



## TRABAJO FIN DE GRADO

“Valoración enfermera del riesgo de conducta suicida en población adolescente: un enfoque desde atención primaria de salud.”

Realizado por: **Fátima Yanes Luis**

Tutorizado por: **D. Pedro Ruymán Brito Brito**

Grado en Enfermería

Junio 2022

Facultad de Ciencias de la salud - Sección de Enfermería y Fisioterapia

Universidad De La Laguna. Sede Tenerife

## RESUMEN

En España el suicidio es la primera causa de muerte no natural. Generando 70 veces más muertes que la violencia de género y el doble que los accidentes de tráfico.

Se ha realizado un estudio de investigación de tipo observacional, descriptivo, transversal y analítico cuyo principal objetivo es identificar la frecuencia de factores de riesgo de suicidio en una muestra de 64 adolescentes de entre 13 y 18 años de la isla de Tenerife. Como uno de los objetivos específicos se analizó la evaluación y atención temprana de los adolescentes con ideación y conducta suicida desde la perspectiva de los profesionales de enfermería de atención primaria de salud de la isla de Tenerife en una muestra de 108 profesionales.

El estudio se realizó a través de dos cuestionarios, uno para cada muestra a estudio. El cuestionario de los adolescentes estaba compuesto de seis variables para evaluar el riesgo de conducta suicida y la prevalencia de factores de riesgo. El cuestionario de los profesionales está compuesto de cuatro variables que registran las experiencias, creencias y opiniones sobre este problema de salud.

Se comprobó presencia de factores de riesgo de suicidio en la muestra de adolescentes a través del programa SPSS vs. 25, con mayor presencia de factores de riesgo en el sexo femenino. También se identificó que la mayoría de los profesionales no tienen formación previa sobre el suicidio y le es muy complicado reconocer factores de riesgo.

**Palabras clave:** Riesgo suicida, intento autolítico, suicidio, adolescencia, prevención al suicidio

## **ABSTRACT**

In Spain, suicide is the leading cause of unnatural death. Generating 70 times more deaths than gender violence and twice as much as traffic accidents.

An observational, descriptive, cross-sectional and analytical research study has been carried out whose main objective is to identify the prevalence of suicide risk factors in a sample of 64 adolescents between 13 and 18 years of age on the island of Tenerife. As one of the specific objectives, the evaluation and early care of adolescents with suicidal ideation and behavior was analyzed from the perspective of primary health care nursing professionals on the island of Tenerife in a sample of 108 professionals.

The study was carried out through two questionnaires, one for each study sample. The adolescent questionnaire was composed of six variables to assess the risk of suicidal behavior and the prevalence of risk factors. The professionals' questionnaire is composed of four variables that record the experiences, beliefs and opinions about this health problem.

The presence of risk factors for suicide in the sample of adolescents was verified through the SPSS vs. 25, greater presence of risk factors in females. It was also identified that most professionals do not have prior training on suicide, and it is very difficult for them to recognize risk factors.

**Keywords:** Suicide risk, autolytic attempt, suicide, adolescence, suicide prevention

## ÍNDICE

1. Introducción .....	02
1.1 Definición .....	02
1.2 Antecedentes .....	02
1.3 Epidemiología .....	05
1.3.1 Datos del suicidio en el mundo .....	05
1.3.2 Datos del suicidio en Europa .....	06
1.3.3 Datos del suicidio en España .....	07
1.3.4 Datos del suicidio en Canarias .....	08
1.4 Factores de riesgo y factores protectores .....	08
1.5 Valoración, diagnóstico y plan de cuidados de enfermería .....	09
2. Justificación .....	11
3. Objetivos .....	12
3.1 Objetivo general .....	12
3.2 Objetivos específicos .....	12
4. Material y método .....	13
4.1 Tipo de diseño .....	13
4.2 Sujetos a estudio .....	13
4.3 Muestra .....	13
4.4 Procedimiento de recogida de datos .....	14
4.5 Cronograma .....	14
4.6 Variables .....	15
4.6.1 Cuaderno 1 .....	15
4.6.2 Cuaderno 2 .....	16
4.7 Análisis estadístico .....	17
5. Consideraciones éticas .....	18
6. Resultados .....	19
6.1 Cuaderno 1 .....	19
6.2 Cuaderno 2 .....	25
7. Discusión .....	27
8. Conclusión .....	29
9. Referencias bibliográficas .....	30
10. Anexos .....	33

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Definición**

El suicidio suele definirse como la muerte autoinfligida con evidencia explícita o implícita de que la persona tenía la intención de quitarse la vida (Ayuso Mateos et al., 2012). No obstante, existen diferentes definiciones del suicidio que abarcan tanto el acto de cometerlo como a su resultado, generando diferentes conceptos alrededor del acto de quitarse la vida, como el intento suicida o intento autolítico (cuando la persona se daña a sí misma en el intento de quitarse la vida, sin llegar a morir) y la ideación suicida (pensamiento de la persona de provocar su propia muerte).

A la complejidad de su definición, derivada de la intención real o no de la persona de quitarse la vida, se le suma lo amplio que puede llegar a ser su proceso. El resultado de un suicidio suele ser la suma de un largo proceso que va desde la ideación hasta la realización con resultado de muerte (Blanco, 2020).

El suicidio está considerado como una de las principales causas de muerte en el mundo por lo que se presenta como un problema de salud pública generalizado a nivel mundial. No solo afecta a la persona que lo lleva a cabo, sino que es una tragedia que repercute de manera directa tanto emocional, social como económicamente al entorno de la persona fallecida. Tener pensamientos e intentos suicidas es común entre la población en general (McDowell et al., 2011).

### **1.2 Antecedentes**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se suicidan entre 800.000 y 1.000.000 de personas en el mundo cada año. En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte (Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida) y en España, el suicidio supone la primera causa de muerte no natural (Programa de Prevención de la conducta suicida en canarias, 2019).

En general, existen diversos factores en torno al suicidio a nivel mundial que favorecen que las estadísticas oficiales puedan mostrar datos con poca fiabilidad. En países donde se considera ilegal el suicidio u otros donde se suele clasificar como muerte por accidente no se contabilizan como tal (Blanco, 2020). En España, por ejemplo, un estudio realizado por los psiquiatras Lucas Giner y Julio Guije en 2014, demostró comparando los datos de fallecimiento por suicidio ofrecidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística) y por el IME (Instituto de Medicina Legal) durante los años 2006-2010, que

los suicidios registrados por el IME cada año superaban en más del 10% a los registrados por el INE. Además, plantearon que el error en las cifras se debe posiblemente a la cantidad de personas implicadas en la recogida de los datos (Giner y Guija, 2014). Reflejando así, que hay numerosos factores que pueden favorecer que las tasas de suicidios sean inferiores a las que realmente se producen.

