CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES:

Estudio de los factores influyentes y abordaje desde el papel de la enfermería

Revisión bibliográfica y análisis de la situación

–

SUICIDE ATTEMPTS IN TEENAGERS:

Study of influencing factors and approach from the role of nursing

Literature review and current analysis

Trabajo de Fin de Grado

Autora: Marta García Ruiz

Directora de trabajo: Aroa Delgado Uría

Grado en Enfermería. 4º curso. Facultad de Enfermería, Santander, Cantabria.

Curso 2022-2023.

AVISO RESPONSABILIDAD UC:

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

ÍNDICE:

1. RESUMEN 5

2. INTRODUCCIÓN 6

2.1 Contextualización 6

2.2 Objetivos 7

2.3 Metodología de búsqueda bibliográfica 8

2.4 Breve descripción de los capítulos 8

3. CAPÍTULO PRIMERO: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS 9

3.1. Análisis de situación a nivel mundial y de España 9

3.2. Estadísticas en Cantabria : análisis de la situación desde el año 2016-2022 11

4. CAPÍTULO SEGUNDO: FACTORES DE RIESGO PARA LAS CONDUCTAS SUICIDAS 14

5. CAPÍTULO TERCERO : FACTORES DE PROTECCIÓN Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS 19

5.1 Factores de protección 19

5.2. Prevención desde la Enfermería en Atención Primaria 20

5.3 Prevención desde la Enfermería en el ámbito escolar 24

6. CONCLUSIONES 26

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 27

8. ANEXOS 32

GLOSARIO:

- ANAR: Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo
- AP: Atención Primaria
- CARS: Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio
- CDC: Centro de Control de Enfermedades
- EAAD*: European Alliance Against Depression*
- FSME: Fundación Española para la Prevención del Suicidio
- HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- IML: Instituto de Medicina Legal
- LGTBIQ+: lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y *queers*
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PSS: Escala Paykel de Ideación Suicida
- RIDEC: Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria
- RSQ: *Risk of suicide questionnaire*
- SEYLE: *Saving and Empowering Young Lives in Europe*
- SIQ: *Suicidal Ideation Questionnaire*
- SIQ-JR: Suicidal Ideation Questionnaire JR
- SPS: *Suicide Probability Scale*
- TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria
- YAM: *Youth Aware of Mental Health Program*

1. RESUMEN

Las conductas suicidas han tenido siempre un abordaje complejo, más aún si hablamos de estas conductas en la adolescencia, un período muy sensible de la vida, que conlleva cambios profundos y progresivos que transforman al niño en adulto.

Asistimos en los últimos años a un manifiesto y progresivo aumento de la incidencia de este problema entre los adolescentes que avanza en paralelo a la explosión de las redes sociales e internet como forma de comunicación e información y a la aparición de la pandemia del COVID, entre otros factores. Todo ello ha sucedido recientemente con un constatado empeoramiento de la salud mental del adolescente y del aumento de las conductas suicidas entre éstos.

Todo lo anterior debiera constituir un importante estímulo para mejorar el abordaje de los factores influyentes en este problema, y para su prevención general, especialmente desde el punto de vista de la enfermería.

Palabras clave: intentos suicidio, adolescente, factores de riesgo, prevención, enfermería.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Suicide attempts have always had a complex approach, even more when we talk about this behavior in adolescence, a very sensitive period of life, which entails profound and progressive changes from childhood into adulthood.

In recent years we have witnessed of a manifest and progressive increase in the incidence of this problem among adolescents that advances in parallel with the increasing use of social networks and internet as new forms of communication and information, to the appearance of the covid pandemic, among other factors. All this has recently happened along with the worsening of adolescent mental health and the increase in suicidal behaviors among them.

All of the above should constitute an important encouragement to improve the approach to the factors influencing this problem, and for its general prevention especially from the point of view of nursing.

Keywords: suicide attempts, teenager, risk factors, prevention, nursery.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Contextualización

El suicidio es el acto por el que una persona termina con su vida conociendo su futuro desenlace. La palabra suicidio proviene de las palabras latinas "*sui*" y "*cadere*" que en español se traducirían como "matar a uno mismo" (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto de matarse a sí mismo deliberadamente (2). Se trata de un concepto profundo, complejo con numerosos factores predisponentes y desencadenantes que la propia OMS considera como uno de los problemas de mayor gravedad a nivel mundial en materia de salud pública (3,4).

Es un amplio concepto que engloba los diferentes actos suicidas que bajo la denominación de espectro suicida incluyen ordenados en el tiempo, la ideación suicida, la elaboración del plan, el intento y llevarlo a cabo y, finalmente el suicidio consumado. Es una secuencia ordenada que se inicia con la ideación suicida definida por pensamientos, ideas o deseos de morir, y que puede seguirse de la elaboración de un plan premeditado de cómo realizar el acto de suicidio. Finalmente, el desarrollo activo de la conducta suicida que puede desarrollarse de diferentes maneras (ingesta de tóxicos, autolesiones físicas, armas o precipitación) y que pueden no terminar o terminar con la muerte, en el suicidio consumado (5).

Toda conducta suicida asume necesariamente que el individuo tiene el deseo y la intención de querer morir; pero para tener estos pensamientos se precisa un cierto grado de madurez mental que permita integrar y entender el concepto de la muerte. Aunque el ambiente familiar y cultural en que se desarrolla el niño influye notablemente en el grado de madurez, la palabra "muerte" se comienza a comprender habitualmente en torno a los nueve años, entendiendo que la muerte es un punto sin retorno del que no se regresa, y supone el final de la vida para las personas (6).

La adolescencia es el período de transición desde la infancia a la edad adulta en el que se producen numerosos cambios a diferentes niveles fundamentalmente físicos, madurativos y mentales, y que la OMS sitúa entre los diez y los diecinueve años.

La adolescencia es uno de los períodos más críticos de la vida con un desarrollo evolutivo imparable que la gran mayoría de las personas viven con gran intensidad, debido al cambio que supone pasar de la total dependencia de la familia o cuidadores, a la autonomía que caracteriza a la edad adulta. También es una etapa del "*todo o nada*", donde los jóvenes son muy influenciables, buscan su lugar en el mundo y su propia identidad y tratan de adquirir la madurez que la vida les exigirá en las siguientes etapas de su vida (3). La característica principal que define la adolescencia es ese continuo cambio biológico, emocional, social, físico y psicológico que culminará cuando sean adultos, ese nuevo periodo de la vida definido por una madurez de la que se carece en las edades anteriores. A pesar de ser una época de transición a la madurez, según varios profesionales clínicos, la adolescencia se caracteriza por una gran rebeldía, una autodeterminación, imprevisibilidad y el querer las cosas "*aquí y ahora*".

A lo largo de la historia de la humanidad, el suicidio y las conductas suicidas han estado muy presentes y los argumentos para realizarlas no han variado mucho con el paso del tiempo: querer terminar con un sufrimiento psíquico insoportable o una enfermedad terminal, sentirse una carga para los demás, sentimientos de culpabilidad, sentirse maltratado por los demás, acabar con la desesperanza, soledad o aislamiento social, querer reunirse con un ser querido fallecido, desengaños amorosos o el simple hecho de considerar que la vida ya no tiene más sentido. En la Prehistoria el suicidio en determinadas situaciones como en los ancianos y en los

enfermos era considerado normal y por el bien de la comunidad. En la Antigua Grecia, el tema fue abordado principalmente por las diferentes escuelas filosóficas, entre ellas por la liderada por Aristóteles quien afirmaba que el suicidio era *"un acto de cobardía puesto que el suicida eludía su responsabilidad social y ello afectaba a terceros".* En la Edad Media, se condenaron intensamente estas conductas debido a la gran influencia que la religión y la Iglesia tenían sobre la sociedad civil. A partir de entonces los postulados religiosos progresivamente fueron desplazados por un abordaje basado en la razón, tomando de nuevo la filosofía el relevo en el debate moral sobre la legitimidad del suicidio (7). A día de hoy la Iglesia considera el suicidio un pecado y, por tanto, una conducta a castigar, mientras que, desde el punto de vista legal, algunos países consideran el suicidio o su intento como un delito.

En la actualidad el suicidio cobra importancia en todas las edades y a nivel mundial no sólo desde el punto de vista religioso o legal, supone también un verdadero problema de salud mental, especialmente durante la adolescencia. Estas conductas junto con otros temas actuales como la violencia de género, el consumo de tóxicos o los accidentes de tráfico, constituyen fenómenos sociológicos muy vinculados a la salud mental, también en los adolescentes, y por todo ello precisan de un abordaje integral y multidisciplinar.

En las últimas décadas una inmensa producción de literatura científica ha analizado las causas de las defunciones por cáncer o por accidentes de tráfico, etc. Sin embargo, hasta ahora no existía tanto soporte bibliográfico para otras causas de fallecimiento como el suicidio. Este dato parece estar cambiando, y ya desde unos años antes de la pandemia del Covid-19, y especialmente tras ella, se le da más importancia al suicidio, a sus causas y consecuencias ya que asistimos a un agravamiento de este problema, especialmente entre los adolescentes (14).

En España, en el año 2021 se ha batido el récord histórico en el número de suicidios consumados en adolescentes desde que se tienen registros, convirtiéndose así, en la primera causa de muerte en esta franja de edad (9). Además, la prevalencia de ideación suicida en adolescentes se encuentra en un 30% en nuestro país (8).

El estigma que supone en un individuo y su entorno la ausencia de salud mental sigue siendo en la sociedad actual un tema tabú (10). Este dato perjudica y dificulta seriamente conocer realmente el problema, conocer su prevalencia, analizar sus factores de riesgo y sus factores de protección, y finalmente también dificulta poner en marcha las herramientas que permitan su correcto abordaje. En la actualidad no se dispone del conocimiento real de las cifras del problema, de sus estadísticas reales ni de los intentos de suicidio fallidos.

