

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Recibido: 19 de mayo de 2020
 Aceptado: 17 de julio de 2020
 Publicado: 10 de septiembre de 2020

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ladini Hernández-Bello (1), César Hueso-Montoro (2), José Luis Gómez-Urquiza (2) y Zuleima Cogollo-Milanés (1)

(1) Facultad de Enfermería. Grupo Cuidado a la Salud de los Colectivos. Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias. Colombia.
 (2) Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Universidad de Granada. Granada. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte adolescente en el mundo. Reconocer los factores de riesgo asociados a este problema puede servir de base para el diseño de intervenciones oportunas y eficaces. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y los factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes.

Métodos: Se elaboró una revisión sistemática, mediante la búsqueda de estudios primarios en las fuentes bibliográficas *Cuiden*, *Lilacs*, *Pubmed/Medline*, *Scielo*, *Science Direct*, *Scopus* y *Ebsco*. La búsqueda se realizó entre enero y febrero de 2019. Los términos de búsqueda fueron *Suicidio*, *Factores de riesgo* y *Adolescentes*. La evaluación de la calidad metodológica se realizó mediante una guía específica para estudios epidemiológicos observacionales. Se realizó una síntesis cualitativa de los hallazgos. Adicionalmente, se aplicó la técnica de conteo de votos y test del signo.

Resultados: Se seleccionaron 23 estudios. Hubo una prevalencia variable de la conducta suicida en adolescentes. Los factores asociados tuvieron que ver con el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas que aumentaban el riesgo en 30%, depresión y ansiedad, antecedentes familiares de suicidio en 43%, malas relaciones con los padres en 56%, maltrato físico y psicológico, desesperanza, bajo rendimiento escolar y las ideas previas de suicidio.

Conclusiones: La prevalencia de la conducta suicida fue variable en la población adolescente, sin embargo, en varios estudios hubo un porcentaje considerado elevado para las ideas y los intentos de suicidio que se relacionaron de manera directa con algunos factores de riesgo.

Palabras clave: Suicidio, Adolescente, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Prevalence and associated factor for ideation and suicide attempt in adolescents: a systematic review

Background: Suicide ranks third among the teenager's death causes around the world. Recognizing the risk factors associated to suicide can serve as a base line to design timely and effective interventions. The objective of the study was to determine the prevalence and associated factors of ideation and suicide attempt in adolescents.

Methods: It was made Systematic review, through Search of bibliographic sources *Cuiden*, *Lilacs*, *Pubmed/Medline*, *Scielo*, *Science direct*, *Scopus* and *Ebsco*, of primary studies. The search was conducted in January between February 2019. The search terms were *Suicide*, *Risk Factors*, *Adolescents* and *teenagers*. The appraisal of the methodological quality was carried out using a specific guidance for observational epidemiological studies. A qualitative synthesis of the findings was made. Additionally, the vote counting and sign test technique was applied.

Results: 23 studies were selected. A variably prevalence of suicidal behavior in adolescents was found. Associated factors had to do with alcohol, tobacco and psychoactive substance that increased the risk in 30%, depression and anxiety, a family history of suicide 43%, poor relationships with parents 56%, physical and psychological abuse, hopelessness, poor school performance and previous thoughts of suicide.

Conclusions: The prevalence of suicidal behavior was variable in the adolescent population, however, in several studies there was a percentage considered high for ideas and suicide attempts that were directly related to some risk factors.

Key words: Suicide, Adolescent, Risk factors.

Correspondencia:
 Ladini Hernández-Bello
 Barrio el Pozón
 Sector Nueva Cartagena
 Manzana 17, lote 1
 Cartagena de Indias, Colombia
 ladiniherandez3126@gmail.com

Cita sugerida: Hernández-Bello L, Hueso-Montoro C, Gómez-Urquiza JL, Cogollo-Milanés Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 10 de septiembre e20200904

INTRODUCCION

El suicidio es considerado un problema de salud pública que ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, que afecta a todo tipo de población y en el que, además, intervienen diversos factores. Los adolescentes están más expuestos a esta conducta de riesgo, por ser una etapa de la vida donde las personas se enfrentan a diversos cambios físicos, emocionales y sociales⁽¹⁾. Estos cambios representan para el individuo un período de muchas oportunidades y, a la vez, de conflictos y riesgos para la salud mental, donde la conducta suicida es uno de los principales⁽²⁾.

Conducta suicida es un término que hace referencia a las ideas suicidas, el deseo de muerte, las amenazas, planes e intentos y, finalmente, el suicidio consumado⁽³⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 800.000 personas se suicidan cada año, siendo considerada la segunda causa de muerte en población de 15 a 25 años a nivel mundial⁽⁴⁾. Se estima que en 2016 hubo 62.000 muertes por suicidio en adolescentes, ocupando el tercer lugar de las causas de muerte en este grupo etario. En Sudamérica, la tasa de suicidio fue del 5,2% por cada 100.000 habitantes⁽⁵⁾.

La literatura científica muestra un mayor riesgo atribuido a una variedad de factores, asociados a características sociodemográficas, culturales, biológicas, espirituales y antecedentes de trastornos mentales^(3,6,7,8,9,10,11,12). Así, la evidencia científica es muy amplia al abordar diversas aristas de la conducta suicida, lo cual es relevante para diseñar u orientar intervenciones efectivas que permitan prevenir estos eventos. En este sentido, se considera pertinente realizar una revisión exhaustiva de la evidencia publicada, teniendo en cuenta los diferentes contextos socioculturales y analizando la calidad de los estudios realizados, para así determinar hallazgos que fortalezcan

las acciones preventivas y ayuden a predecir perfiles de riesgo de suicidio. Por ello, el objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia y los factores asociados a la conducta suicida en los adolescentes, centrando el foco de la revisión en la ideación y el intento de suicidio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en las siguientes fuentes bibliográficas: *Cuiden*, *Lilacs*, *Pubmed/Medline*, *Scielo*, *Science Direct*, *Scopus* y *Ebsco*. Se emplearon los siguientes términos estandarizados extraídos del directorio DeCS: *Suicidio*, *Adolescente* y *Factores de riesgo*, así como su equivalente en portugués e inglés. Los términos fueron combinados con el operador *AND*. La búsqueda se realizó entre enero y febrero de 2019.