La prevención y tratamiento de la conducta suicida suponen un problema de salud grave, por lo que se considera importante priorizar la prevención del suicidio en los programas mundiales de Salud Pública, adoptar medidas que disminuyan la conducta suicida y crear programas asistenciales.

En España, no existe un plan general de prevención al suicidio a nivel nacional (Navarro Gómez, 2020), que sirva como guía común a toda la población incluyendo diferentes áreas de actuación (sanidad, educación, medios de comunicación, etc.), que mejore la información sobre suicidio, que reduzca la estigmatización a la que están sometidas las personas con riesgo suicida y que ayude a las comunidades autónomas en la creación de estrategias de prevención.

En 2012, se publicó La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta Suicida, formando parte del Programa de Guías del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de prevenir y reducir la conducta suicida por parte del sector sanitario sin reflejar estrategias de intervención para la población en general (Guía de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012).

En la actualidad en España, casi todas las comunidades autónomas excepto Murcia han puesto en marcha programas de prevención que ayuden al abordaje del suicidio. Los planes expuestos por la mayoría de las comunidades autónomas no se centran en el suicidio de forma única, sino que lo integran dentro de los planes de salud mental. Cataluña, País Vasco, Galicia, Madrid, Asturias, Andalucía, Cantabria, Comunidad Valenciana y Extremadura han creado planes de prevención centrados en el suicidio de forma integral (Navarro Gómez, 2020).

En Canarias, existe el Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023 (Gobierno de Canarias, 2019) que incluye una línea estratégica centrada en la prevención y tratamiento de la conducta suicida. También en los últimos años se han creado numerosas estrategias y acciones de prevención (Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias, 2020) como:

- Intervenciones dirigidas a los medios de comunicación de Canarias (2017-2020)
- Campaña del Día Mundial de la Salud Mental 2019.
- Campaña del Día Mundial de la Prevención del Suicidio 2021. Con el lema “Canarias apuesta por la vida”

- Coordinación continuada entre el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, desde el año 2017 hasta la actualidad.
- Formación con algunos cursos de prevención y tratamiento de la conducta suicida a personal sanitario.
- Herramientas para la consulta en atención primaria de salud en el portal Drago-AP sobre: “Abordaje del suicidio en Atención Primaria (2008)” y “Riesgo y conducta suicidas; evaluación e intervención en Atención Primaria (2015)”. Esta última es una versión mejorada de la primera herramienta de 2008, en ella se contemplan conceptos básicos, factores de riesgo y protectores, entrevista y recomendaciones en la evaluación e intervención de pacientes con conducta suicida.
- Registro de casos psiquiátricos de Canarias (RECAP). Se han recogido datos sobre los intentos de suicidio en el RECAP.
- Integración del RECAP en la Historia Clínica electrónica del sistema Canario de Salud.

Derivado del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, se genera el Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, 2021. Este programa recoge de forma actualizada un análisis del conocimiento científico disponible, el consenso de expertos, recomendaciones para el desarrollo de las acciones, pautas y ampliaciones de la información sobre la conducta suicida (Gobierno de Canarias, 2019).

Aunque a nivel nacional no exista una estrategia común en la prevención del suicidio y si iniciativas autonómicas como las comentadas anteriormente, en los últimos años también se han ido creando numerosas asociaciones de personas afectadas para la prevención del suicidio, atención de los supervivientes, acompañamiento, etc. Y otro tipo de asociaciones orientadas a agrupar profesionales que den difusión al problema como la Asociación para la Investigación, Prevención e Intervención en Suicidio (AIPIS), la Sociedad Española de Suicidología y la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME) entre otras (Blanco, 2020).

La Fundación Española para la Prevención del Suicidio ha creado el Observatorio del Suicidio en España que informa sobre datos actuales como las estadísticas de muertes por suicidio que publica el INE. Así como el programa “Prevensuic” con el fin de analizar y divulgar datos sobre el suicidio para ayudar en su disminución y prevención.

Por otro lado, la asociación del Teléfono de la Esperanza ha creado en 2017 un teléfono especializado en la atención del suicidio. En diciembre de 2021 se aprueba en España el teléfono (024) a nivel nacional, anónimo, gratuito y confidencial, para la atención a personas con pensamientos o conductas suicidas. Este teléfono entraría dentro de una

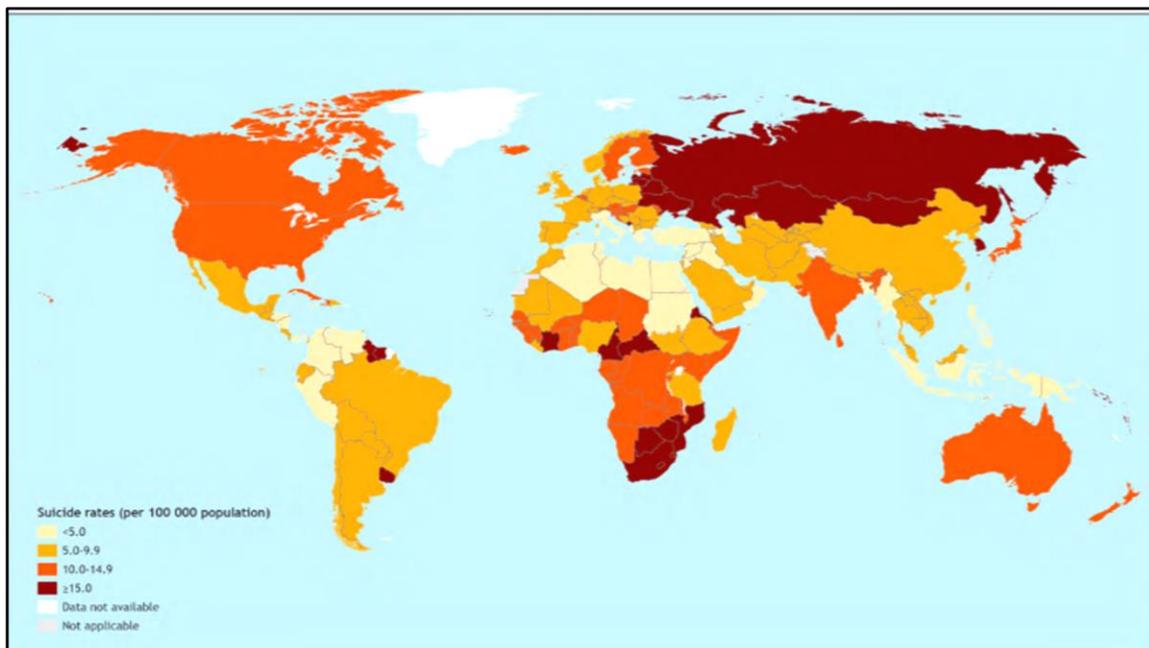
de las estrategias del Plan de Acción de Salud Mental impulsado por el Ministerio de Sanidad (BOE, 2021).