No debemos olvidar que a diferencia de otras, el suicidio es una causa de muerte prevenible y por tanto es labor prioritaria de los profesionales sanitarios intervenir en la identificación temprana de sus signos de alarma. Con ese conocimiento y las herramientas adecuadas se podrá ayudar a los pacientes y su entorno familiar para así evitar el suicidio o futuras conductas suicidas.

Además, desde el punto de vista de la enfermería se necesita más información del problema, y una mejor formación para poder combatir el estigma de la salud mental y del suicidio, conocer las herramientas de detección de estas conductas suicidas y también sus estrategias terapéuticas.

2.2 Objetivos

El objetivo general: analizar las conductas suicidas en los adolescentes y sus factores de riesgo.

Objetivos específicos:

- Analizar la evolución de las conductas suicidas en este rango de edad en los últimos años.

- Identificar los factores de riesgo que se asocian a las conductas suicidas.
- Describir las medidas de prevención de las conductas suicidas en la población infanto-juvenil desde el ámbito de la prevención primaria por parte de los profesionales de enfermería.

2.3 Metodología de búsqueda bibliográfica

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica previa recogiendo la información a través de diversas bases de datos del ámbito de la salud. Se revisaron estudios originales publicados en revistas (PubMed, OVID, sciELO, Cuidatge), revisiones sistemáticas (Biblioteca Cochrane), guías basadas en evidencia (Uptodate, Clinical Key) o páginas web de búsqueda bibliográfica académica (Google Académico, Dialnet o Mendeley).

Se utilizaron como palabras claves los siguientes descriptores del MESH y DECS. A través de los siguientes términos categorizados en Medical Subjects Headings (MESH): 1) "*suicide attempted"*, 2) "*adolescent behaviour"*, 3) "*risk factors*" y 4) "*suicide prevention*". A través de descriptores en ciencias de la salud (DECS): 1) intento de suicidio, 2) conducta del adolescente, 3) factores de riesgo y 4) prevención suicidio. Las búsquedas se realizaron en castellano y en inglés, desde el año 2015 hasta marzo de 2023 (exceptuando el uso de algún artículo con más antigüedad) utilizando como operadores booleanos el término *"AND".*

El tema del suicidio en adolescentes es relativamente novedoso en las bases bibliográficas, y la producción científica sobre este tema se ha disparado en los últimos años. En este sentido, sirva como ejemplo que con las búsquedas en *Pubmed* de los términos "adolescencia y suicidio" fueron 404 artículos los encontrados en el año 2000 subiendo hasta 1381 artículos en el año 2022. En total se han utilizado un total de 70 referencias bibliográficas, incluyendo artículos científicos, páginas web, protocolos y guías de práctica clínica.

Además de consultar esa bibliografía se han tenido en cuenta datos obtenidos de organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria, asociaciones como la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (Aepnya) o fundaciones como la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME) o la Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR).

2.4 Breve descripción de los capítulos

Se indica a continuación una pequeña descripción de cada capítulo del trabajo:

- *Capítulo 1:* se analizará cómo han evolucionado los intentos suicidas en los últimos años a nivel mundial donde se ha visto un llamativo incremento; así mismo se aportarán datos actualizados de las conductas suicidas atendidas en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Cantabria, en los últimos siete años.
- *Capítulo 2:* se desarrollará y clasificará los diferentes factores que ponen en riesgo al adolescente para realizar conductas suicidas.
- *Capítulo 3:* se analizarán los factores que protegen a los adolescentes frente a futuras conductas suicidas como punto de partida para profundizar en diferentes aspectos de la prevención y la detección precoz del problema especialmente desde el papel de la enfermería y en el ámbito educativo.

3. CAPÍTULO PRIMERO: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

3.1. Análisis de situación a nivel mundial y de España

En los últimos años hemos asistido a un deterioro progresivo de la salud mental de la población general, la denominada "*pandemia silenciosa*" que ha crecido descontroladamente en la población adulta, pero también entre los adolescentes, ya que según datos de la OMS en el año 2021 uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padecía un trastorno mental (11, 12).

De forma paralela a este deterioro progresivo de la salud mental adulta, se ha observado un aumento de las conductas suicidas en la población general y en especial en los jóvenes (13). Se considera que de los cuatro millones de intentos de suicidio que hay anualmente en todo el mundo, unos 90.000 corresponden a personas de entre diez y diecinueve años (6).

Según la OMS, cada año se suicidan más de 700.000 personas de todas las edades en el mundo y muchas más intentan hacerlo (11,12). Entre los jóvenes, la OMS ya considera que el suicidio se encuentra entre las cuatro primeras causas de muerte en este rango de edad. En Estados Unidos constituye la tercera causa de muerte entre personas de 15-19 años, mientras que en Europa se apreció un incremento en los años 90 (16), y según cifras del Eurostat en el año 2013 se registraron 11.7 muertes de adolescentes por 100.000 habitantes encontrando las tasas más elevadas en países como Hungría, Eslovenia o Lituania (15).

Además, la pandemia provocada por el SARS-CoV-2 iniciada en 2020 cuya emergencia sanitaria mundial ha terminado recientemente, ha favorecido el aumento de casos. La Asociación Española de Pediatría estudió los diagnósticos por salud mental en adolescentes, y si se comparan las temporadas de marzo 2019 a marzo de 2020 y la de marzo 2020 a marzo 2021, se aprecia un incremento del 122% en el diagnóstico de "intoxicación no accidental por fármacos", y de un 56% en el de "suicidio o intento de suicidio". Varias fuentes refieren que este incremento de los casos de suicidio viene aumentando desde hace años y que el COVID no ha hecho sino agravar significativamente esta tendencia al alza (14). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) y otros estudios, la tasa de suicidio en nuestro país se ha elevado siendo la quinta dentro de la clasificación de muerte por causa natural o externa (16,17).

Las estimaciones de los diferentes organismos sobre la frecuencia del suicidio a cualquier edad no coinciden e infravaloran las cifras reales de este problema de salud. Circunstancias como la gran variabilidad de las frecuencias reportadas por diferentes organismos o la consideración del suicidio como causa de la muerte no recogida en los certificados de defunción apoyan tanto esta disparidad de los datos como la infravaloración del problema. Como ejemplo de lo referido, en España el INE y el Instituto de Medicina Legal (IML) tienen disparidad de datos a la hora de contabilizar los suicidios, siendo el IML el que ofrece cifras superiores, lo cual podría deberse a que, según la ley española, cuando sucede una muerte violenta o por causas no naturales, se debería realizar siempre una autopsia del cadáver. En un sentido similar, otras circunstancias que contribuyen a la infravaloración son que algunas muertes producidas por agentes externos (intoxicación por drogas, precipitaciones, ahogamientos, accidentes de tráfico…) son registradas como accidentes y bien podrían representar actos suicidas enmascarados (18).

Si ya es difícil conocer la frecuencia real de los suicidios, peor es el caso de los intentos de suicidio ya que el único registro posible para obtener la frecuencia de éstos es la documentación con los diagnósticos de los diferentes centros sanitarios sean de Atención Primaria, de Urgencias o de Hospitalización. De nuevo nos encontramos con que las cifras reales de intentos de suicidio son mucho mayores que las de asistencia sanitaria registradas por ese motivo. En la adolescencia, además, otra posible causa de la infravaloración del

número de intentos de suicidio es el “encubrimiento” o “minimización” de la información por parte de los padres tras el fuerte impacto familiar que supone admitir la conducta suicida de un hijo lo que se une al sentimiento de culpabilidad por parte de los progenitores (5,18).

Como forma de hacer más visible este problema y poniendo el foco en el paciente y la familia en vez de en los registros sanitarios, han surgido en España Fundaciones que tratan de detectar adolescentes en riesgo de conductas suicidas mediante un sistema de registro de las llamadas telefónicas realizadas por adolescentes que refieren cualquier acto o factor de alto riesgo vinculado a una conducta suicida. Es el caso de la línea 024 en España, el teléfono de la esperanza o la Fundación de Ayuda a Niños/as y Adolescentes en Riesgo (ANAR).

La línea 024 de prevención de la conducta suicida, ha atendido desde su puesta en funcionamiento en mayo de 2022 y con datos a 31 de diciembre del pasado año, más de 79.975 llamadas, de las que 2.987 han sido derivadas al 112. Asimismo, se han registrado 2.129 suicidios en curso o con riesgo inminente de suicidio. El teléfono de la esperanza registró en el año 2021, 3.434 llamadas telefónicas de menores de 18 años que suponen un 1.97% del total de llamadas (19). Además, el total de llamadas atendidas en ese año fue de 183.108, lo que supone un incremento del 13,98% con respecto al año anterior.

En España la fundación ANAR, creada en el año 1970, tiene por objetivo prestar ayuda a niños y adolescentes en riesgo. De todas las peticiones de ayuda que reciben, el suicidio es el que más ha aumentado, así como las autolesiones que también se han incrementado y multiplicado por 56 en los últimos trece años, pasando de atender en el año 2009 un total de 57 casos anuales a recibir 3.200 peticiones de ayuda anuales en 2021 (imágenes 1 y 2).

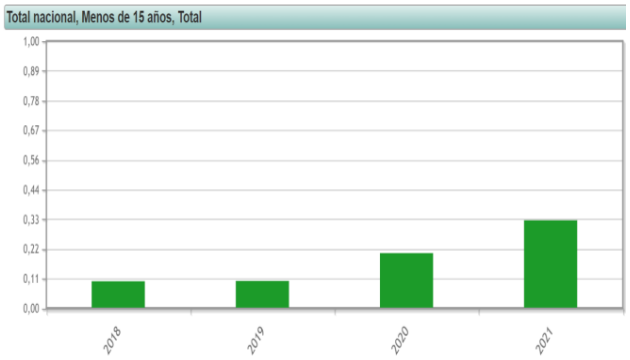
Imágenes 1 y 2: Evolución de la ideación suicida, intentos de suicidio y consultas por autolesiones (2009-2021)

Fuente: Informe Anual de la Fundación ANAR 2021.