Criterios de inclusión y exclusión. Se seleccionaron estudios publicados en español, inglés y portugués en los últimos 10 años, con objeto de ofrecer la evidencia más actual al respecto. Se incluyeron estudios transversales o de prevalencia y analíticos. Se excluyeron estudios con muestras mixtas (niños, adultos y adolescentes) o que no aportaran información estadística relevante.

Selección y evaluación de la calidad metodológica. La primera selección se hizo a través de la lectura del título y resumen, determinando la idoneidad de los estudios con el objetivo de la revisión y eliminando los trabajos duplicados. Posteriormente, se revisó el texto completo y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión. En los artículos seleccionados se efectuó una búsqueda inversa para completar la selección. Para la evaluación del riesgo de sesgo se seleccionaron y adaptaron ad hoc un conjunto de ítems incluidos en el instrumento propuesto Ciapponi⁽¹³⁾ para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales.

Se trata de ítems referidos a la validez interna, puesto que definen si el diseño del estudio permite minimizar los sesgos y el efecto de confusión. Este proceso fue realizado por la autora principal del estudio, siendo auditado por el resto de autores.

Variables y extracción de datos. Se recogieron tres tipos de variables:

- i) Variables sobre las características de la muestra: año de publicación, idioma, país, diseño y muestra.
- ii) Variables sobre la conducta suicida: ideación e intento de suicidio.
- iii) Variables sobre factores asociados (de riesgo y de protección): sociodemográficas, biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales.

La extracción de datos la realizó la autora principal del trabajo, siendo auditado todo el proceso por el resto de autores.

Análisis de datos. La información fue examinada de forma integrativa, realizando una síntesis narrativa de los principales hallazgos. Adicionalmente, se realizó el recuento de votos y el test del signo. El recuento de votos permite comparar el número de estudios positivos con el número de estudios negativos. En este caso, se asignó voto positivo a los estudios que mostraran una asociación estadísticamente significativa entre un factor determinado y la conducta suicida, y se consideró voto negativo cuando no existía tal asociación. Por su parte, el test del signo se empleó para determinar si la diferencia en el número de estudios positivos era significativamente mayor que el resultado contrario. Se estableció un valor de significación menor a 0,05. Son técnicas limitadas pero que ayudan a orientar los resultados de la revisión^(14,15).

RESULTADOS

Tras la búsqueda, selección y evaluación de los estudios, se incluyeron 23 artículos en esta revisión (figura 1).

Evaluación de la calidad metodológica. Ningún estudio se descartó por limitaciones en su validez interna. El 61% (n=14) de los estudios obtuvo una buena calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo^(16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29), mientras que el 49% (n=9) obtuvo una calidad media^(30,31,32,33,34,35,36,37,38) (tabla 1).

Características de la muestra. El 73,9% (n=17) de los estudios se basaron en un diseño transversal^(16,18,20,21,22,23,24,25,27,28,29,30,34,35,36,37,38), el 21,7% (n=5) correspondían a casos y controles^(17,19,31,32,33), y el 4,3% (n=1) eran estudios longitudinales⁽²⁶⁾. El 82,6% (n=19) eran estudios realizados en América Latina^(16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,30,31,32,33,34,35,36,37,38), el 4,35% (n=1) correspondía a Norteamérica⁽²⁷⁾, otro 4,35% (n=1) a Asia⁽²⁹⁾ y otro 4,35% (n=1) a África⁽²⁸⁾. El 30,43% (n=7) de los estudios habían sido publicados en los últimos cinco años (tabla 2).

Prevalencia de la conducta suicida. Para la medición de la prevalencia de la conducta suicida, valorada como ideas e intentos de suicidio, los estudios utilizaron diferentes instrumentos de medición. En un 33,3% (n=6) de los estudios se emplearon instrumentos elaborados por los autores^(18,24,25,26,27,38), en un 22,22% (n=4) se empleó la escala de Okasha^(23,34,35), en un 16,6% (n=3) se empleó la escala de Plutchik^(16,20,30), en un 11,11% (n=2) se utilizó la *Global School-based Health Survey (GSHS)*^(28,29), mientras que con una representación del 5,5% (n=1) respectivamente, encontramos la escala de salud juvenil⁽²²⁾, *Parasuicide Indicators Schedule (CIP)*⁽³⁶⁾ y la escala de ideación suicida⁽³⁷⁾.

Figura 1.
Diagrama de flujo.