### 1.3 Epidemiología

#### 1.3.1 Datos de suicidio en el mundo

A nivel mundial cada año pierden la vida más personas por suicidio que por enfermedades como VIH, cáncer de mama o malaria (WHO, 2019). La tasa mundial de suicidios estandarizada por edad fue de 9 por 100.000 habitantes en 2019. Estas tasas variaron entre los diferentes países, existiendo algunos con 2 muertes por suicidio por 100.000 y otros con 80 por 100.000. (WHO, 2019)

**Gráfico 1. Tasas de suicidio estandarizada por edad (por 100.000 habitantes), en ambos sexos, 2019.**



Fuente: WHO, 2019. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates.

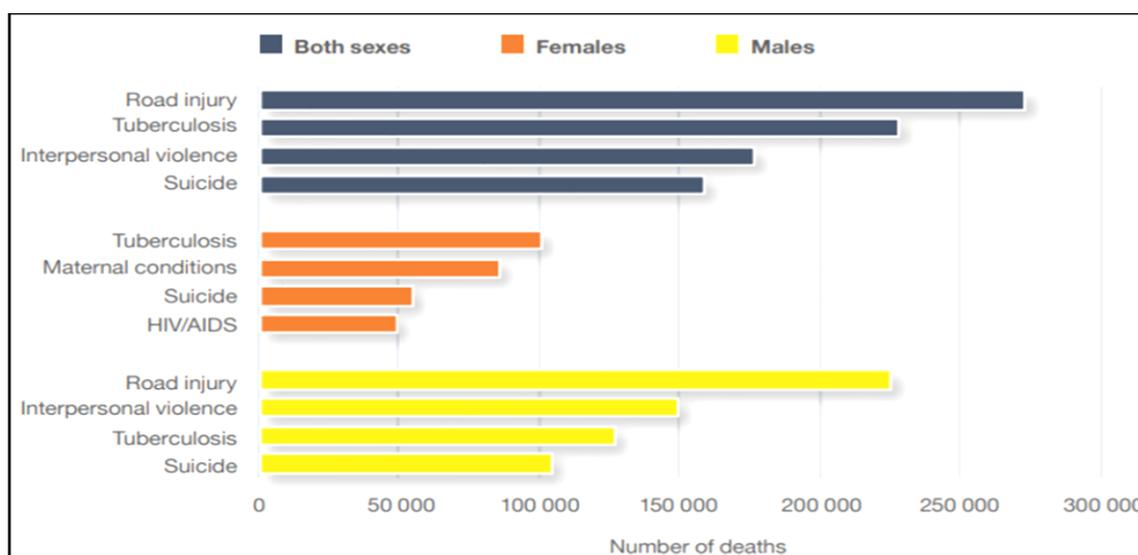
Las tasas de suicidio a nivel mundial han disminuido desde el año 2000 hasta la actualidad en un 36%, en cambio en América las tasas se incrementaron en un 17% en ese mismo periodo de tiempo (OMS, 2019). Aunque se presente este ligero descenso a nivel mundial los datos en la actualidad siguen siendo muy preocupantes, variando considerablemente por países, por sexo y por edad.

Las variables de sexo y edad están presentes en la conducta suicida, presentando las mujeres ratios más altas en los intentos autolíticos que los hombres (Goñi Sarriés y

Zandio Zorrilla, 2017) y estos a su vez, ratios más altas en fallecimiento por suicidio, 12,6 por 100.000 hombres frente a 5,4 por 100.000 mujeres. También, se presenta una tasa más alta de suicidios en hombres de países de ingresos altos y, por el contrario, las tasas más altas de suicidio en mujeres se observan en países de ingresos bajos.

Con la variable edad, se observa como las tasas de suicidio aumentan en la población más adulta, aunque se muestra una preocupante elevación en la población juvenil. Siendo el suicidio la cuarta causa de muerte más frecuente entre jóvenes de 15 a 29 años (WHO, 2019), como se muestra a continuación:

**Gráfico 2. Las principales causas de muerte a nivel mundial, de 15 a 29 años, 2019.**



Fuente: WHO, 2019. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates.

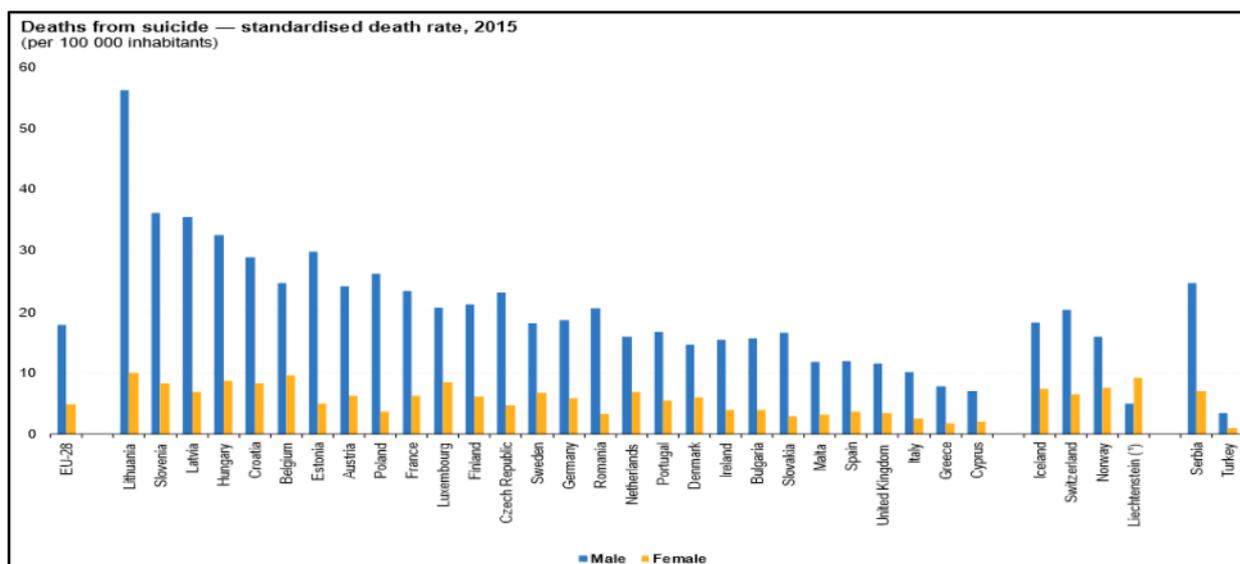
Los métodos más empleados para suicidarse a nivel mundial son la autointoxicación con plaguicidas, el ahorcamiento y disparos con armas de fuego (WHO, 2021).

### 1.3.2 Datos de suicidio en Europa

Según Eurostat, la última tasa recogida de muertes por suicidio en ambos sexos en Europa en el año 2015 es de 10,9 por 100.000 personas.