Según su informe anual del año 2021, se atendieron 4.542 casos de niños y adolescentes que presentaron ideación o conductas suicidas (9).

Según datos facilitados por INE (17), en España en el año 2020 se suicidaron un total de 314 menores de edad. La tasa de suicidio en población joven menores de 19 años en 2019 se encuentra en 2.97 por cada 100.0000 personas. Además, la tasa de mortalidad por suicidio nacional en España en menores de 15 años pasó de un 0,10 en 2018 a un 0,33 en 2021 (gráfica 1).

Gráfica 1: Tasa de mortalidad por suicidio en menores de 15 años en España, evolución 2018-2021



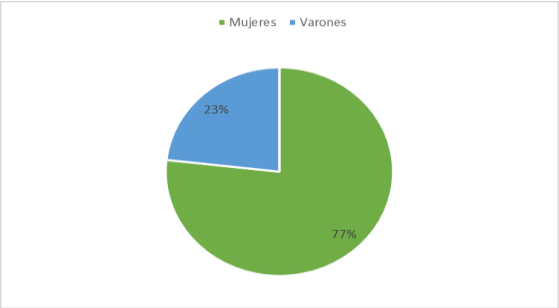
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

3.2. Estadísticas en Cantabria: análisis de la situación desde el año 2016-2022

Respecto a Cantabria y para este trabajo, se ha llevado a cabo un estudio con los datos aportados por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), centro de referencia en la Comunidad, analizando los casos de menores de diecinueve años que a fecha de diciembre de 2022, se habían registrado en las Urgencias o en las unidades de hospitalización con diagnóstico de ideación o conductas suicidas.

Según los datos obtenidos del servicio de Admisión y Documentación clínica del HUMV, desde el año 2016 al 2022 hubo un total de 285 episodios. Del total de episodios ingresaron en el hospital un 48,4% frente a un 51,6% que sólo acudieron a Urgencias sin llegar a ingresar. De todos estos casos, un 76,8% eran mujeres y el 23,2% varones (gráfica 2).

Gráfica 2: Distribución por sexos de los intentos de suicidio registrados en el Hospital Valdecilla con diagnóstico de ideación o conductas suicidas (n = 285)

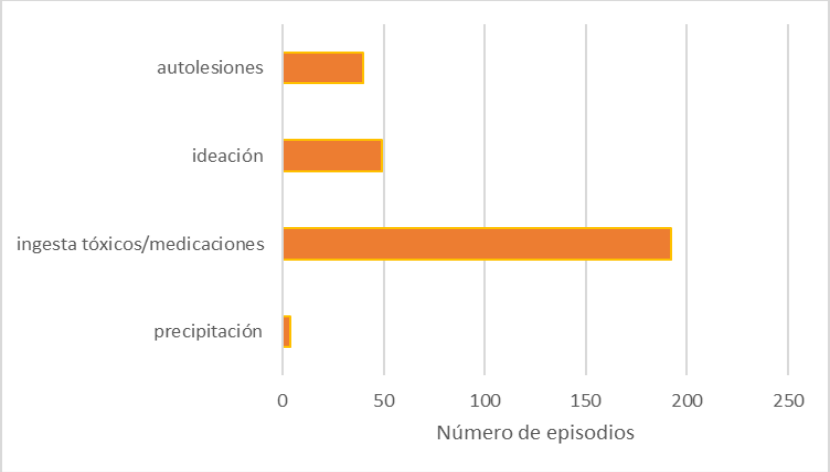


Fuente: Elaboración propia

Un 34% del total fueron episodios de repetición, es decir, que acudieron por reintentos autolíticos, de estos un 83,5% fueron mujeres y el 26,5% restante fueron varones.

Si se estudian los motivos por los que estos jóvenes acudieron a Urgencias, de los 285 episodios, un 17,2% acudieron por ideaciones suicidas, es decir, sin ejecutar ninguna conducta activa. El porcentaje restante 82,8% sí acudió por conductas activas intentando el suicidio. Dentro de estas conductas, hay que diferenciar tres grandes subtipos; las mayoritarias un 81,4%, que realizaron ingestas voluntarias de fármacos, tóxicos u otras drogas, seguidas de un 16,9% que acudieron con autolesiones físicas, y el restante 1,7% acudieron por precipitación desde alturas (gráfica 3).

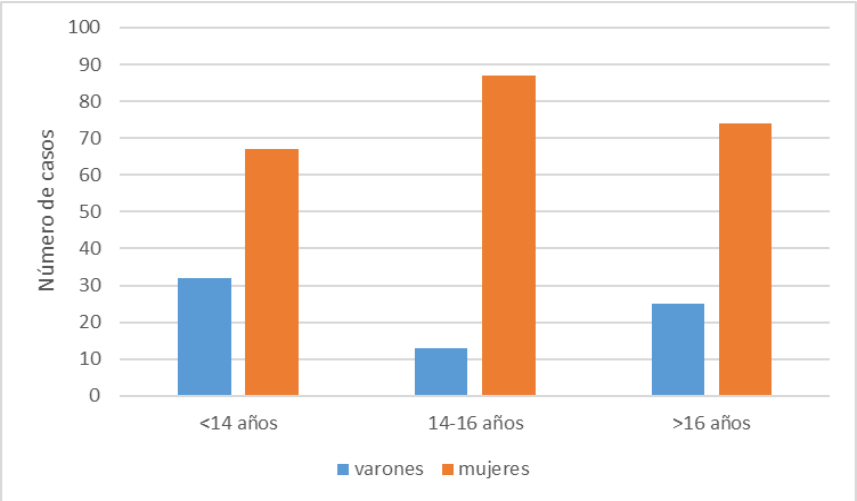
Gráfica 3: Distribución de los episodios según tipos de conducta suicida (n=285)



Fuente: Elaboración propia

Si se analiza según edades, el rango oscila de los nueve a los diecinueve años y la media de edad es de 15,73 años. Si se dividen estas edades por tramos, se observa que el rango de edad que más acudió a Urgencias fueron los jóvenes entre 16 y 18 años, y que en todos los tramos predominan las mujeres (gráfica 4).

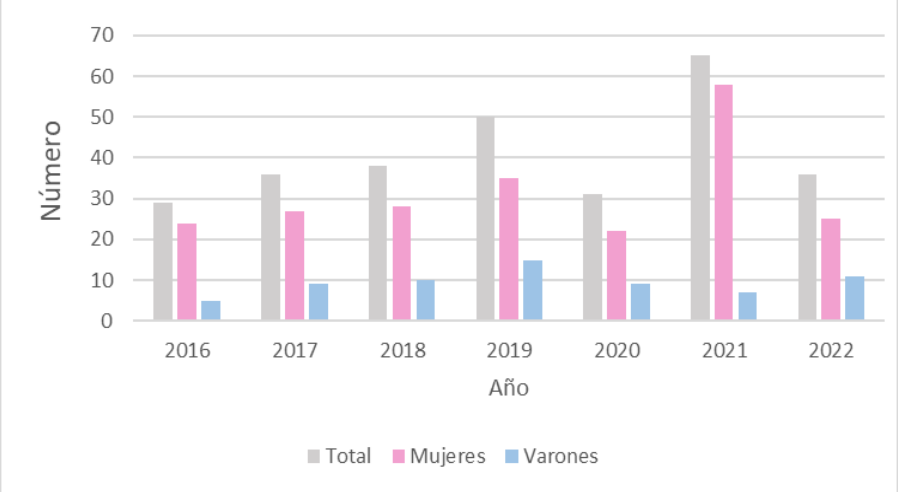
Gráfica 4: Distribución de los episodios según tramos de edad y sexo (n=285)



Fuente: Elaboración propia

Respecto a la evolución por años (gráfica 5), la frecuencia de episodios sigue una línea inicialmente ascendente, pero llaman la atención los siguientes datos; de un lado, que en el año 2020 (año del confinamiento por la pandemia) disminuyeron ostensiblemente las visitas por este motivo al hospital. De otro lado, se observa que durante el año 2021 (año posterior al confinamiento) prácticamente se volvió a la tendencia de los años previos al confinamiento. Un tercer dato es que la frecuencia de episodios del año 2022 fue menor que la tendencia observada durante la prepandemia.

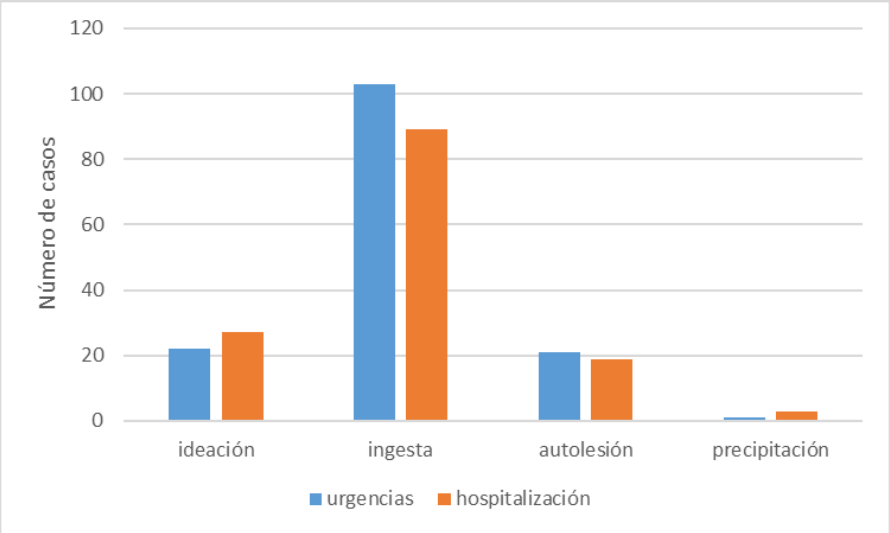
Gráfica 5: Evolución anual total y por sexos (n=285)



Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta los episodios que se manejaron en urgencias respecto a los que precisaron ingreso, se manejaron en urgencias mayormente ingestas (103 frente a 89) y autolesiones (21 frente a 19), mientras que las ideaciones (22 frente a 27) y las precipitaciones (1 frente a 3) precisaron ingreso hospitalario (gráfica 6).