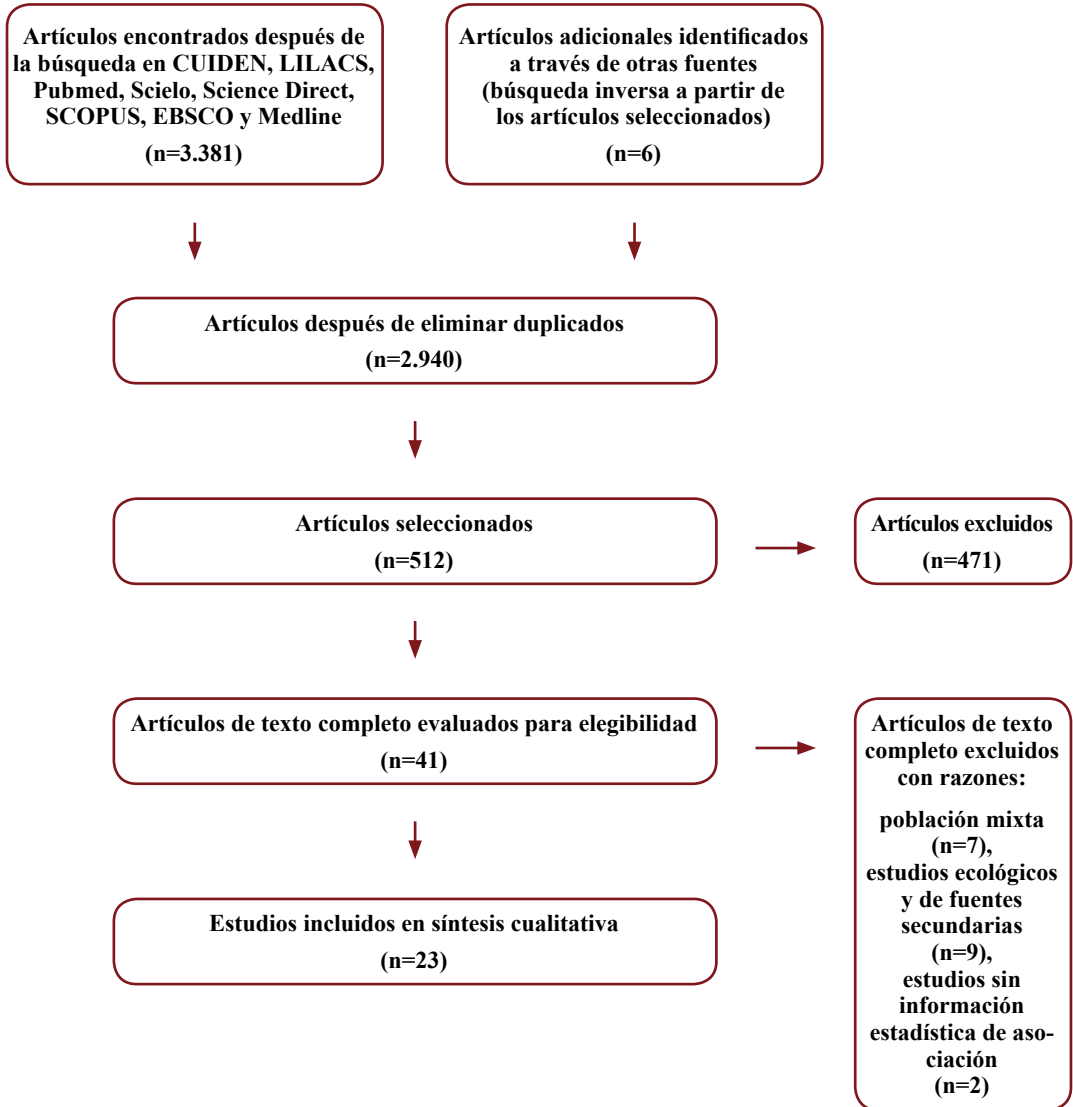


Tabla 1.
Riesgo de sesgo de los estudios.

Autor principal, año y país	Validez interna ^(a)									
	Valoración sumaria	Ítems								
		2	3	4	5	6	15	16	17	18
Álvarez, 2012, Colombia ⁽¹⁶⁾	Alta	MB	MB	MB	B	B	MB	MB	B	B
Arias, 2015, Cuba ⁽¹⁷⁾	Alta	MB	MB	MB	MB	B	B	B	B	B
Cañón, 2018, Colombia ⁽¹⁸⁾	Alta	MB	MB	MB	B	B	B	MB	B	B
Cruz, 2011, Cuba ⁽¹⁹⁾	Alta	MB	MB	MB	B	B	MB	B	NI	B
Fuentes, 2008, Colombia ⁽²⁰⁾	Alta	MB	MB	B	B	B	MB	MB	B	B
Salvo, 2008, Chile ⁽²¹⁾	Alta	MB	MB	B	MB	B	MB	B	B	B
Pérez, 2012, Colombia ⁽²²⁾	Alta	MB	MB	B	B	B	MB	MB	MB	B
Valdivia, 2015 Chile ⁽²³⁾	Alta	MB	MB	MB	B	B	MB	MB	B	B
Ventura, 2010, Chile ⁽²⁴⁾	Alta	MB	MB	B	B	B	MB	MB	MB	NI
Sharma, 2015, Perú ⁽²⁵⁾	Alta	MB	MB	MB	B	B	MB	B	B	B
Nrugham, 2008, Noruega ⁽²⁶⁾	Alta	MB	MB	MB	MB	B	MB	B	B	B
Robert, 2010, EE.UU ⁽²⁷⁾	Alta	MB	MB	B	B	B	B	B	B	NI
Randall, 2014, Republica de Benín ⁽²⁸⁾	Alta	MB	MB	MB	B	B	B	B	MB	MB
Reza, 2017, Irán ⁽²⁹⁾	Alta	MB	MB	B	B	B	MB	B	B	B
Aguirre, 2013, Colombia ⁽³⁰⁾	Media	B	B	B	R	R	B	B	B	R
Cortes, 2010, Cuba ⁽³¹⁾	Media	B	B	B	R	R	B	R	R	NI
Cortes, 2011, Cuba ⁽³²⁾	Media	B	B	B	B	R	B	B	R	NI
Noa, 2010, Cuba ⁽³³⁾	Media	B	B	B	R	R	R	B	R	NI
Pérez, 2010, México ⁽³⁴⁾	Media	B	B	R	B	R	B	B	B	R
Silva, 2017, Chile ⁽³⁵⁾	Media	B	B	B	R	R	B	B	B	R
Villalobos, 2009, Colombia ⁽³⁶⁾	Media	B	B	B	R	R	B	B	B	R
Sarmiento, 2011, México ⁽³⁷⁾	Media	B	B	B	R	B	R	R	B	R
WD, 2012, Jamaica ⁽³⁸⁾	Media	B	B	B	R	NI	B	B	R	NI