Las tasas de mortalidad por suicidio más bajas de la Unión Europea se registraron en Chipre y Grecia, mientras que las tasas más altas se registraron en Eslovenia y Lituania. Siendo la tasa más alta 2,4 veces superior con respecto a la media (Eurostat, 2015). Como puede observarse en la siguiente gráfica:

**Gráfica 3. Tasas de suicidio en Europa en ambos sexos, 2015**



Fuente: EUROSTAT, 2015. Tasas de suicidio en Europa en ambos sexos.

### 1.3.3 Datos de Suicidio en España

Las tasas de suicidio en España se sitúan en un 6,5 por 100.000 habitantes. Se producen más de 10 suicidios al día, registrándose en el 2013 la tasa más alta de defunciones por este motivo (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2020). En 2020, según el informe anual del Observatorio del Suicidio en España y según los datos recogidos en el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020) la tasa de suicidios aumentó un 7,4% con respecto al 2019 con 3.941 muertes por suicidios, de las cuales 2.938 fueron hombres y 1.011 mujeres, superando así la cifra de mil muertes por suicidio en mujeres (Observatorio del Suicidio en España, 2020. Fundación Española para la Prevención del Suicidio).

En 2019, según el Instituto Nacional de Estadística la tasa de suicidios en España ya había aumentado un 3,7% con respecto a años anteriores. Un total de 3671 personas se quitaron la vida, 2.771 hombres frente a 900 mujeres (INE, 2019), manteniendo la estadística de que los suicidios llevados a cabo en hombres son el triple que en mujeres.

El suicidio genera 70 veces más muertes en España que la violencia de género y el doble que los accidentes de tráfico (Fundación Española para la Prevención del Suicidio), dato que argumenta la importancia significativa de la puesta en marcha de estrategias integrales que ayuden a solventar este problema de salud en el país.

Por ratio de edades, el mayor número de fallecimientos se produjo en la franja de edad de los 30 a los 39 años (INE,2019).

Por Comunidades autónomas, las tasas más altas las presentan País Vasco, Cantabria y Andalucía mientras que las más bajas las Islas Baleares y Aragón (Observatorio del Suicidio en España, 2020).

### **1.3.4 Datos del suicidio en Canarias**

Según el Instituto Canario de Estadística (ISTAC), se registraron en Canarias 208 defunciones por suicidio de ambos sexos en 2020, siendo unos de los datos más elevados desde el año 2017. De las 208 personas que se quitaron la vida, 159 son hombres y 49 son mujeres, manteniendo en Canarias la estadística mundial de suicidio consumado en tres hombres por cada mujer.

## **1.4 Factores de riesgo y factores protectores**

Existen múltiples factores que predisponen a las personas a tener ideación o conducta suicida, conociéndose estos como factores de riesgo. También hay factores protectores que influyen en el pensamiento de mantenimiento de la vida. La intervención de los profesionales de salud debe ir orientada a enfatizar estos factores protectores y analizar detalladamente los factores de riesgo para poder acercarse a la problemática, promover un diálogo asertivo, prevenir y saber abordar la conducta suicida.

No solo los factores de riesgo alertan sobre la presencia de conducta o ideación suicida, hay señales como manifestaciones verbales (ideas de muerte de manera directa o indirecta, por ejemplo: “estarían mejor sin mí” o “quisiera dormir y no despertar”) o no verbales (autolesiones, aislamiento, abandono, etc.) que alertan sobre la posibilidad de cometer un suicidio (Benavides, 2007).

Entre los factores de riesgo más relevantes están padecer un trastorno psiquiátrico, antecedentes familiares de suicidios, intentos de suicidio previos que haya cometido la persona, la ideación suicida y el abuso de sustancias (Ayuso Mateos et al. 2012). Debido a la relación del trastorno psíquico con el suicidio y a la alta tasa de suicidios ocurridos en personas con antecedentes de tentativa suicida, casi todos los modelos preventivos asistenciales están muy centrados en pacientes con trastornos mentales (Gabilondo, 2020).

Otros factores de riesgo relacionados con esta conducta además de los mencionados anteriormente son los hábitos de vida de la persona, factores estresantes, enfermedades crónicas discapacitantes, aspectos culturales, sociales y familiares. Además, se ha demostrado que los factores que provocan daños emocionales como pérdida

de seres queridos, catástrofes, abusos, soledad o sensación de aislamiento pueden generar conductas suicidas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En los adolescentes existen factores de riesgo que afectan al correcto desarrollo emocional, provocando en el transcurso del tiempo conducta e ideación suicida (Ortiz, Meza y Cañón, 2019) como pueden ser: factores familiares (mala relación familiar, familias monoparentales, antecedentes de suicidio, vivir alejado de los seres queridos, maltrato, etc.), factores escolares (estrés académico, acoso escolar, etc.), factores personales (autoestima, depresión, consumo de drogas, abuso sexual, autolesiones, etc.). El conocimiento de estos factores y su identificación podrían ayudar a que el adolescente se desarrolle correctamente, potenciando en estos los factores protectores y promoviendo una correcta actitud ante los problemas que le surjan.

### **1.5 Valoración, diagnóstico y plan de cuidados de enfermería**

La evaluación del riesgo de suicidio en personas con algún tipo de conducta suicida normalmente está orientada en identificar los factores de riesgo y de protección, asignando un nivel de riesgo de suicidio tras conocer esos factores. La correcta comunicación permite predecir la conducta del paciente sin garantizar nada, debido a que no siempre comparten sus ideas. Varios estudios de investigación demuestran que el 75 % de los pacientes que han fallecido por suicidio negaron tener ideas suicidas (Harmer et al., 2021).

Una de las principales estrategias que se presentan para reducir las tasas de suicidio en España sería elaborar un plan general de prevención al suicidio para todo el Sistema Nacional de Salud, que ayudase a la identificación temprana de la persona con factores de riesgo de la conducta suicida y que recoja diferentes recursos para su control y seguimiento. Además, la implicación de profesionales ajenos a la salud mental sería de gran ayuda en la pronta identificación del paciente con ideas suicidas para su posterior revisión por un especialista de salud mental (Gabilondo, 2020). Según un estudio descriptivo retrospectivo publicado en 2021, donde se analizaron 388 casos de suicidios, el 78,9% tuvo algún contacto con el servicio de salud en el año previo a suicidarse, siendo la atención primaria la más utilizada, seguida de otras especialidades ambulatorias no psiquiátricas. Solo 1 de cada 3 pacientes visitó a un psiquiatra (Gabilondo et al. 2021). Este dato corrobora la importancia de la formación enfermera en este problema de salud para su pronta intervención y prevención.

En la intervención y prevención del suicidio, la actividad de la enfermería quedaría reflejada en la novena necesidad del modelo de necesidades básicas de Virginia

Henderson: “Evitar los peligros medioambientales y evitar las lesiones a otras personas. Evitar los peligros para protegerse de toda agresión interna o externa manteniendo así su integridad física y psicológica.” (Sufrate Sorzano et al., 2020).