Gráfica 6: Lugar de asistencia Urgencia frente a hospitalización, en diferentes tipos de conductas (n=285)



Fuente: Elaboración propia

4. CAPÍTULO SEGUNDO: FACTORES DE RIESGO PARA LAS CONDUCTAS SUICIDAS

La etiología del suicidio y la conducta suicida es compleja y multidisciplinar. En los últimos años, las causas de estas se han estudiado con más profundidad coincidiendo con el aumento de la incidencia de este problema a nivel mundial (20,21). Como no es un trastorno de etiología única, la mayoría de los estudios se dirigen a estudiar perfiles del adolescente que ha desarrollado conductas suicidas, en definitiva, a definir los factores de riesgo que facilitan dichas conductas y el peso específico que cada uno de ellos pudiera tener.

Uno de los principales problemas para identificar factores de riesgo en esta etapa de la vida, es que los adolescentes tienden a no comunicar sus preocupaciones o problemas a su entorno, lo que dificulta la identificación temprana de estos factores de riesgo, tampoco es fácil una historia clínica completa en la adolescencia (22). Estas preocupaciones no expuestas finalmente se vinculan posteriormente a diferentes conductas patológicas en la adolescencia, entre ellas las conductas suicidas. El desconocimiento o la minimización de la importancia de esos factores de riesgo conllevará un retraso en la detección precoz de las conductas suicidas.

Se denominan factores de riesgo de suicidio aquellas circunstancias que incrementan la probabilidad de que se produzca una conducta suicida. En la adolescencia, los factores de riesgo de conductas suicidas son muy diversos y se asocian a la propia etapa vital, al entorno familiar, al entorno educativo o al de la comunidad. Se desglosan a continuación.

<u>Factores de riesgo asociados al individuo</u>

El principal factor precipitante de conductas suicidas descrito en la literatura es padecer trastornos o enfermedades mentales y están presentes en el 90% de estas conductas (5,23). Dentro de los trastornos mentales, la depresión es el diagnóstico que más riesgo se asocia a las conductas suicidas (24). La depresión en muchos casos se suma a otros trastornos mentales y actúa como una comorbilidad. Otros trastornos como los trastornos de conducta alimentaria (TCA) o los trastornos de la personalidad, también favorecen estas actuaciones (25,26). Se estima que adolescentes diagnosticados con trastorno de personalidad tienen diez veces más probabilidad de realizar un intento de suicidio que los que no están diagnosticados (3).

Biológicamente, el género también juega un papel importante ya que la tasa de suicidios consumados es mayor en varones que en mujeres en una proporción de 3 a uno, mientras que las tentativas suicidas son mucho más frecuentes en mujeres (4,21).

En cuanto a la personalidad del adolescente rasgos como la baja capacidad de resolución de problemas, la desesperanza, pocas habilidades sociales, los comportamientos antisociales, la baja autoestima influyen negativamente y son considerados predictores para los comportamientos suicidas. Los intentos suicidas reiterados son otro factor de riesgo y se ha considerado que el riesgo de repetición de conductas suicidas es muy alto los primeros seis meses manteniéndose dicho riesgo los dos años siguientes (27).

La adolescencia es un período emocionalmente inestable, por lo que acontecimientos negativos en la vida como fallecimientos de personas cercanas, historias de abusos sexuales o violencia de género, término de relaciones amorosas o separación del grupo de amigos suponen una inestabilidad que implica también ser factores precipitantes hacia las conductas suicidas (28).

Además, algunas características del aspecto físico también se comportan como factores de riesgo. Así, se suicidan más jóvenes con obesidad o sobrepeso que aquellos que cuentan con un Índice de Masa Corporal (IMC) normal (29). También los adolescentes con discapacidades o

que padecen síndromes mal formativos o de fenotipo peculiar y en general las enfermedades crónicas se han descrito como factores de riesgo (30).

Existen otras condiciones caracterizadas por una mala adaptación del adolescente a una circunstancia, los cambios propios de la adolescencia, ser adoptados o aquellos con identidad sexual no heterosexual, pertenecientes al colectivo LGTBIQ+ o de identidad sexual no definida (31).

Factores de riesgo asociados al entorno familiar

Antecedentes familiares psiquiátricos o de suicidio en los padres o familiares cercanos, la criminalidad en alguno de los padres o el consumo abusivo de sustancias en el círculo de la familia también favorecen la aparición de conductas suicidas en los adolescentes. De igual forma, la violencia o el maltrato infantil prolongado en el tiempo en el entorno familiar y cualquier forma de violencia incluido el abuso sexual actúan como factores precipitantes.

Determinadas relaciones de padres-hijos se comportan como factores de riesgo, como es el caso de los hogares monoparentales, con escasos recursos que precisan ayudas económicas o aquellos cuidadores con un modelo educativo negligente, con escaso control sobre los hijos (32).

Factores de riesgo asociados al entorno educativo

La exposición a la violencia a nivel escolar, lo que se conoce como acoso escolar, *bullying* (incluyendo el *ciberbullying*), es un importante factor de riesgo en el adolescente. El acoso escolar o *bullying* es toda forma de acoso que sucede en el contexto de centros educativos, colegios, institutos y en menor medida en universidades entre estudiantes y alumnos de un mismo centro (33,34). Es una forma de violencia caracterizada por conductas de acoso reiteradas cuyo objetivo es humillar a la víctima. El acosador o frecuentemente un grupo de acosadores maltratan psicológica y/o físicamente a una víctima considerada como una "presa fácil", que muchas veces reúne factores de riesgo.

Los adolescentes inadaptados, con alguna diversidad funcional (autismo, enfermedades crónicas…), físicamente más débiles, con pocos amigos, pertenecientes a una minoría étnica, religiosa o de orientación sexual no heterosexual son elegidos como víctimas sencillas para oprimir, desmoralizar, aislar y someterlos a ser obedientes. El espacio natural donde se realizaba el *bullying* era habitualmente el aula o los espacios de recreo de la escuela, pero en la actualidad, el acoso se va desplazando a las redes sociales, es el denominado *ciberbullying* que agrava aún más la situación en el acosado que es hostigado dentro y fuera del aula, y en cualquier horario del día.

El acoso escolar termina destruyendo a la víctima que va sintiendo con terror la idea de acudir a la escuela y que además puede generar patologías funcionales y secuelas psicológicas de por vida. Son muchos los casos de adolescentes con intentos de suicidio o que han perdido la vida debido al acoso sufrido en el entorno educativo. De hecho, la palabra "*bullycidio*" se ha creado para definir el suicidio inducido por *bullying* (6). La tasa de suicidios por *bullying* y *ciberbullying* ha aumentado en los últimos años de forma alarmante y paralela a la progresiva dependencia de los adolescentes por las redes sociales.

El uso del teléfono móvil, las redes sociales y el acceso general a Internet ha supuesto un importante avance en el conocimiento, las relaciones sociales, la comunicación y sirve como herramienta educativa en las aulas. Sin embargo, frente a estos beneficios referidos, se ha observado que el uso rutinario de estas ha supuesto la llegada de nuevos problemas, entre ellos la adicción y el mal uso, especialmente patente en la adolescencia. El mal uso supone el empobrecimiento tanto de las relaciones personales como del rendimiento escolar (33).

De forma independiente al acoso escolar, pero también en el ámbito del colegio existen otros factores de riesgo como las dificultades académicas, el fracaso escolar, la ausencia de amigos cercanos, el carácter introvertido o el aislamiento social (4,6,35).

Factores de riesgo asociados al entorno de la comunidad

El adolescente que planea conductas suicidas debe tener acceso a determinados agentes externos que le faciliten dichas conductas. Estos agentes externos incluyen las armas de fuego, objetos u armas cortantes, acceso o conducción de vehículos, acceso a medicaciones, alcohol, drogas, tóxicos o el acceso a localizaciones elevadas desde las que precipitarse al vacío para consumar el suicidio. El acceso a las armas de fuego o la conducción de vehículos es mucho más asequible en Estados Unidos que en España, y por ello es un factor externo muy implicado en los suicidios de los adolescentes americanos. En España los agentes externos implicados son autolesiones con armas blancas, ingesta de medicaciones, drogas o tóxicos y menos frecuente es el acceso a localizaciones desde las que precipitarse. La causa más frecuente de conductas suicidas es mediante ingestas o exposiciones a tóxicos. Muchos adolescentes con intentos de suicidio presentan una enfermedad mental y están recibiendo por ello medicación, siendo las sobre ingestas de estas medicaciones una forma de intento autolítico (36). También la sobre ingesta de cualquier otra medicina presente en el domicilio puede utilizarse con estos fines y finalmente la exposición a otros tóxicos o la inhalación de gases, como el monóxido de carbono, es más infrecuente.

El inicio en el consumo de alcohol se produce en la adolescencia y aunque no suele asociarse como causa única de intentos autolíticos, a menudo coexiste con otros agentes perjudiciales como drogas o medicaciones. Este consumo de alcohol y otros tóxicos como las drogas favorecen la desesperanza y disminuyen los mecanismos de afrontamiento y en determinadas circunstancias, pueden favorecer tendencias suicidas (21,28).