(a) Validez interna⁽¹³⁾: define si el diseño del estudio permite minimizar los sesgos y el efecto de confusión. **Ítems:** 2. Se indican los criterios de inclusión y de exclusión de participantes, así como las fuentes y los métodos de selección; 3. Los criterios de selección son adecuados para dar respuesta a la pregunta o el objetivo del estudio; 4. La población de estudio, definida por los criterios de selección, contiene un espectro adecuado de la población de interés; 5. Se hizo una estimación del tamaño, el nivel de confianza o la potencia estadística de la muestra para la estimación de las medidas de frecuencia o de asociación que pretendía obtener el estudio; 6. Se informa del número de personas potencialmente elegibles, las inicialmente seleccionadas, las que aceptan y las que finalmente participan o responden; 15. El análisis estadístico fue determinado desde el inicio del estudio; 16. Se especifican las pruebas estadísticas utilizadas y son adecuadas; 17. Se trataron correctamente las pérdidas de participantes, datos perdidos u otros; 18. Se tuvieron en cuenta los principales elementos de confusión posibles en el diseño y en el análisis. **Valoración:** MB: muy bueno; B: bueno; R: regular; NI: no informa.

Tabla 2.
Características y resumen de los estudios incluidos en la revisión.

Autor principal, año y país	Tipo de estudio	Muestra y características	Prevalencia de conducta suicida	Factores asociados
Álvarez, 2012, Colombia ⁽¹⁶⁾	Transversal	354 estudiantes	12,2% intento de suicidio y 11,8% riesgo de suicidio	Riesgo: sexo femenino, consumo de sustancias psicoactivas, disfuncionalidad familiar severa, antecedente familiar de suicidio, dependencia al alcohol, depresión, maltrato psicológico.
Arias, 2015, Cuba ⁽¹⁷⁾	Casos y controles	Casos: 37 adolescentes identificados con intento de suicidio de 11 a 19 años de edad. Controles: 74 adolescentes con características similares sin intento de suicidio	100% ideación suicida en los casos y 8,10% en los controles.	Riesgo: ansiedad, depresión, antecedente familiar de esquizofrenia, alcoholismo en la familia, malas relaciones con los padres, problemas económicos, problemas en la vivienda, conflictos de sexualidad y problemas de pareja, malas relaciones con los compañeros, rechazo escolar, desvinculación escolar, dificultades en el rendimiento, suicidio consumado en la familia, suicidio en los amigos e intento de suicidio en la familia.
Cañón, 2018, Colombia ⁽¹⁸⁾	Transversal	180 estudiantes.	13,3% intentos de suicidio	Riesgo: sexo femenino, consumo de cigarrillo, maltrato familiar, ansiedad, baja autoestima, consumo de alcohol y alto acoso escolar.
Cruz, 2011, Cuba ⁽¹⁹⁾	Casos y controles	36 casos adolescentes de 10 a 19 años reportados por intento de suicidio. 72 controles.	No aplica	Riesgo: depresión, retraso mental, dificultades escolares, internamiento involuntario y antecedente familiar suicidio.
Fuentes, 2008, Colombia ⁽²⁰⁾	Transversal	339 estudiantes de secundaria	10,2% intento suicida, 12,8% riesgo de suicidio (Plutchik) y 4,8% riesgo de suicidio (Beck).	Riesgo: ser mujer, disfuncionalidad familiar severa o moderada, ansiedad y depresión, tabaquismo y alcoholismo, decepciones amorosas, antecedentes personales de intento suicida, antecedente tratamiento psicológico previo y familiar con intento suicida.
Salvo, 2008, Chile ⁽²¹⁾	Transversal	763 estudiantes	19,1% intento de suicidio y 77,2% ideas suicidas.	Riesgo: género femenino, poco apoyo social, baja autoestima, mayor impulsividad y problemas de cohesión familiar.

Tabla 2 (continuación).
Características y resumen de los estudios incluidos en la revisión.

