risk Factors among LGBTQ Youth: Review. *JSM Schizophr* 2, (2), 10-11.
- Barzilay, S. y Apter, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research*. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
- Bazrafshan, M. R., Sharif, F., Molazem, Z. y Mani, A. (2016). Exploring the risk factors contributing to suicide attempt among adolescents: A qualitative study. *Iranian J Nursing Midwifery*. 21, (1).
- Bennardi, M., McMahon, E., Corcoran, P., Griffin, E. y Arensman, E. (2016). Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1120-2>
- Cano, F., Rico, et al (2012). Suicidio en menores de 26 años en Sevilla. *Cuad Med Forense*, 18,(2), 55-62.
- Chin, Y. R. y Choi, K. W. (2015). Suicide Attempts and Associated Factors in Male and Female. Korean Adolescents A Population-Based Cross-Sectional Survey. *Community Ment Health J*, 51, 862-866.
- Christiansen, E., Larsen, K. J, Agerbo, E., Bilenberg, N y Stenager, E. (2014). Risk factors and study designs used in research of youths' suicide behaviour — An epidemiological discussion with focus on level of evidence. *Nord J Psychiatry*, 68, (8), 513-523.



- Cortés, A., Aguilar, J. Suárez, R., Rodríguez, E. y Durán, J. S. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 27, (1), 33-41.
- Dilli, D., Dallar, Y. y Çakir, I. (2010). Psychological characteristics of adolescent suicide attempters presenting to a pediatric emergency service. *Turk J Med Sci.*, 40, (37), 377-390.
- Gündüz, R. C., et al. (2016). Profile of Suicide Attempts in Adolescents; Demographic Features, Reasons and Risk Factors. *Turkish J Pediatr Dis*, (3), 177-181.
- Kidger, J., Heron, H., Lewis, G., Evans, J. y Gunnell, D. (2012). Adolescent self-harm and suicidal thoughts in the ALSPAC cohort: a self-report survey in England. *BMC Psychiatry*. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/69>
- Kim, Y. J., Moon, S. S., Lee, J. H. y Kim, J. K. (2016). Risk Factors and Mediators of Suicidal Ideation Among Korean Adolescents. *Crisis*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000438>
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A. y Richardson, C. (2012). Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, (4), 381-389.
- Mark, L., et al. (2012). Suicidal Ideation, Risk Factors, and Communication With Parents. *Crisis*, 34, (1), 3-12.
- McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M. y Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.163295>
- Medina, A. R., Herazo, M. I., Barrios, A. M, Rodelo, Y. V y Salinas, L. F. (2017). Factores psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Av.psicol.*, 25, (1).
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3, (1), 9-18.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28, (1), 25-31.
- Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr.*, 42, (3), 125-132.
- Roberts, R. E., Ramsay, C. y Xing, Y. (2010). One-Year Incidence of Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14, (1), 66-78.
- Silva, D., et al. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, (1), 33-42.
- Soole, R., Kølves, K. y De Leo, D. (2014). Factors Related to Childhood Suicides. Analysis of the Queensland Child Death Register. *Crisis*, 35, (5), 292-300.
- Strandheim, A, et al. (2014). Risk factors for suicidal thoughts in adolescence-a prospective cohort study: the Young-HUNT study. *BMJ Open*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005867>
- Teevale, T., et al. (2016). Risk and Protective Factors for Suicidal Behaviors Among Pacific Youth in New Zealand. *Crisis*, 37, (5), 335-346.



Venceslá, J. F y Moriana, J. A. (2002). Conducta autolítica y parasuicida. Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 21, (84), 49-64.

VectorizeImages. *Free Vector World Map*. [Imagen]. Recuperado de: <http://vector4free.com/vector/free-vector-world-map/>. Copyright © 2008-2018 Vector4Free.com. Todos los derechos reservados.

Licencia: [Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Editado.