Una vez más, se menciona el acceso a Internet como un factor claramente perjudicial. El acceso a una información muchas veces sin ningún tipo de límites ni filtros ha favorecido de alguna manera un desarrollo evolutivo más rápido en los jóvenes, pero también, la comprensión de todos estos nuevos contenidos precisa un grado de madurez que los adolescentes no siempre poseen. Para entender conceptos relacionados con el sexo, la muerte y las consecuencias de la violencia incluida las del acoso escolar y la capacidad para resolver o enfrentarse a problemas, se precisa un grado de madurez que no caracteriza precisamente a la adolescencia. Se puede acceder con igual facilidad en internet a la solución de un tipo de problemas de matemáticas, a la localización de una pizzería, o a una página de contenido pornográfico. Incluso es posible encontrar en internet información acerca de métodos de autolesión o sobre cómo realizar actos suicidas (37). El problema se agrava con la posibilidad de los jóvenes de colgar información en Internet cuyo contenido no es tampoco filtrado para el público general. Las aplicaciones de mensajería instantánea tipo *WhatsApp*, por su amplia extensión entre la población general y más aún entre los jóvenes son un peligro importante. La utilización de estas plataformas puede ser utilizada para facilitar conductas intimidatorias y de acoso. La inmediatez de los mensajes, la difusión masiva de los mismos, la capacidad de redifusión de los mensajes y el funcionamiento grupal o "de manada" entre los jóvenes facilitan la impunidad de conductas de acoso a los más vulnerables.

Los medios de comunicación, aunque podrían tener una función protectora, a menudo juegan como factores de riesgo para las conductas suicidas. Es el caso del denominado efecto Werther, *CopyCat* o efecto llamada que conlleva la explicación detallada en los medios de comunicación de las conductas suicidas de los adolescentes. Este fenómeno se explica porque en 1974 un sociólogo llamado David P. Philips denominó el "Efecto Werther" que define las conductas suicidas por imitación. Para explicar este suceso retrocedemos al año 1774 cuando se publica una novela llamada "Las penas del joven Werther" que narra cómo un joven

desdichado por el amor no correspondido de la mujer de la que está perdidamente enamorado decide quitarse la vida con un arma de fuego. En los años siguientes a esta publicación, se notificaron una multitud de suicidios adolescentes con el mismo patrón que el que se cuenta en el libro (38). Este efecto continúa vigente aún a día de hoy, y un ejemplo más reciente es que en marzo de 2017 tras el estreno de la serie de *Netflix* "Por 13 razones", que narra la historia de una adolescente que decide suicidarse y dejar varias grabaciones explicando los motivos, varios periódicos alertaron en el mes de abril de un aumento de la tasa de suicidio en personas de entre diez y diecisiete años (39).

Otros factores están implicados en la acumulación de conductas suicidas como la transmisión social (persona a persona o medios de comunicación), la percepción de que el suicidio está muy extendido en el mundo, la susceptibilidad de los jóvenes y la cohesión social de este grupo de edad que comparte ideas y actitudes (40). Algunas instituciones como ANAR han advertido de este fenómeno (41). La mayor parte de las noticias en España no siguen las recomendaciones de la OMS para informar de los suicidios y así se dan detalles sobre el método, no se tienen en cuenta los antecedentes en salud mental, no se informa sobre ayudas y recursos comunitarios y se informa acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista (42).

Finalmente, y a modo de listado, los factores de riesgo explicados anteriormente quedan resumidos en el siguiente esquema:

Esquema 1: Factores de riesgo para las conductas suicidas en adolescentes:

1. **Dependientes del adolescente:**
    - Enfermedades psiquiátricas del adolescente: destacan los trastornos depresivos, seguidos del desorden desafiante, los trastornos de personalidad, trastornos de conducta, trastorno de ansiedad y bipolar y trastornos de la conducta alimentaria.
    - Personalidad caracterizada por desesperación, impotencia, pobre autoestima, impulsividad, agresividad.
    - Sexo femenino.
    - Exposición a la violencia: antecedentes de abuso físico o sexual tanto como testigos o como víctimas, violencia de género, intentos previos de suicidio u hospitalizaciones previas por intentos de suicidio.
    - Enfermedades crónicas, sobrepeso y obesidad, adolescentes con discapacidades.
    - Condiciones especiales: mal adaptación a los cambios de la pubertad, adolescentes adoptados, adolescentes con orientación sexual no definida o no heterosexual.
    - Delincuencia.

2. **Dependientes del entorno familiar:**
    - Antecedentes familiares: trastornos psiquiátricos, del estado de ánimo o comportamiento suicida, criminalidad en los padres, muerte de un familiar.
    - Hogar monoparental, escasos recursos económicos, asistencia o ayudas públicas y vulnerabilidad familiar, maltrato infantil, fugas de casa.
    - Estilo de educación parental negligente o con rechazo.
3. **Dependientes del entorno escolar:**
    - Exposición a violencia incluyendo el acoso escolar o *bullying* y el *ciberbullying*.
    - Ausencia de amigos cercanos.
    - Dificultades escolares.
    - Conflictos con el uso del móvil, redes sociales.
4. **Dependientes de la comunidad:**
    - Acceso a agentes dañinos (medicaciones, drogas, tóxicos, monóxido de carbono, armas de fuego, cuerdas para ahorcamiento, objetos cortantes).
    - Efecto llamada tras la divulgación de conductas suicidas a través de los medios de comunicación o redes sociales.
    - Estrés social: problemas de relaciones interpersonales, aislamiento social.

Fuente: Elaboración propia

5. CAPÍTULO TERCERO: FACTORES DE PROTECCIÓN Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

El conocimiento y sobre todo el reconocimiento de los factores de riesgo y protección para las conductas suicidas en adolescentes es la base para la detección precoz, la correcta evaluación y el posterior abordaje eficaz de este problema. El reconocimiento del problema puede producirse por parte del mismo adolescente, de su familia, sus compañeros, sus profesores, por algún otro miembro de la comunidad o a nivel sanitario. Los familiares y los centros educativos deben tener formación e información, y deben estar sensibilizados y concienciados ante este problema.

Reconocer precozmente los factores de riesgo en un adolescente, conocer ya más tardíamente la existencia de una primera conducta suicida o conocer finalmente conductas suicidas repetidas, suponen diferentes niveles de prevención que conllevan diferentes tipos de intervención desde el ámbito sanitario.

Para centrarnos en el correcto abordaje, debemos conocer previamente tanto los niveles de prevención como el entorno donde se podrán realizar las intervenciones de enfermería. La clasificación de los niveles de prevención en Salud Pública: prevención primaria, secundaria y terciaria, ha sido adaptada por la OMS para la prevención de trastornos mentales a una nueva clasificación que respectivamente se corresponde con las denominadas prevención universal, selectiva e indicada (2).

En el caso de las conductas suicidas en adolescentes, se entiende por *prevención universal* aquella que va dirigida a toda la población sin distinción. En éstas se incluyen medidas clásicas como la limitación al acceso a agentes externos dañinos, acceso a armas, barreras en lugares de posible precipitación, restricción de venta de psicótropos, reducción de tamaño de los envases de analgésicos, etc. Pero también se incluirían medidas más costosas como mejorar el acceso a la atención sanitaria, reducir la consideración de estigma o condición tabú que suponen estos trastornos, la mejora de las condiciones socioeconómicas de la población y probablemente la más importante que sería la prevención de adversidades tempranas que incluiría la detección de violencia interpersonal, el maltrato infantil, la intimidación el *bullying* y el conjunto de los factores de riesgo descrito en el capítulo correspondiente. Se entiende por *prevención selectiva* la que va dirigida al subgrupo de población que tiene un mayor riesgo de presentar conductas suicidas que el promedio de su misma edad y, por tanto, se dirige a grupos de riesgo. En éstas se incluyen la coordinación entre atención primaria y especializada y la mejora del seguimiento de la población de riesgo. Finalmente, se define como *prevención indicada* la que va dirigida a un subgrupo muy concreto de la comunidad que bien presentó intentos previos de suicidio o bien tienen un muy alto riesgo de realizar conductas suicidas; este tipo de prevención se dirige por tanto a individuos de muy alto riesgo (2).

Los entornos donde aplicar las diferentes medidas de prevención serán a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.

5.1 Factores de protección

En primer lugar, los factores de protección se definen como todas aquellas circunstancias que disminuyen las probabilidades de que el joven desarrolle alguna conducta suicida (28). Aunque estudiados en menor medida que los de riesgo, su conocimiento es primordial a la hora de planificar y realizar intervenciones que puedan prevenir las conductas suicidas. Estos factores de protección también se pueden desarrollar en niveles semejantes a los utilizados anteriormente en la descripción de los factores de riesgo.

A nivel del propio adolescente, se identifican como factores de protección tener buenas habilidades de comunicación y escucha, saber dialogar, tener confianza en sí mismo, carácter

extrovertido, buena capacidad resolutiva de los problemas y buena disposición cuando lo necesita para pedir ayuda a su entorno. Tener pasatiempos saludables, leer libros (43), participar en actividades extraescolares, hacer ejercicio de forma frecuente (44), un uso moderado del teléfono móvil e incluso tener una buena alimentación también favorecen una vida saludable y protegen frente a la aparición de estas conductas (32).

Un concepto relacionado con muchos de los factores protectores referidos es el de resiliencia, término que hace referencia a la capacidad de los individuos de afrontar con éxito o positivamente las situaciones estresantes, incluyendo el desarrollo de conductas suicidas.

A nivel familiar, un buen ambiente familiar con adecuadas relaciones parentales y fraternales y el apoyo entre todos los miembros de la familia, recibir el apoyo y cuidado necesario y adecuado en caso de enfermedad crónica, son protectores ante este tipo de actuaciones suicidas (28,45).

A nivel escolar, un rendimiento académico normal y una buena relación de confianza entre profesorado y alumnado favorecen un estilo de vida protector para el adolescente. Contar con un círculo de amigos en el que se sientan apoyados, entendidos y sobre todo integrados es uno de los pilares más importantes para una adecuada salud mental en plena adolescencia.

A nivel de la comunidad, que los adolescentes tengan fe o pertenezcan a una comunidad religiosa también es un factor preventivo de estas conductas, además, la práctica religiosa está asociada con un menor riesgo de ideación y conductas suicidas en adolescentes (32).

Debemos entender que los factores de protección como los de riesgo no son independientes entre sí, sino que por el contrario están muy interrelacionados, potenciados y conectados. La presencia de factores protectores reduce el riesgo de intento de suicidio entre los adolescentes que se encuentren o no en riesgo; además puede reducirse este riesgo en algunos casos hasta en un 70-85% cuando varios factores protectores están presentes (46).