Autor principal, año y país	Tipo de estudio	Muestra y características	Prevalencia de conducta suicida	Factores asociados
Pérez, 2012, Colombia ⁽²²⁾	Transversal	309 estudiantes de 12 a 17 años.	Riesgo suicida 47,6. 14,23% ideación suicida en los últimos tres meses y 3,5% intento de suicidio alguna vez en su vida.	Riesgo: sexo femenino, edad mayor o igual a 15 años, baja autoestima, disfuncionalidad familiar severa, depresión, decepciones amorosas, antecedente de trastornos mentales, antecedente familiar de haber recibido tratamiento u hospitalización por psiquiatría, antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas y antecedente familiar de intento de suicidio.
Valdivia, 2015 Chile ⁽²³⁾	Transversal	195 estudiantes de 14 a 20 años.	16,4% presentó intento de suicidio en los últimos doce meses y 19,5% en el período anterior a los últimos doce meses.	Riesgo: sexo femenino, ausencia de los padres, disfuncionalidad familiar y disfuncionalidad familiar que requiere ayuda inmediata, consumo de drogas, consumo de tabaco, autoestima muy baja, desesperanza en niveles leve y moderada, depresión en niveles leve-moderado y severa, ideación suicida severa tanto reciente como antigua.
Ventura, 2010, Chile ⁽²⁴⁾	Transversal	1.590 estudiantes de 14 a 20 años.	62% de ideación suicida y 19% intento suicidio.	Riesgo: sexo femenino.
Sharma, 2015, Perú ⁽²⁵⁾	Transversal	970 estudiantes de 15 a 18 años de edad	26,3% ideación suicida y 17,5% intento suicidio.	Riesgo: sexo femenino, ser insultado, ser atacado, infelicidad percibida, fumar, tener relaciones sexuales, compartir escasamente con los padres y no sentirse entendidos por los padres, consumo de sustancias psicoactivas y consumo de alcohol.
Nrugham, 2008, Noruega ⁽²⁶⁾	Longitudinal	2792 estudiantes entre los 13 y 19 años.	Actos suicidas. Toma 1: 69,2%. Toma 2: 56,7%. Toma 3: 47,2%.	Toma 1. Riesgo: no vivir con ambos padres biológicos, consumo problemático de alcohol, dolor físico frecuente y depresión. Toma 2. Riesgo: trastornos depresivos, conflictos con los padres y consumo de cigarrillo.
Robert, 2010, EE.UU. ⁽²⁷⁾	Transversal	4.500 adolescentes de 11 a 17 años pertenecientes a etnias latinas, americanas y africanas.	11,2% intentos de suicidio	Riesgo: estrés escolar, estrés en el vecindario, estrés económico, estrés familiar con el padre o la madre, depresión, consumo de alcohol, marihuana o de otra sustancia psicoactiva, antecedente de suicidio en conocidos, antecedentes familiares de suicidio. Protección: Satisfacción con los padres, autoestima y estilo de afrontamiento.

Tabla 2 (continuación).
Características y resumen de los estudios incluidos en la revisión.

Autor principal, año y país	Tipo de estudio	Muestra y características	Prevalencia de conducta suicida	Factores asociados
Randall, 2014, República de Benín ⁽²⁸⁾	Transversal	2690 estudiantes de secundaria de 12 a 16 años	17.5% ideación suicida con plan y sin plan 5.7%.	Riesgo: ansiedad, soledad, la intimidación, abuso de alcohol, uso de sustancias y ser atacado. Protección: ser hombre.
Reza, 2017, Irán ⁽²⁹⁾	Transversal	727 estudiantes masculinos y 790 estudiantes mujeres, con edades de 15 a 17 años.	4,1% ideas suicidas en los últimos 12 meses.	Riesgo: preocupación, luchando por mantenerse concentrados en la tarea, consumo actual de cigarrillos, uso de alcohol u otras drogas, ser intimidado y abuso sexual.
Aguirre, 2013, Colombia ⁽³⁰⁾	Transversal	322 estudiantes	16,5% riesgo de suicidio	Riesgo: consumo de cigarrillo, consumo de sustancias psicoactivas, disfunción familiar severa, dependencia al consumo de alcohol, baja autoestima, trastornos de conducta alimentaria, alto acoso escolar, depresión.
Cortes, 2010, Cuba ⁽³¹⁾	Casos y controles	74 casos de adolescentes que cometieron intento de suicidio. 222 controles	No aplica	Riesgo: planes anteriores para hacerse daño, deseos de hacerse daño, sentimientos de desesperanza, no confiar en los padres, antecedente de trastornos nerviosos. Protección: Contar con personas en problemas y contar problemas al padre.
Cortes, 2011, Cuba ⁽³²⁾	Casos y controles	87 casos adolescentes de 10 a 19 años notificados con intento de suicidio. 261 controles.	No aplica	Riesgo: no confiar en los padres, antecedente de suicidio en la familia, existencia de problemas afectivos en general, deseo de hacerse daño y elaboración de planes anteriores para hacerse daño. Protección: relación con los padres, tener con quien contar en problemas, estar conforme como se es, tener apoyo familiar y contar problemas a la pareja.
Noa, 2010, Cuba ⁽³³⁾	Casos y controles	54 casos con intento de suicidio de 11 a 19 años. 122 controles.	No aplica	Riesgo: antecedente familiar de intento de suicidio, conflictos familiares y conflictos económicos.
Pérez, 2010, México ⁽³⁴⁾	Transversal	12,422 estudiantes de 14 a 19 años.	45% ideación suicida	Riesgo: tener relaciones sexuales, poca comunicación con los padres, abuso sexual, bajo apoyo familiar, ansiedad, poco reconocimiento escolar, depresión, consumo de alcohol, tabaco y drogas, miedo hacia el futuro.

Tabla 2 (continuación).
Características y resumen de los estudios incluidos en la revisión.

Autor principal, año y país	Tipo de estudio	Muestra y características	Prevalencia de conducta suicida	Factores asociados
Silva, 2017, Chile ⁽³⁵⁾	Transversal	919 estudiantes entre los 13 y 18 años.	9% intento de suicidio en los últimos doce meses y 10.5% en el período anterior.	Riesgo: sexo femenino, ausencia de los padres y no practicar alguna religión, antecedente de intento de suicidio en padres, consumo de tabaco, alcohol o drogas, ideación suicida reciente y anti-gua, depresión, desesperanza y eventos estresantes.
Villalobos, 2009, Colombia ⁽³⁶⁾	Transversal	463 estudiantes	30.2% de conducta suicida, 18% ideas suicidas, 4% plan suicida y el 8% intentos suicidio.	Riesgo: violencia sexual, maltrato físico intrafamiliar, vivir alejado de la familia, conductas suicidas en seres queridos, insultos y humillaciones intrafamiliares, problemas emocionales con seres queridos, terminación sentimental o de amistad, peleas o discusiones con un ser querido y enfermedad grave o mental.
Sarmiento, 2011, México ⁽³⁷⁾	Transversal	1419 estudiantes de escuela.	19,5% mujeres con ideas suicidas y 24,5% hombres.	Riesgo: baja autoestima, frecuencia de conflictos con la madre y estilo parental negligente materno y paterno, poca satisfacción familiar.
WD, 2012, Jamaica ⁽³⁸⁾	Transversal	2997 estudiantes de 10 a 15 años.	9,7% ideas suicidas.	Riesgo: depresión, quienes consideraron dañar a otros, mujeres que se dedicaban a comportamientos agresivos o comportamientos de riesgo y quienes informaron haber sido objeto de burlas o acoso en el último mes. Protección: vivir en área rural, autoestima y funcionalidad familiar.