En la clasificación de NANDA-I encontramos los diagnósticos de enfermería “Riesgo de conducta suicida” o “Riesgo de violencia autodirigida” (Heather Herdman, Kamitsuru y Takáo Lopes., 2021-2023), relacionados con los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) “autocontrol del impulso suicida” o “control del riesgo social: suicidio” (Moorhead et al. 2019) y como intervenciones de enfermería relacionadas las siguientes NIC (Nursing Interventions Classification): Control del estado de ánimo y manejo de la conducta (Butcher et al., 2018). Incluyendo la autolesión, reducción de la ansiedad, mejora del afrontamiento, intervención en crisis, manejo del engaño, prevención del uso de sustancias, mejora del sistema de apoyo a la prevención del suicidio (Ackley et al., 2021).

La Organización Mundial de la salud con el fin de apoyar y orientar a los países en la creación de guías para la prevención del suicidio publica cuatro estrategias a seguir (OMS,2021):

- Limitar el acceso a medios de suicidio, como plaguicidas o armas de fuego.
- Formar a los medios de comunicación para que difundan de forma responsable noticias sobre suicidios.
- Fomentar entre adolescentes las competencias socioemocionales para la vida.
- Detectar, evaluar y gestionar tempranamente a las personas con conducta suicida, realizando seguimiento sobre ellas.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Las tasas de suicidio han aumentado desde 1990, falleciendo más de un millón de personas por suicidio en el mundo. Es un problema de salud que afecta a todas las etapas de la vida y que se sigue tratando en muchas ocasiones como un tema tabú en la sociedad actual (Pereira et al. 2018). La adolescencia es una etapa de transición a la edad adulta que cuenta con muchísimos cambios físicos, psicológicos y hormonales de una forma acelerada.

A partir de la adolescencia media, marcada entre los 14 y los 16 años, comienzan a ser más evidentes los cambios a nivel psicológico en el adolescente. Durante esta etapa de maduración y consolidación personal, es imprescindible que los adolescentes conozcan y refuercen los factores protectores de suicidio como las relaciones con familiares y amigos, su autoestima y autosuficiencia para desenvolverse en su día a día. Por el contrario, si los adolescentes están rodeados en su vida de factores de riesgo, podrían manifestar conductas negativas, problemas físicos, emocionales y sociales. No saber afrontar estos problemas o situaciones que surgen a través de los factores de riesgo pueden llevar a los adolescentes a idear o tomar medidas drásticas como el suicidio. Por ello, es necesario investigar y conocer la prevalencia de factores de riesgo de suicidio en adolescentes para poder intervenir y crear estrategias de prevención.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general:**

- Describir la frecuencia de factores de riesgo de suicidio en una muestra de población adolescente de la isla de Tenerife y analizar características asociadas.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Contrastar los factores de riesgo de suicidio más frecuentes en los adolescentes de nuestra muestra con los resultados obtenidos en otros estudios.
- Determinar el nivel de conocimiento que presenta la población adolescente sobre los factores asociados a la conducta suicida.
- Identificar factores estigmatizantes en jóvenes para una correcta prevención.
- Concienciar a la población adolescente sobre este problema de salud realizando una intervención breve informativa.
- Analizar la evaluación y atención temprana de adolescentes con ideación y conducta suicida desde la perspectiva de los profesionales de enfermería de atención primaria de salud.

## 4. MATERIAL Y MÉTODO

### 4.1 Tipo de diseño

El diseño de la investigación es un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y analítico.

### 4.2 Sujetos a estudio:

**Población:** La población del estudio se compondrá de dos grupos de diferentes características: el primer grupo se conforma por adolescentes entre 13 y 18 años y el segundo por profesionales de enfermería de centros de salud. Ambos pertenecientes a la isla de Tenerife.

- Criterios de inclusión:

- En adolescentes: que tengan edades comprendidas entre 13 y 18 años y acepten participar en el estudio.
- En profesionales de enfermería: que pertenezcan a centros de salud del área de salud de Tenerife, que trabajen con adolescentes y den el visto bueno a su participación voluntaria en la investigación.

- Criterios de exclusión:

- En adolescentes: personas que estén afectadas emocional o psicológicamente por experiencias recientes, cuya participación en el estudio estaría desaconsejada.
- En profesionales de enfermería: que no estén actualmente trabajando en el área asistencial.
- En ambos grupos: un cuaderno de recogida de datos incompleto.

### 4.3 Muestra

La muestra será obtenida por conveniencia y en bola de nieve a partir de contactos, familiares y demás conocidos. Dado que la finalidad del estudio es la estimación de correlaciones y no de prevalencia de las características, contar con submuestras totales de al menos 60 casos permite estimar coeficientes no paramétricos de correlación con una relevancia de al menos 0,28 y una potencia del 90%, en pruebas bilaterales de hipótesis y a un nivel de significación alfa de 0,05, así como estimar intervalos de confianza al 95% para esos coeficientes.

#### 4.4 Procedimiento de recogida de datos

El procedimiento de recogida de datos se realizará a través de dos cuadernos proporcionados vía online que estarán disponibles del 15 de febrero al 10 de abril de 2022. Una vez finalizado ese plazo, se cerrará el cuestionario y se procederá al análisis de los datos obtenidos.

El cuaderno de recogida de datos 1 está destinado a adolescentes de entre 13 y 18 años, se constituye de una breve presentación con una advertencia de no participar si se ha vivido recientemente una experiencia relacionada con este tema, un apartado informativo sobre el tema de referencia con un spot del Gobierno de Canarias al final para la concienciación del problema, de cuestionarios validados incluidos en los anexos 1, 2 y 3 (Apgar Familiar, escala de riesgo de conducta suicida Paykel y escala de riesgo de suicidio Plutchik) y de preguntas de elaboración propia mediante la bibliografía consultada para analizar la presencia de factores de riesgo de suicidio y factores estigmatizantes.

El cuaderno de recogida de datos 2 está destinado a profesionales de enfermería que estén actualmente trabajando en centros de salud y con población adolescente. Se constituye de una breve presentación, de preguntas de elaboración propia para recoger datos sobre la atención y evaluación de los adolescentes con riesgo de suicidio y su opinión ante este problema de salud.

#### 4.5 Cronograma

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES								
	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.
Revisión Bibliográfica								
Concreción de la idea de investigación								
Formulación de objetivos								
Establecimiento de metodología a emplear para recogida de análisis								
Recogida de datos								
Análisis de resultados y discusión								
Conclusión								

Fuente: Propia

## 4.6 Variables

### 4.6.1 Cuaderno 1

#### Variables sociodemográficas:

- Edad: variable cuantitativa numérica.
- Sexo: variable cualitativa a elegir entre opciones de hombre, mujer u otro.
- Isla de residencia: variable cualitativa de respuesta propia.