Primero está la conexión social que, incluye el apoyo y la calidad de la comunicación con los demás, y se describe como un importante factor de protección contra el suicidio. La conexión social incluye la comunicación mediante las redes sociales, que, aunque se comporta más como un factor de riesgo, existen casos que pudiera comportarse como un factor protector como la difusión de la opinión de personajes famosos o públicos que permitan visibilizar la importancia de la salud mental y el suicidio entre los adolescentes. Otro ejemplo sería la existencia de apps para la prevención de suicidio como sería la aplicación *Prevensuic* (47).

Una buena conexión entre la familia y la escuela está inversamente relacionada con la aparición de pensamientos y comportamientos suicidas entre niños y adolescentes (48). El uso de habilidades de distracción y resolución de problemas en respuesta al bajo estado de ánimo se asoció con un menor riesgo de desarrollar ideación suicida, y la autoestima positiva también actúa como un factor protector, especialmente si se une a una interacción y apoyo social hacia el menor (49).

5.2. Prevención desde la Enfermería en Atención Primaria

La enfermería es una profesión preparada para afrontar la prevención de cualquier conducta que afecte directa o indirectamente a la salud física o mental de las personas. Esta profesión, enormemente vocacional, no sólo se dedica al cuidado y tratamiento de los pacientes, sino que permite además mantener con el paciente una comunicación y empatía que no consiguen otros profesionales sanitarios, estableciendo una relación terapéutica que facilita el abordaje y prevención de cualquier problema de salud, incluyendo los problemas mentales y entre ellos, las conductas suicidas.

A pesar de lo anteriormente dicho, el abordaje asistencial de las conductas suicidas no resulta sencillo, encontrando ya un primer obstáculo en el déficit significativo de información y de formación de los profesionales sanitarios para abordar este tema. Los profesionales de enfermería deberían estar adecuadamente formados y preparados para poder tratar este tipo de situaciones y de pacientes, y ser capaces de realizar un abordaje preventivo y terapéutico en base a una metodología enfermera, con el desarrollo y puesta en marcha de un plan de cuidados individualizado para cada caso, y trabajar así sobre los diferentes factores de riesgo y protección.

Además de la falta de formación, la escasez de protocolos, herramientas, guías de práctica clínica y estrategias institucionales de prevención e intervención para abordar el suicidio en adolescentes es tan evidente que en un estudio realizado entre los años 2017 y 2018 a enfermeras de Atención Primaria de toda España, un 99,08% afirmó no haber recibido la formación necesaria para este abordaje. Cuando se les preguntó por el motivo de esta falta de preparación, un 63% lo atribuyó a un desconocimiento sobre el tema y falta de sensibilidad, hasta un 18% consideró que el tema no era una prioridad y alrededor de un 14% respondió que se trataba de un tema tabú. (50). Estudios similares incidiendo en esta falta de formación se han publicado en otros países (51). Otro obstáculo que se pone de manifiesto es la poca atención que reciben aquellos pacientes que ya han tenido conductas suicidas, en este sentido, en España la fundación ANAR recoge en su informe que, en los últimos años tan sólo el 44% de los niños o adolescentes que presentaron conductas suicidas, recibieron el tratamiento y la atención sanitaria necesaria (9).

Existe constancia de programas de prevención e intervención globales que se están utilizando. En Estados Unidos existen muchos tipos de programas como el Programa de Jóvenes Conscientes de la Salud Mental (*Youth Aware of Mental Health Program*, YAM), y el programa desarrollado por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) (52).

A nivel europeo, el programa desarrollado por la *European Alliance Against Depression* (EAAD), consiste en una intervención a nivel comunitaria orientado hacia la depresión y la conducta suicida (53). Esta institución establece cuatro niveles de actuación en la comunidad: a nivel de los profesionales sanitarios, a nivel de la publicidad, a nivel de la capacitación de personas detectoras de riesgo y a nivel de grupos de autoayuda. Desde el 2009 también se ha puesto en marcha el proyecto *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE), el primer programa europeo específicamente dirigido a la prevención de los comportamientos suicidas en los grupos adolescentes (54).

En España, un estudio comparativo de los diferentes planes de prevención del suicidio que existen señala que no todas las comunidades autónomas tienen previstas actividades preventivas dirigidas a la población en general (55). En esta referencia se propone el siguiente esquema de prevención e intervención (Imagen 3).

Imagen 3: Resumen de las intervenciones para la prevención de las conductas suicidas

INTERVENCIONES GENERALES	INTERVENCIONES FORMATIVAS	INTERVENCIONES SANITARIAS
→ Sensibilización de la población general y aporte de contactos de ayuda. → Restricción de acceso a medios letales y control farmacológico. → Coordinación interinstitucional. → Fomento de la investigación.	→ Informar a la población general y grupos de riesgo. → Formación hacia profesionales sanitarios. → Formación hacia profesionales no sanitarios. → Recomendaciones para los medios de comunicación.	→ Unificación de criterios. → Mejora de la detección del riesgo. → Definición de competencias según servicios.

Fuente: (modificado de): Sufrate-Sorzano, T., Jiménez-Ramón, E., Garrote-Cámara, M.E., Gea-Caballero, V., Durante, A., Júarez-Vela, R., & Santolalla-Arnedo, I. (2022). Health Plans for Suicide Prevention in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents. Nursing reports (Pavia, Italy), 12(1), 77–89. **(55)**

En nuestra comunidad, Cantabria, existe el Plan de Salud Mental de Cantabria de los años 2022-2026 (56), desarrollado en paralelo al programa de alta resolución suicida (CARS) para la prevención de conductas suicidas dirigido a la población adulta. Respecto a los adolescentes, la Consejería de Sanidad desde septiembre de 2022 pretende poner en marcha el proyecto "Mentte", dirigido a jóvenes entre doce y dieciocho años con trastornos mentales que puedan desencadenar este tipo de actuaciones.

La única referencia nacional es la "*Guía de Práctica clínica de tratamiento y prevención de la conducta suicida del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España*", revisada en septiembre de 2020 (57). En esta guía se recomienda una evaluación psicopatológica y social profunda en niños y adolescentes con presencia de factores de riesgo para conductas suicidas prestando especial atención a la familia y la situación social. Se recomienda así mismo, interrogar directamente sobre si existe ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y la existencia de otros factores de riesgo, prestando atención a personas cercanas (padres o profesores).

Las escalas recomendadas por esta guía para la infancia y adolescencia son:

- Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS).
- Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).
- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS).
- *Children Depression Rating Scale*, *Revised* (CDRS-R).

En el ámbito escolar, las recomendaciones que aporta la guía se pueden resumir en:

1.- Implementar tanto programas de prevención universal del suicidio, como programas de prevención selectiva dirigidos a adolescentes con riesgo de suicidio.

2.- No existe una recomendación sobre qué herramienta concreta utilizar en el ámbito escolar, pero si se recomiendan los programas de entrenamiento de personas clave (los denominados *gatekeepers*), cuya misión es identificar alumnos con riesgo de suicidio.

3.- Extremar todas estas medidas, especialmente en adolescentes con trastornos mentales previos.

4.- Dar pautas a los padres y/o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de niños y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales.

5.- Se recomienda que padres, profesores, cuidadores y sanitarios tengan en cuenta el uso patológico de Internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.

6.- Ofrecer en Internet información de fácil acceso sobre la conducta suicida y su prevención, elaborada específicamente para adolescentes y sus familiares

Teniendo en cuenta que hay jóvenes que están en una situación de riesgo para las conductas suicidas, es parte responsabilidad de los profesionales de enfermería responder a este problema de salud pública. Debería ser imprescindible realizar un cribado universal a los adolescentes para así, eliminar los estigmas y tabúes, ayudando a disminuir estas conductas suicidas (58).

En nuestro país en el ámbito de la Enfermería de AP, los menores habitualmente acuden a las revisiones de salud en los centros de salud, programadas desde el nacimiento hasta los 14 años, edad en la que tendrá lugar su última revisión dentro del Programa de Salud de la Infancia. En estas revisiones, además de las recomendaciones de puericultura acordes a cada edad, completar el calendario vacunal vigente y realizar una exploración física básica, se debe preguntar activamente al adolescente sobre sus hábitos sociales y familiares y su grado de satisfacción en los aspectos más importantes de su vida (59).

La edad pediátrica se alarga en algunas comunidades como la de Cantabria hasta los 16 años, por lo que los adolescentes pueden acudir a la consulta de su enfermera de pediatría o de su pediatra siempre que requieran ayuda, pese a que en la adolescencia y a diferencia que, en edades mayores, los jóvenes acuden y consultan menos. A partir de los 14 o 16 años de edad, pasarán en el marco de la Atención Primaria, siempre a un médico de familia y a una enfermera de adultos. Las propias características del adolescente en pleno cambio continuo en todas las esferas, unida a la transición hacia una atención sanitaria de la edad adulta con un médico y enfermera nuevos y desconocidos, pueden dificultar la detección de los factores de riesgo de las conductas suicidas.

De ahí la importancia de aprovechar las revisiones que corresponden a la adolescencia, las de doce y catorce años, para detectar cualquier señal que pueda indicarnos que el adolescente presenta algún dato de riesgo para ideaciones o conductas suicidas. En el caso de detectar indicios, se debe iniciar un plan de actuación implicando al adolescente, a sus padres/tutores y en muchas ocasiones al centro escolar, sin olvidar por supuesto la remisión si procede del adolescente en riesgo a la atención especializada. Desde el punto de vista familiar, el profesional de enfermería tiene la misión de observar la firmeza de los vínculos familiares o posibles conductas disruptivas dentro del entorno familiar y enseñar a la familia a hacer frente a una etapa de la vida de su hijo/a de múltiples cambios no sólo físicos sino también emocionales. Es fundamental recordar tanto a los padres/tutores como al joven la importancia de mantener una buena comunicación recíproca y prestar atención a cualquier signo de alarma. Por tanto, será misión de la enfermera de cara a la promoción de la salud y prevención del suicidio, formar una unión entre estas tres grandes esferas de la vida del adolescente: sanitaria, familiar y escolar (60).