En los estudios que utilizaron la escala Plutchik, el riesgo suicida estuvo entre un 11,8% y un 16,5%, y el intento suicida osciló entre un 10,2% y un 12,2%^(16,20,30). En los estudios con cuestionarios diseñados por los autores, la ideación suicida osciló entre un 9,7% y un 62%, y el intento de suicidio entre un 11,2% y un 69,2%^(18,24,25,26,27,38). Los estudios con GSHS reportaron porcentajes entre un 4,1% y un 17,5% de ideación suicida^(28,29). El estudio con la escala de ideación suicida reportó una prevalencia del 19,5% de ideas suicidas en mujeres y del 24,55% en hombres⁽³⁷⁾. Para los estudios

realizados con Okasha, el intento de suicidio estuvo entre un 9% y un 19,1%, y las ideas suicidas entre un 45% y un 77,2%^(23,34,35). El estudio con la escala CIP informó de un 18% de ideas suicidas, un 4% de planes suicidas y un 8% de intentos de suicidio⁽³⁶⁾. El estudio que utilizó la encuesta de salud juvenil informó de un 47,6% de riesgo suicida, un 14,23% de ideación suicida en los últimos tres meses y un 3,55% de intento de suicidio alguna vez en la vida⁽²²⁾.

Factores asociados. La mayor parte de los estudios seleccionados reportaron una serie de

factores de riesgo asociados a la conducta suicida, siendo pocos los trabajos que describían también otros factores que reducían o protegían frente a este evento.

De acuerdo a las variables sociodemográficas, ser mujer fue reportado en un 39% (n=9) como factor de riesgo directamente relacionado con el aumento de la conducta suicida^(16,18,20,21,23,24,26,34,37), mientras que los problemas económicos fueron reflejados en un 13% (n= 3) de los estudios^(27,33,37), que mencionaron que aumentaba el riesgo cuatro veces más. Los factores biológicos fueron indicados en un 43% (n=10), principalmente relacionados con antecedentes de intento de suicidio o con suicidio consumado en los familiares de los adolescentes o en los propios adolescentes^(16,17,19,20,22,27,31,33,36).

La disfuncionalidad familiar severa, sentirse poco apoyado o no tener buenas relaciones con los padres y poco apoyo social fueron reportados en un 56% (n=13) como factores sociales que aumentaban a más de 10 veces el riesgo^(16,17,21,23,25,26,27,30,31,32,34,35,36). Así mismo, las formas de violencia como el maltrato psicológico o el abuso sexual aumentaban el riesgo de conducta suicida^(22,25,29,34,36). El acoso escolar o *bullying* también cobró relevancia en los hallazgos encontrados^(17,18,30,38), así como las dificultades escolares^(17,19,27,33,34). También se encontró que los conflictos con la sexualidad, los problemas de pareja o mantener relaciones, elevaban el riesgo de presentar ideas o intentos de suicidio^(17,20,22,25,33,36).

La depresión y la ansiedad se constituyeron como los trastornos mentales más directamente relacionados con la conducta

suicida^(16,18,20,22,23,25,26,27,28,29,30,31,34,37). Así mismo, el consumo de cigarrillos, alcohol y sustancias psicoactivas aumentaban en un 30% la conducta suicida de los adolescentes^(16,20,22,23,25,26,27,28,29,30,32,34,37).

Con relación a los factores psicológicos, la baja autoestima, los sentimientos de desesperanza, los miedos hacia el futuro, el estrés y recibir humillaciones e insultos también fueron encontrados como factores de riesgo entre los estudios seleccionados^(18,21,23,24,26,30,31,34,37).

Cinco estudios describieron factores que se asociaron con un menor riesgo en la conducta suicida. Entre ellos encontramos el ser hombre⁽²⁸⁾ y vivir en un área rural⁽³⁸⁾. Por otro lado, tener apoyo en situaciones difíciles, la buena funcionalidad familiar o hablar los problemas con los padres o a la pareja se identificaron como factores sociales que protegían contra la conducta suicida^(31,32,38). La autoestima o sentirse bien consigo mismo y tener buenos estilos de afrontamiento fueron también factores psicológicos reportados como protectores de la conducta suicida^(27,32,38).

Recuento de votos y test del signo. Después de realizar la técnica del recuento de votos y el test del signo, se encontró que existía una cantidad mayor de estudios que reportaban asociación entre la conducta suicida y variables como el consumo de alcohol, cigarrillos y sustancias psicoactivas, la depresión y la ansiedad, el antecedente familiar de suicidio, las malas relaciones con los padres, el maltrato físico y psicológico, la desesperanza, el bajo rendimiento escolar y las ideas previas de suicidio. Esta diferencia fue significativa en todas las asociaciones (tabla 3).

Tabla 3.
Recuento de votos y test del signo.