#### Variables relacionadas con sucesos personales asociados al riesgo de suicidio e indicadores NANDA-I identificados:

Variable cualitativa formada por dos ítems de elaboración propia mediante la bibliografía consultada con respuestas de opción múltiple entre 8 y 7 posibles, para valorar la presencia de factores de riesgo en adolescentes.

La primera pregunta es: Marca entre las siguientes situaciones aquellas que hayas vivido recientemente o que te puedan seguir afectando entre las opciones siguientes: muerte de un ser querido, problema económico familiar, padecimiento de enfermedad grave propia o de algún familiar, dificultad académica, has sido víctima de acoso o amenazas, decepción amorosa, alteración grave del estado anímico, ansiedad o ninguna de las anteriores.

La segunda pregunta es ¿Con qué factores de los siguientes te identificas? (Puedes marcar más de uno) Dificultad para pedir ayuda, conducta autolesiva, dificultad para expresar sentimientos, baja autoestima, aislamiento social, hostilidad, frustración o ninguno de los anteriores.

#### Variables relacionadas con el conocimiento que presentan los adolescentes sobre los factores de riesgo de suicidio:

Variable cualitativa formada por un ítem con respuesta de opción múltiple entre 12 posibles. Marca los resultados (entre uno, varios o ninguno), según consideres como respuesta a la pregunta: ¿Índica aquellos factores que crees que están relacionados a la conducta o ideación suicida? Se incluyen los ejemplos siguientes: acoso escolar, mala relación social, consumo de alcohol u otras drogas, depresión, soledad, estrés escolar, pérdidas materiales, catástrofes, mala autoestima, decepción amorosa, poca relación social, desesperanza o ninguna de las anteriores.

#### Variables relacionadas con la funcionalidad familiar como factor de riesgo de suicidio:

Variable cualitativa formada por nueve ítems incluidas en cuestionario validado con tipo de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre). Se incluye valoración del factor familiar de riesgo de suicidio con preguntas que incluye el cuestionario APGAR familiar (anexo 3).

#### Variables personales relacionados con conductas de riesgo de suicidio:

Variables cualitativas de respuesta dicotómica (Sí o No) formada por preguntas incluidas en cuestionarios validados (anexo 1 y 2) que son escalas de riesgo de conducta suicida Paykel y Plutchik. A la escala Plutchik se le omitió la pregunta número 10 por no proceder en este estudio.

#### Variables relacionadas con factores estigmatizantes sobre el suicidio:

Variable cualitativa con tipo de respuesta dicotómica (Sí o No) formada por dos preguntas de elaboración propia mediante la evidencia científica consultada. Se incluye: ¿si una persona te comenta que se quiere quitar la vida, le crees?, y si un compañero, amigo o familiar se autolesiona con intenciones de quitarse la vida ¿Crees que lo hace como una llamada de atención?

### **4.6.2 Cuaderno 2**

#### Variables sociodemográficas:

- Edad: variable cuantitativa numérica
- Sexo: variable cualitativa a elegir entre opciones de hombre, mujer u otro.
- ¿Zona básica de salud donde trabaja?: variable cualitativa de respuesta propia
- Años de experiencia en atención primaria: variable cuantitativa de respuesta propia
- ¿Dónde desarrolla su trabajo habitualmente? Variable cualitativa para elegir entre las siguientes opciones: consulta de adultos, de pediatría, servicio normal de urgencias u otros.

#### Variables relacionadas a experiencias y creencias personales como profesional de enfermería:

Variable cualitativa con múltiple opción de respuesta a elegir una desde: sí, en los últimos dos años, hasta: no, nunca. Formada por la pregunta ¿Ha recibido formación previa en prevención de conducta suicida?

Variable cualitativa con múltiple opción de respuesta a elegir una desde: sí, ampliamente, hasta: no sabía que se había publicado, lo desconozco. Formada por la pregunta ¿Conoce el programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, publicado en 2021?

Variables cualitativas de respuestas dicotómicas sí o no a las preguntas: A lo largo de tu trayectoria profesional como enfermero, ¿Alguna vez has atendido intentos autolíticos en adolescentes? ¿Utilizas alguna herramienta validada o método de valoración para abordar el riesgo de suicidio en los adolescentes?

Variable cualitativa con respuesta de opción múltiple a elegir una que va desde sí, hacemos seguimiento desde consulta a no tengo experiencia en estos casos a la pregunta: En tu experiencia con pacientes adolescentes con conducta u ideación suicida ¿se le realiza seguimiento desde atención primaria de salud?

#### Variables relacionadas con la opinión de los profesionales:

Variable cualitativa con respuesta tipo Likert (desde muy complicado a nada complicado) a la pregunta: ¿Consideras que es complicado desde las consultas de atención primaria reconocer factores de riesgo de suicidio en adolescentes?

Variable cualitativa de respuesta tipo Likert (de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo) formada por la pregunta ¿Consideras de interés programar nuevas citas en atención primaria a los adolescentes, una vez finalizado el periodo de revisiones obligatorias por edad, para valorar su estado de salud física y psíquica?

#### Variables relacionadas a conocimiento de diagnósticos e intervenciones de enfermería hacia la prevención del suicidio

Variable cualitativa con tipo de respuesta dicotómica Sí/No a las preguntas ¿existe algún diagnóstico enfermero de NANDA Internacional relacionado con el riesgo de suicidio? ¿Existe alguna intervención enfermera de la NIC relacionada con la prevención del suicidio?

### **4.7 Análisis estadístico**

Una vez finalizado el trabajo de campo se realiza un análisis estadístico de los datos obtenidos sobre las variables determinadas: sociodemográficas, cualitativas y cuantitativas, en relación con los objetivos marcados en este proyecto.

La descripción de las muestras se realiza utilizando, para las variables cualitativas, la frecuencia de sus categorías y para las cuantitativas, la media o mediana y desviación estándar o percentiles (5-95), o rango intercuartílico, en función de la normalidad de la distribución.

En el análisis bivalente se buscan asociaciones o diferencias entre las variables principales de interés y se utilizarán las pruebas de asociación pertinentes según el tipo de variables a correlacionar: los coeficientes de Pearson o Spearman (para dos variables cuantitativas); cuando se trate de una variable cuantitativa y otra cualitativa de dos categorías, se emplea la prueba T de Student o la U de Mann-Whitney (según distribución); por último, al hallar diferencias entre dos variables cualitativas de dos categorías se usará la prueba de Chi-Cuadrado.

Todas las pruebas son bilaterales y serán ejecutadas a un nivel de significación alfa  $p < 0,05$  y con ayuda del programa estadístico SPSS v.25.0.

## **5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El estudio se realizará en conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia en 1964 y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Sudáfrica (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Seúl (2008), Brasil (2013); y las Leyes y Reglamentos vigentes en Europa y España.

Los participantes deben otorgar su consentimiento antes de ser admitidos en el estudio, habiendo recibido las explicaciones sobre la naturaleza, propósitos y posibles consecuencias del estudio, de una manera comprensible.