La herramienta esencial para la enfermera en la detección del riesgo de suicidio es la entrevista clínica; también se han descrito aproximaciones para identificar los factores de riesgo en adolescente mediante la aplicación del proceso de Atención en Enfermería (61). Para la valoración del riesgo de suicidio el personal sanitario dispone de herramientas sanitarias como son las escalas, cuestionarios o *test*. Está demostrado que el cribado estandarizado del riesgo de suicidio en adolescentes en AP permite identificar el riesgo de suicidio en esa

población para poder derivarlos a la Atención Especializada (62). Existen diferentes escalas de medida del riesgo suicida no todas ellas validadas para adolescentes (63) *[Anexo 1]*. Concretamente se han utilizado las siguientes: *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ), *Suicidal Ideation Questionnaire* JR (SIQ-JR), *Risk of suicide questionnaire* (RSQ) o *Suicide probability scale* (SPS) (64).

Una de las más conocidas es la Escala Paykel de Ideación Suicida (PSS), que valora el riesgo de conducta suicida en los adolescentes y consta de un total de cinco preguntas con respuesta dicotómica de Sí/No (65) *[Anexo 2]*. En ella, a mayor puntuación, mayor riesgo del adolescente para llevar a cabo un intento suicida. Esta escala podría ser una buena forma de evaluación introduciéndose de forma rutinaria en las revisiones de enfermería a los adolescentes.

5.3 Prevención desde la Enfermería en el ámbito escolar

Los niños y adolescentes pasan la mayor parte de su vida con la familia, pero no debemos de olvidar que otra gran parte de su vida es el entorno educativo donde pasan más de 1.200 horas anuales, y allí no sólo se forman académicamente y amplían conocimientos, sino que también desarrollan sus propias habilidades sociales y viven experiencias de relaciones interpersonales y convivencia entre sus iguales contribuyendo todo ello en gran parte, al desarrollo de su personalidad (35).

Es fundamental no olvidar que las conductas suicidas en adolescentes son un problema que se puede detectar y prevenir a nivel familiar y escolar, pero apenas existen programas de prevención ni protocolos claramente definidos, aunque parece que en los últimos años surgen nuevos estudios, protocolos e informes sobre cómo abordar esta necesidad aún no cubierta (66).

A nivel europeo (12 países y España participa a través de la Universidad de Oviedo), existe un programa mencionado previamente, conocido como "SEYLE" (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) para reducir el suicidio a nivel de los colegios (67).

Para prevenir los intentos suicidas, es de vital importancia no sólo concienciar a los estudiantes, sino también insistir al profesorado y a todo el personal docente de la importancia de detectar a tiempo estas señales y de la necesidad de formación específica en este tema, así como fomentar la cooperación entre todo el equipo educativo escolar para ayudar a sus alumnos en lo que precisen (68).

Por todas estas razones, el ámbito escolar debe constituir un lugar adecuado para desarrollar estrategias de educación en valores y detección de factores de riesgo y conductas suicidas. En este ambiente existen dos figuras importantes para llevar a cabo estas estrategias: el profesorado y un profesional de más reciente aparición, la enfermera escolar.

La enfermera escolar se podría definir como aquella profesional de enfermería que, con una formación específica en enfermería en el ámbito escolar desarrolla funciones asistenciales, sanitarias y docentes. Esta rama de la enfermería, de importancia creciente dentro de la comunidad educativa y sanitaria, tiene entre otros objetivos el control de niños con enfermedades crónicas, el desarrollo y puesta en práctica de programas específicos para diferentes rangos de edad, la promoción de conductas saludables, la detección de factores de riesgo para la salud y enseñar educación para la salud y así aumentar los conocimientos sanitarios básicos (69). La enfermera escolar es clave, y puede detectar conductas de riesgo en un ámbito donde el adolescente se siente menos presionado y más libre que en una consulta de AP.

Para llevar a cabo toda esta labor, se considera clave la elaboración de un plan de atención y de cuidados que recoja, mediante una valoración holística individualizada, las aptitudes y actitudes del adolescente en el centro educativo, así como la creación a su vez de un plan de

seguimiento individual para cada estudiante observando aquellas conductas de riesgo como, por ejemplo, la forma en que se relaciona con el resto de sus compañeros y con el profesorado. Además, la enfermera escolar no debe olvidar la cooperación con los medios externos relacionados con el adolescente como por ejemplo las familias.

En Cantabria, existe algún estudio sobre el papel de la enfermera escolar en cuatro centros escolares referente a la demanda asistencial (70), y con relación a la prevención de conductas suicidas en los centros escolares está previsto en el ámbito educativo, que a partir del curso 2023-24, los centros educativos de Cantabria cuenten con una *Guía de Prevención, Detección e Intervención de la conducta suicida* que ha sido elaborada por las consejerías de Educación y de Sanidad en colaboración con profesionales, fundamentalmente orientadores.

6. CONCLUSIONES

- Desde hace muchos años la salud mental y el suicidio han sido considerados temas tabúes, estigmatizando a enfermos y sus familiares mientras el resto de la población general permanecía ajena a estos problemas.
- El aumento global de la incidencia de los problemas de salud mental en la población general observado en las últimas décadas, la aparición del suicidio entre las primeras causas de muerte y finalmente la pandemia del COVID parecen haber despertado el interés sobre la importancia de la salud mental.
- La adolescencia siempre ha sido una época vital de alta vulnerabilidad que en estos años ha visto aumentar la frecuencia de sus problemas de salud mental de manera alarmante, incluidos los intentos de suicidio convirtiendo al suicidio en la primera causa de muerte entre los adolescentes.
- Resulta de vital importancia el conocimiento de los factores de riesgo y de protección para desarrollar problemas mentales y en concreto para desarrollar conductas suicidas entre los adolescentes.
- El aumento del acoso escolar y la utilización maliciosa de internet y las redes sociales son actualmente factores de riesgo de especial relevancia para la salud mental de los adolescentes.
- La familia, el colegio, y la comunidad junto con el personal sanitario deben reconocer los factores de riesgo pues una detección precoz de los mismos permitirá actuar sobre dichos factores.
- El desarrollo e implantación real de medidas preventivas e intervenciones en el ámbito sanitario y escolar constituyen aún un tema pendiente que se debe implementar.
- La implantación de pruebas, escalas y herramientas de medida del riesgo para la salud mental deben incorporarse tanto en los centros sanitarios como en los centros educativos.
- La formación del personal sanitario y docente en el reconocimiento de los factores de riesgo es mejorable, así como la puesta en marcha de escalas de medidas del riesgo de afectación de la salud mental.
- El papel de enfermería en los diferentes niveles de atención tiene un especial interés en la Atención Primaria donde la enfermera puede acercarse a la familia y al adolescente a través de las revisiones de los programas de salud.
- El papel preventivo y proactivo de la enfermería dentro del centro educativo, debiera suponer una mejora en la detección de factores de riesgo y problemas de salud en los adolescentes.
- Urge poner en marcha la formación de los profesionales implicados, la valoración de la salud mental de nuestros jóvenes implicando a familia, centros educativos y sanitarios, con el objetivo final de disminuir la actual primera causa de muerte entre los adolescentes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padrón-Monedero, A., y Fernández-Cuenca, R. (2018). Mortalidad por suicidio. *Salud mental y salud pública en España: Vigilancia epidemiológica y prevención.*

2. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative.*

3. Pacheco, B. E., y López, P. P. (1973). La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 2(7-8), 47-55

4. Buendía, J., Vidal, J. B., y Riquelme, A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. EDITUM.

5. Girard, G. (2017). El suicidio en la adolescencia y en la juventud. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, *5*(2), 22-31.

6. Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas españolas de Psiquiatría*, *42*(3).

7. Amador Rivera, G. H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, *21*(2), 91-98.

8. Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., De la Barrera, U., Sebastian-Enesco, C., Ortuño-Sierra, J., Montoya-Castilla, I., … y Pérez-Albéniz, A. (2020). Conducta suicida en adolescentes: un análisis de redes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

9. Fundación ANAR. (2021). *Informe anual teléfono/chat.*

10. Morales, I. A. (2021). Pongamos que hablo de suicidio. *Conocimiento Enfermero*, 4(13), 3-5

11. Organización Mundial de la Salud. (16 de junio de 2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos.*

12 Organización Mundial de la Salud. (17 de noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente.*

13. Glenn, C. R., Kleiman, E.M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C.B., Esposito, E.C., … y Boatman, A.E. (2020). Revisión anual de investigación: una revisión meta analítica de las tasas mundiales de suicidio en adolescentes. *Revista de psicología y psiquiatría infantil* , *61* (3), 294-308.

14. López, P. V., Pedreira, P. A., Martínez-Sánchez, L., Cruz, J. M. G., de Luna, C. B., Herrero, F. N., y de Pediatría Social, S. E. (2023). Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de Pediatría*, Vol. 98, No. 3, pp. 204-212**.**

15. European Statistical Office of the European Commission. (2016). *Causes of death statistics*.

16. Navarro-Gómez, N. (2017). Suicidio entre jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28 (1), 25-31.

17. Instituto Nacional de Estadística (2022). *Defunciones según la causa de muerte.*

18. Giner, L., y Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146.

19. Teléfono de la esperanza. (2021). *Memoria anual.*

20. Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P., Arango, C., y STOP Consortium (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 759–776.

21. Muriel, V. L., y Buitrago, S. C. C. (2020). Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Archivos de Medicina*, vol 20(2), 472-480.

22. Vicario, M. H., & Barca, G. C. (2022). La entrevista clínica y el examen físico del adolescente. *Pediatría Integral*, 245.

23. Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, MJ, y Roca, M. (2019). Los trastornos mentales como factores de riesgo de conducta suicida en jóvenes: un meta análisis y una revisión sistemática de estudios longitudinales. *Revista de trastornos afectivos* , *245* , 152-162**.**

24. Grossberg, A., y Rice, T. (2023). Depression and Suicidal Behavior in Adolescents. *The Medical clinics of North America*, 107(1), 169–182.

25. Preti, A., Rocchi, M. B., Sisti, D., Camboni, M. V., y Miotto, P. (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 6–17.

26. Moselli, M., Casini, M. P., Frattini, C., y Williams, R. (2021). Suicidality and Personality Pathology in Adolescence: A Systematic Review. *Child psychiatry and human development*, 54(2), 290–311.

27. Larkin, C., Di Blasi, Z., y Arensman, E. (2014). Risk factors for repetition of self-harm: a systematic review of prospective hospital-based studies. *PloS One*, 9(1), e84282.

28. Cornellà i Canals, J. (2003). *Conducta autodestructiva en el adolescente. Suicidio, su prevención.*

29. Puhl, R. M., y Lessard, L. M. (2020). Weight Stigma in Youth: Prevalence, Consequences, and Considerations for Clinical Practice. *Current obesity reports*, 9(4), 402–411.

30. Surís, J. C., Parera, N., y Puig, C. (1996). Chronic illness and emotional distress in adolescence. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine,* 19(2), 153–156.

31. Postuvan, V., Podlogar, T., Zadravec Šedivy, N., y De Leo, D. (2019). Suicidal behaviour among sexual-minority youth: a review of the role of acceptance and support. *The Lancet. Child & adolescent health*, 3(3), 190–198.

32. Ati, N.A. L., Paraswati, M. D., & Windarwati, H. D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 34(1), 7–18.

33. Kwan, C., Wong, C., Chen, Z., y Yip, P. S. F. (2022). Youth Bullying and Suicide: Risk and Protective Factor Profiles for Bullies, Victims, Bully-Victims and the Uninvolved. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2828.

34. Pérez-Virtus, A., y Larrondo-Ureta, A. (2018). Menores, bullying y suicidio. Un análisis de caso a través de los medios digitales de referencia en España. *Correspondencias & análisis*, (8), 55-74.

35. Luengo Latorre, J.A. (2023). *El dolor adolescente* (1º edición). Plataforma actual.

36. Becker, M., y Correll, C. U. (2020). Suicidality in Childhood and Adolescence. *Deutsches Arzteblatt international*, 117(15), 261–267.

37. Arroyo Fernández, A. y Bertomeu Ruiz, A. (2012). Métodos suicidas e Internet, *Revista Española de Medicina Legal*, Vol 38, Issue 4, 143-148.

38. Caricote, E., Enrique, J., Y González, L. (2020). Efecto Werther y la Conducta Suicida en la Adolescencia. *Rev. Salus. UC. 24 (1): 42-46. Vol. 24*, *2*.

39. Reidenberg, D., Niederkrotenthaler, T., Sinyor, M., Bridge, J. A., y Till, B. (2020). 13 Reasons Why: The Evidence Is in and Cannot Be Ignored. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(9), 1016–1018.

40. Hawton, K., Hill, N. T. M., Gould, M., John, A., Lascelles, K., y Robinson, J. (2020). Clustering of suicides in children and adolescents. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(1), 58–67.

41. Fundación ANAR. (23 de febrero de 2023). *ANAR advierte del efecto contagio de informar sobre los métodos en los casos de suicidio.*

42. Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B. y Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* 35(125), 123-134.

43. Kasahara-Kiritani, M., Hadlaczky, G., Westerlund, M., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., McMahon, E. M., Cosman, D., Farkas, L., Haring, C., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Nemes, B., Mars Bitenc, U., Postuvan, V., Saiz, P. y Wasserman, D. (2015). Reading Books and Watching Films as a Protective Factor against Suicidal Ideation. *International journal of environmental research and public health*, 12(12), 15937–15942.

44. Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Mugisha, J., Probst, M., Van Damme, T., Carvalho, A. F., y Stubbs, B. (2018). Physical activity and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *225*, 438–448.

45. Hernández-Bello, L, Hueso Montoro C, Gómez Urquiza JL, Cogollo Milanés Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. R*ev Esp Salud Pública*; 94.

46. Borowsky, I. W., Ireland, M., y Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485–493.

47. Fundación Española para la prevención del suicidio. *Prevensuic* [aplicación móvil]. Disponible en: *App Prevensuic - Hablar es prevenir*

48. Whitlock, J., Wyman, P. A., y Moore, S. R. (2014). Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. *Suicide & life-threatening behavior*, *44*(3), 246–272.

49. Kleiman, E. M., y Riskind, J. H. (2013). Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation. A test of a multiple mediator model. *Crisis*, 34(1), 42–49.

50. González López, C., Cano Montes, I. M., Barrera Escudero, M., y Díaz Pérez, I. (2019). Percepción de los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre su formación para el abordaje del suicidio de niños y adolescentes en España. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 12(2):11-7

51. Thomas L. (2017). Nursing children and young people: what mental health training is required?. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 26(4), 234–237.

52. Stone, D., National Center for Injury Prevention and Control (U.S.), Division of Violence Prevention., Holland, K., Holland, B., Crosby, A., Davis, S., Wilkins, N., y National Center for Injury Prevention and Control (U.S.). (2017). Preventing suicide: a technical package of policies, programs, and practice. *National Center for Injury Prevention and Control (U.S.). Division of Violence Prevention.*

53. Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., Van Audenhove, C., Bouleau, J. H., Van Der Feltz-Cornelis, C., Gusmao, R., Kopp, M., Löhr, C., Maxwell, M., Meise, U., Mirjanic, M., Oskarsson, H., Sola, V. P., Pull, C., Pycha, R., Ricka, R., Tuulari, J., Värnik, A., y Pfeiffer-Gerschel, T. (2008). The European Alliance Against Depression (EAAD): a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. T*he world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry,* 9(1), 51–58.

54. Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C. *et al.* (2010). Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 10, 192.

55. Sufrate-Sorzano, T., Jiménez-Ramón, E., Garrote-Cámara, M. E., Gea-Caballero, V., Durante, A., Júarez-Vela, R. y Santolalla-Arnedo, I. (2022). Health Plans for Suicide Prevention in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents. *Nursing reports*, 12(1), 77–89.

56. *Plan de Salud Mental de Cantabria.* (2022). Disponible en: *https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/10-1191%20PLAN%20SALUD%20MENTAL%202022_WEB.pdf*

57. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. (revisada en septiembre, 2020). Disponible en: *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*

58. Patterson S. (2016). Suicide Risk Screening Tools and the Youth Population. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses*, Inc, 29(3), 118–126.

59. Aepap.org. (2009). *Consejos generales por tramos de edad*. pág 389-390 disponible en: *Consejos generales por tramos de edad*

60. Granados, S. N., Arjona, S. S., Bañón, S. F., Joven, I. J., Gálvez, I. M., y Vidal, N. G. (2022). Papel de enfermería en el riesgo de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(8).

61. Piedrahita, L. E., García, M. A., Mesa, J. S., y Stivalis, I. (2011). Identification of factors related to attempted suicide in children and adolescents from the application of the nursing care process. *Colombia Médica*, 42(3), 334-341.

62. Wintersteen, M. B. (2010). Standardized screening for suicidal adolescents in primary care. *Pediatrics*. 125(5), 938-944.

63. Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., Saiz Ruiz, J., y Grupo RECOMS. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España [Recomendations for the prevention and management of suicidal behaviour]. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(1), 8–23.

64. Peña, J. B., y Caine, E. D. (2006). Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide & life-threatening behavior*, 36(6), 614–637.

65. Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: sobre la Escala de Suicidio de Paykel. *Documentos del psicólogo*, 41 (2), 106-115.

66. Fonseca-Pedrero, E. y del Casal Díez Gómez, A. (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista de Estudios de Juventud*, (120), 35-46.

67. Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., Keeley, H. y Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536–1544.

68. Luengo Latorre, J.A. (2019). *El acoso escolar y la convivencia en los centros educativos Guía para el profesorado y las familias.* Disponible en: *BVCM016443 Acoso escolar y la convivencia en los centros educativos, El. Guia para el profesorado y las familias (madrid.org)*

69. Mohammed Yasin, H., Isla Pera, P., López Matheu, C., y Juvé Udina, M. E. (2017). El papel de los enfermeros escolares [The Role of School Nurses]. *Revista de enfermería*, 40(2), 22–29.

70. Pérez Velasco, P. y García Blanco, L. (2017). Asistencia sanitaria escolar en Cantabria. Estudio de la demanda asistencial. *Nuberos científica, (Fundación de la Enfermería de Cantabria) 3 (21), 15-23.*

8. ANEXOS

ANEXO 1: Escalas de evaluación del riesgo de suicidio

Tipo de escala
No específicas de suicidio
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)
Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)
Comportamiento suicida
Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI)
Escala de Ideación Suicida de Paykel (PSS)
International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking (InterSePT)
Escala SAD PERSONS
Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)
Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida (CGI-SS)
Actos suicidas
Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)
Gravedad Médica de la Tentativa (MDS)
Constructos relacionados con el suicidio
Escala de Desesperanza (HS)
Inventario de razones para vivir (RFL)
Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)
Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)
Historia de agresión de Brown-Goodwin (BGLHA)
Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (LTE)

Fuente: Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., Saiz Ruiz, J., & Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España [Recomendations for the prevention and management of suicidal behaviour]. Revista de psiquiatría y salud mental, 5(1), 8–23.

ANEXO 2: Escala Paykel del Suicidio

Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el **último año**

1.¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí	No
2.¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse.	Sí	No
3.¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	Sí	No
4.¿Has llegado al punto en el que consideraras realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	Sí	No
5.¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	Sí	No

Fuente: Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: sobre la Escala de Suicidio de Paykel. *Documentos del psicólogo* , 41 (2), 106-115.