Factores de riesgo	Positivo	Negativo	P valor	N=23
Consumo de alcohol	12	2	0,006	14
Consumo de cigarrillo	9	0	0,002	9
Consumo de sustancias psicoactivas	10	2	0,019	12
Disfunción familiar severa	5	6	0,500	11
Disfunción familiar	5	6	0,500	11
Baja autoestima	6	1	0,062	7
Depresión	12	0	0,0001	12
Ansiedad	5	1	0,109	6
Sexo femenino	9	9	0,592	18
Antecedente familiar de suicidio	9	0	0,002	9
Maltrato psicológico o físico	5	3	0,363	8
Malas relaciones con los padres	9	2	0,032	11
Bajo rendimiento escolar	5	0	0,031	5
Desesperanza	5	1	0,109	6
Ideas suicidas previas	5	3	0,363	8

DISCUSIÓN

Estudios secundarios realizados sobre la conducta suicida y el aumento de su ocurrencia en población joven^(39,40,41) resaltan la importancia de analizar esta problemática en los adolescentes.

Los hallazgos de esta revisión muestran que la prevalencia de la conducta suicida en términos de ideas e intentos de suicidio oscila entre un 9,7% y 77,2%, cifras que varían de un estudio a otro debido a la heterogeneidad de los diseños y de los instrumentos de medición empleados. Cabe resaltar que, aunque las mediciones son muy variables, se constata que la prevalencia reportada en población adolescente enciende las alarmas sobre este fenómeno, puesto que se presenta en cifras importantes en el mundo, según los estudios de esta revisión^(16,18,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,34,35,36,37,38).

Con respecto a las variables sociodemográficas, se destaca que las ideas y los intentos suicidas son más comunes en las mujeres que en los hombres^(16,20,25,34). Sin embargo, los hombres son los que más consuman el acto una vez aparece la idea, y los planes suicidas son más agresivos, contundentes y letales con los métodos utilizados⁽³⁹⁾. El significado social de lo masculino tiene que ver con el poder, la racionalidad, la fuerza, la competitividad, el control emocional y la valentía. Aquellos que se desvían de este imaginario social tienden a tornarse vulnerables, lo que se traduce en conductas autoagresivas. Por otro lado, para las mujeres se ha descrito que la vulnerabilidad no es un tabú, es algo de lo que se puede hablar abiertamente y buscar ayuda en el momento de la crisis⁽⁴²⁾.

El factor biológico de antecedente de suicidio en la familia es otro de los factores

destacados. Se podría asociar a que esta conducta se trasmite de generación en generación, independientemente de que exista o no una enfermedad mental⁽⁴³⁾. Está relacionada con la tendencia a una conducta suicida violenta cuando existe polimorfismo del gen transportador de la serotonina. Cuando esta herencia genética está presente, aporta el 50% de probabilidad de que ocurra una conducta suicida, mientras que el otro 50% lo constituyen los factores asociados⁽⁴⁴⁾.

Con respecto a los factores sociales, la disfuncionalidad familiar moderada o severa, las relaciones conflictivas con los padres y sentirse poco apoyado se encuentran en la mayoría de los estudios de esta revisión. La familia juega un rol importante en la sociedad, es ella la que desde edades muy tempranas influye de forma directa y duradera en la personalidad de los individuos y actúa como agente modulador de conductas de riesgo, proveyendo mayor o menor vulnerabilidad a la enfermedad y al aprendizaje de conductas protectoras para la salud. Diversos factores, como la desorganización familiar, la falta de consenso en las normas, la falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, la destrucción por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, y los sentimientos de rechazo, provocan que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos que afectan a la individualidad y a la personalidad del joven, lo cual se relaciona con conductas suicidas^(45,46,47).

La depresión, el consumo de cigarrillos, alcohol y sustancias psicoactivas, y la ansiedad son factores destacados en esta revisión en cuanto a su asociación con el aumento del riesgo de la conducta suicida. Evidencias encontradas en otros estudios abundan en esta línea^(39,40,41) y coinciden en señalar que los adolescentes con estas patologías pueden percibir

ciertas situaciones como más estresantes de lo normal, lo que se traduce en la inhabilidad para poner en práctica estilos de afrontamiento eficaces y para desarrollar una conducta desadaptativa, haciendo pensar al individuo que la conducta suicida puede ser la única salida.

Esta revisión no está exenta de limitaciones. En primer lugar, aunque la estrategia de búsqueda fue amplia, puede que haya estudios relevantes que hayan quedado fuera de la selección por su no localización. En cuanto al instrumento empleado para la evaluación del riesgo de sesgo, conviene señalar que se trata de una guía específica para estudios transversales, que son los que mayoritariamente se incluyeron en esta revisión. A pesar de que los ítems utilizados para la evaluación de la validez interna pueden extenderse a otros diseños también incluidos en esta revisión, es posible que haya elementos relevantes en esos otros diseños que no hayan sido evaluados de manera precisa. Por último, el recuento de votos y el test del signo son procedimientos limitados para establecer asociaciones estadísticas confiables, por lo que serían necesarios procedimientos basados en metaanálisis que quedan fuera del alcance de este trabajo.

A modo de conclusión, en primer lugar, se constata una prevalencia variable de conducta suicida en la población adolescente, ya sea por ideas o por intentos de suicidio, si bien en algunos estudios se encuentra un porcentaje considerablemente alto. En segundo lugar, se identifican una serie de factores de riesgo que se relacionan de manera directa con la conducta suicida, destacando los siguientes: consumo de alcohol, cigarrillos y sustancias psicoactivas, depresión, ansiedad, antecedentes familiares de suicidio, malas relaciones con los padres, maltrato físico y psicológico, desesperanza, bajo rendimiento escolar e ideas previas de suicidio.