El sujeto del estudio otorgará su consentimiento, firmando el modelo correspondiente de forma previa a la cumplimentación de la encuesta. El investigador no iniciará ninguna investigación correspondiente al estudio hasta que haya obtenido el consentimiento del participante.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio, sólo tendrán acceso a los mismos el investigador y su equipo de colaboradores.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD).

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Cuaderno 1

El análisis de las variables sociodemográficas mostró los siguientes datos:

Las variables de escala no tienen una distribución normal, por lo que describirlas con desviaciones estándar y media no procede.

La mediana de edad de los 64 adolescentes es de 17 (14,18) años, representando el 39,7% de los participantes del estudio como se aprecia en la siguiente ilustración:

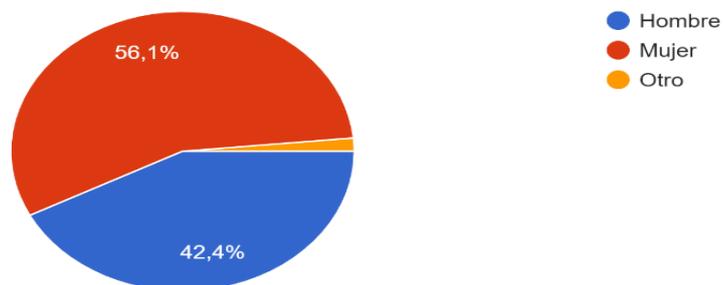
*Tabla 1. Porcentajes de edad de los adolescentes participantes*

		<b>Edad del adolescente</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	13	1	1,6	1,6	1,6
	14	10	15,6	15,9	17,5
	15	6	9,4	9,5	27,0
	16	4	6,3	6,3	33,3
	17	25	39,1	39,7	73,0
	18	16	25,0	25,4	98,4
	19	1	1,6	1,6	100,0
	Total	63	98,4	100,0	
Perdidos	99	1	1,6		
Total		64	100,0		

Fuente: propia.

En cuanto al sexo de los participantes, se visualizan más respuestas femeninas que masculinas como se aprecia en el gráfico siguiente:

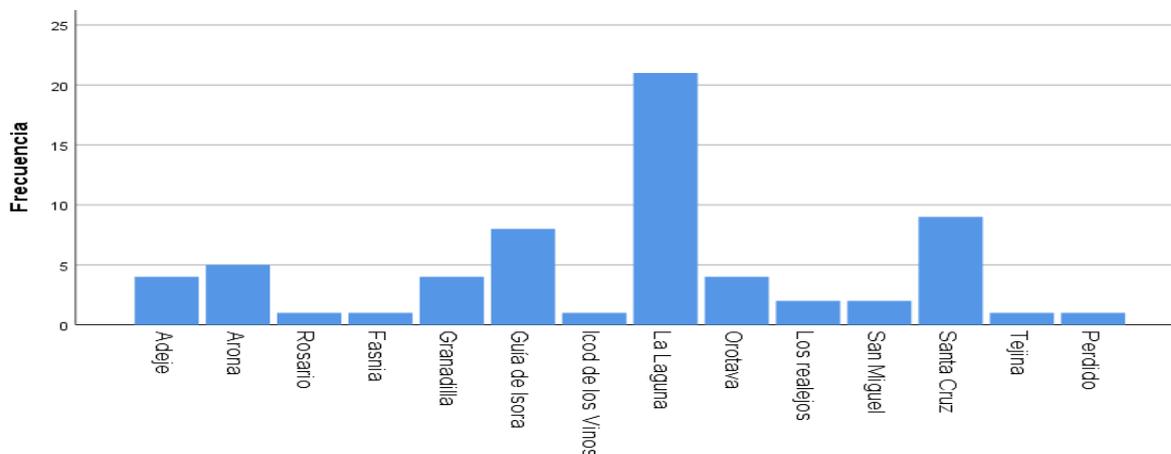
*Gráfico 4. Sexo de los participantes*



Fuente: Propia

En la variable a estudio de Municipios de residencia se obtuvieron respuestas de 13 municipios diferentes de la isla de Tenerife representados en la gráfica siguiente:

**Gráfico 5. Municipios de residencia de los participantes**



Fuente: Propia

El 32,8% de los participantes pertenecen al municipio de La Laguna, el 14,1% a Santa Cruz y el 12,5% a Guía de Isora siendo estos tres, los municipios con mayor participación.

El análisis de las demás variables a estudio relacionadas con los factores de riesgo y conducta suicida, reflejaron los siguientes datos de interés:

Los sucesos relacionados con los factores de riesgo de suicidio que a lo largo de su vida han padecido los adolescentes muestran la prevalencia siguiente de los mismos.

**Tabla 2. Porcentaje de adolescentes que han vivido los diferentes sucesos a estudio.**

Sucesos vitales estresantes	% de adolescentes que los han padecido
Ansiedad	46,9
Muerte de un ser querido	34,4
Problemas importantes en el rendimiento académico	32,8
Alteración grave del estado anímico	26,6
Padecimiento de enfermedad grave	25,0
Problema económico familiar	21,9
Has sido víctima de acoso	20,3
Decepción amorosa	18,8

Fuente: Propia

Los sucesos vitales que más influyen en la muestra de estudio son la ansiedad, la muerte de un ser querido y los problemas importantes en el rendimiento académico.

La mediana de puntuaciones respecto al sumatorio de situaciones vitales estresantes que afecten al adolescente es de 2 (2) con un rango que oscila entre 0 y 8 situaciones posibles.

La variable que estudia el reconocimiento de factores de riesgo por parte de la muestra de adolescentes nos mostró la siguiente prevalencia:

**Tabla 3. Porcentaje de adolescentes que reconoce los siguientes factores**

<b>Factores de riesgo de suicidio conocidos</b>	<b>% de adolescentes que los reconocen</b>
Depresión	90,6
Acoso escolar	85,9
Mala autoestima	82,8
Mala relación familiar	75,0
Soledad	64,1
Poca relación familiar	54,7
Estrés escolar	50,0
Desesperanza	42,2
Decepción amorosa	40,6
Consumo de alcohol u otras sustancias	37,5
Catástrofes	23,4
Pérdidas materiales	14,1

Fuente: Propia

Casi la totalidad de los adolescentes que conforman la muestra, reconocen la depresión, el acoso escolar, la mala autoestima y relación familiar como factores de riesgo de suicidio.

La mediana de puntuaciones respecto al sumatorio de conocimiento de factores de riesgo señalados por los adolescentes es de 6,5(5) con un rango que oscila entre 0 y 12 factores de riesgo posibles.