Estos resultados son importantes de cara a orientar la creación de programas dirigidos a la prevención y control del riesgo, de la tal forma que se pueda reducir la incidencia de la conducta suicida en la población joven⁽⁴⁷⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuesta D. Aspectos epidemiológicos del suicidio. *Revista mexicana de pediatría*. 2017;84 (2):72-77.
2. Larriva D. Prevalencia de ideación suicida y factores asociados en adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca [Tesis Magíster]. Cuenca (Ecuador): Universidad de Cuenca; 2009.
3. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Ministerio de Salud y Protección social de Colombia. Guía práctica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Profesionales.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Suicidio 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>.
6. Caceda R. Suicidal behavior: Risk and protective factors. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77 (1):3-18.
7. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud de Colombia. Boletín de salud mental, Conducta suicida. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>.
8. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005;133C(1):13-24.
9. Kalmar S. The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2013;15(1):27-39.
10. Keilp JG, Oquendo MA, Stanley BH, Burke AK, Cooper TB, Malone KM et al. Future suicide attempt and responses to serotonergic challenge. *Neuropsychopharmacology*. 2010;35(5):1063-72.
11. Woo JM, Okusaga O, Postolache TT. Seasonality of suicidal behavior. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:531-47.
12. Clayton P. Conducta suicida. Manual MSD. University of Minnesota School of Medicine. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>.
13. Ciapponi A. Guía de lectura crítica de estudios observacionales en epidemiología. *Evidencia*. 2010;13(1):135-140.
14. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration. Disponible en: https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf.
15. del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 2014;7(1):24-39.
16. Álvarez J, Cañon S, Castaño J, Bernier L, Cataño A, Galindo P et al. Factores de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes en una institución educativa de Palestina-Caldas. *Archivos de Medicina (Col)*. 2013;12(2):127-141.
17. Arias I. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. *Rev electrónica Dr Zoilo E*. 2015. 40;(2):febrero.
18. Cañon S, Castaño J, Arias Y, García K, Ovalles A, Rengifo V et al. Frecuencia de intento de suicidio, y factores asociados en jóvenes estudiantes de dos centros

- educativos del municipio de Pácora (Caldas, Colombia). *Tempus Psicologico*. 2018;1(1):39-61.
19. Cruz Rodríguez E, Moreira Rios I, Orraca Castillo O, Pérez Moreno N, Hernández González PL. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas*. 2011;15(4):52-61.
20. Fuentes M, González A, Castaño J, Hurtado C, Ocampo P, Paez M et al. Riesgo suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales. *Archivos de Medicina (Col)*. 2009;9(2):110-122.
21. Salvo L, Melipillán R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2008;46(2):115-123.
22. Perez I, Tellez D, Velez A, Ibañez L. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Rev colomb psiquiatr*. 2012;41(1):26-47.
23. Valdivia M, Silva D, Sanhuesa F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev Méd Chile*. 2015;143(3):320-328.
24. Ventura R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib M. Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile*. 2010;138(3):309-315.
25. Sharma B, Nam EW, Kim HY, Kim JK. Factors Associated with Suicidal Ideation and Suicide Attempt among School-Going Urban Adolescents in Peru. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(11):14842-14856.
26. Nrugham L, Larsson B, Sund A. Predictors of suicidal acts across adolescence: Influences of familial, peer and individual factors. *J Affect Disord*. 2008;109(1-2):35-45.
27. Robert E, Ramsay C, Xing Y. One-Year Incidence of Suicide Attempts and Associated Risk and Protective Factors Among Adolescents. *Arch Suicide Res*. 2010;14(1):66-78.
28. Randall J, Doku D, Wilson M, Peltzer K. Suicidal Behaviour and Related Risk Factors among School-Aged Youth in the Republic of Benin. *PLoS One*. 2014;9(2):e88233.
29. Reza Z, Viitasara E, Soares J, Sadeghi H, Dastgiri S, Hossein A et al. Suicidal ideation and its correlates among high school students in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2017; 17(1):147.
30. Aguirre D, Cataño J, Cañon S, Marín D, Rodríguez J, Rosero L et al. Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Rev Fac Med*. 2015; 63(3):419-429.
31. Cortes A, Aguilar J, Suarez R, Rodríguez E, Salvador J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2011; 27(1):33-41.
32. Cortés A, Aguilar J, Medina R, Toledo JL, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spiritus. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2011; 48(1):abril.
33. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *MEDISAN*. 2010; 14(3):abril.
34. Pérez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, De Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud pública Méx*. 2010; 52(4):324-333.
35. Silva D, Valdivia M, Vicente E, Arevalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2017; 22(1):33-42.
36. Villalobos F. Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*. 2009; (31):165-171.

37. Sarmiento C, Villalobos J. Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*. 2011;21(1):25-30.
38. WDA, Sewell C, Martin J, Davidson J, Fox K. Suicide ideation in Jamaican youth: sociodemographic prevalence, protective and risk factors. *West Indian Med J*. 2012; 61(5):521-525.
39. Serrano C, Olave J. Factores de riesgo asociados con la aparición de conductas suicidas en adolescentes. *Medunab*. 2017; 20(2):139-147.
40. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016; 3(1):9-18.
41. González A, Castilla A, Retamoza N, Bolaños G. Factores de riesgos relacionados con los intentos de suicidio en Cartagena-Colombia. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 2013; 59(4):240-252.
42. Rosado MJ, García F, Alfeo J, Rodríguez J. El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social*. 2014; (13):433-491.
43. Gomez A. Evaluación del Riesgo de Suicidio: Enfoque Actualizado. *Rev Med Clin Condes*. 2012; 23(5):607-615.
44. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*. 2009;65(7):556-63.
45. Perez-González A, Pereda N. Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(4):149-58.
46. González Reinier M, Martínez García L, Ferrer Lozano D. Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2017;33(3):281-295.
47. Burgos G, Narváez N, De las Mercedes P, Burrone M, Fernández R, Abeldaño R. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*. 2017;7(3):2802-2810.