La variable de factores de riesgo reconocidos en la NANDA-I con los que los adolescentes se identifican muestra la siguiente prevalencia:

**Tabla 4. Porcentaje de adolescentes que se identifican con algunos de los indicadores NANDA para el riesgo de suicidio**

Indicadores NANDA para el riesgo de suicidio	Adolescentes que se identifican %
Dificultad para pedir ayuda	51,6
Baja autoestima	50,0
Dificultad para expresar sentimientos	46,9
Frustración	37,5
Aislamiento social	10,9
Conducta autolesiva	9,4
Hostilidad	7,8

Fuente: Propia.

La dificultad para pedir ayuda, la baja autoestima y la dificultad para expresar sentimientos son los indicadores NANDA-I para el riesgo de suicidio con los que los adolescentes más se identifican. La mediana de puntuación respecto al sumatorio de los indicadores NANDA-I relacionados con el riesgo de suicidio con los que se identifican los adolescentes es de 2(2) con un rango que oscila entre 0 y 7 indicadores posibles.

La variable que estudia la funcionalidad familiar como factor de riesgo de suicidio con la escala Apgar familiar, nos mostró como datos más relevantes que a un 59,4% de los adolescentes no les satisface como se hablan y comparten los problemas en familia y del mismo modo a un 56,3% no les satisface el tiempo para estar juntos.

Las variables que estudian el riesgo de conducta suicida nos muestran los siguientes datos:

El sumatorio de la escala Paykel representado en la tabla nº5, nos muestra que un 35,9% de los participantes no presenta factores de riesgo mientras que el 60% sí.

**Tabla 5. Sumatoria escala Paykel**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	23	35,9	35,9	35,9
	1	6	9,4	9,4	45,3
	2	12	18,8	18,8	64,1
	3	8	12,5	12,5	76,6
	4	8	12,5	12,5	89,1
	5	7	10,9	10,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: Propia.

La escala Plutchik reveló que un 64,1% de los encuestados presenta menos de 6 factores de riesgo de suicidio como se muestra a continuación:

**Tabla 6. Sumatoria escala Plutchik**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	7	10,9	10,9	10,9
	1	3	4,7	4,7	15,6
	2	12	18,8	18,8	34,4
	3	8	12,5	12,5	46,9
	4	4	6,3	6,3	53,1
	5	7	10,9	10,9	64,1
	6	3	4,7	4,7	68,8
	7	6	9,4	9,4	78,1
	8	4	6,3	6,3	84,4
	9	3	4,7	4,7	89,1
	10	1	1,6	1,6	90,6
	11	4	6,3	6,3	96,9
	12	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Fuente: Propia

La mediana de puntuaciones del sumatorio de la escala Paykel es de 2(3) y la mediana de la escala de puntuaciones Plutchik es de 4(5).

Las variables que estudian posibles factores estigmatizantes sobre el suicidio presentes en los participantes muestran que el 76,6% sí creerían a una persona que comenta que se quiere quitar la vida y el 78,1% no cree que una persona se autolesione como una llamada de atención.

#### Análisis bivalente:

No se comprobó correlación significativa entre la edad de los participantes y el número de sucesos vitales que afectan, el número de factores de riesgo según el Diagnóstico NANDA-I y las escalas Paykel y Plutchik.

Se comprobaron diferencias por sexo en relación con el riesgo de suicidio según las puntuaciones de las escalas Paykel y Plutchik, los factores de riesgo NANDA-I identificados por los adolescentes y los sucesos vitales señalados por estos.

Las puntuaciones de la escala Paykel mostraron que el rango medio entre las mujeres fue más elevado que entre los hombres, 39,54 (N=37) frente a 22,85 (N=27), U-Mann-Whitney=239,000 ( $p < 0,001$ ). Los datos más significativos fueron que un 70,3% de las mujeres participantes han sentido que la vida no merece la pena frente a un 33,3% de

los hombres ( $p=0,003$ ) y que un 70,3% de las mujeres han pensado en quitarse la vida, aunque realmente no lo fueran a hacer frente a un 29,6% de los hombres ( $p=0,001$ ).

La escala Plutchik mostró la misma tendencia siendo más elevado el rango medio entre las mujeres 37,80 ( $N=37$ ) que en los hombres 25,24 ( $N=27$ ), U-Mann-Whitney=303,500 ( $p=0,007$ ). Un 91,9% de las mujeres de la muestra se han sentido alguna vez inútiles e inservibles frente a un 51,9% de los hombres ( $p<0,001$ ).

Los indicadores NANDA-I relacionados con el riesgo de suicidio identificados por los participantes también mostraron un rango más elevado en mujeres 37,85 ( $N=37$ ) que en hombres 25,17 ( $N=27$ ), U-Mann-Whitney=301,500 ( $p=0,006$ ). El indicador con mayor diferencia fue la baja autoestima con un porcentaje de 64,9% de las mujeres frente a un 29,6% de los hombres ( $p=0,005$ ).

Los sucesos vitales relacionados con el riesgo de suicidio mostraron igualmente un rango más elevado en el sexo femenino 36,73 ( $N=37$ ) que en el masculino 26,70 ( $N=27$ ), U-Mann-Whitney=343,000 ( $p=0,030$ ). El suceso con más diferencia de género es la ansiedad, comprobándose en análisis bivalente mayor presencia de ansiedad en el sexo femenino 62,2% frente a un 25,9% del sexo masculino ( $p=0,004$ ).

Al tratar de correlacionar el municipio de residencia no se comprueba mayor riesgo de suicidio entre un grupo de adolescentes y otro.

Mediante análisis bivalente se comprobó correlación positiva entre el número de sucesos vitales declarados por los adolescentes y las puntuaciones de escala Paykel, Plutchik e Indicadores NANDA-I para el riesgo de suicidio identificados con una fuerza de correlación de 0,426, 0,490 y 0,613 respectivamente ( $p<0,001$ ). Mediante prueba de chi-cuadrado se comprobó mayor prevalencia y correlación de los sucesos vitales siguientes: problemas importantes en el rendimiento académico, víctima de acoso, alteración grave del estado anímico y la ansiedad.

A su vez, también se comprobaron correlaciones significativas entre el sumatorio de la escala Apgar Familiar y el riesgo suicida según las puntuaciones de las escalas Paykel, Plutchik, indicadores NANDA-I y sucesos vitales declarados por los adolescentes. Con una fuerza de correlación de -0,379 ( $p=0,002$ ), -0,560 ( $p<0,001$ ), -0,429 ( $p<0,001$ ) y -0,350 ( $p=0,004$ ) respectivamente.

El sumatorio de indicadores NANDA-I identificados por los adolescentes también presentó correlación significativa con las escalas Paykel y Plutchik con una fuerza de correlación de 0,615 ( $p<0,001$ ) y 0,598 ( $p<0,001$ ) respectivamente. Con prueba de chi-cuadrado se obtuvo mayor prevalencia y correlación de los indicadores NANDA-I siguientes: dificultad para pedir ayuda, dificultad para expresar sentimientos y baja autoestima.

## 6.2 Cuaderno 2

El análisis de las diferentes variables a estudio reflejó los siguientes datos de interés de los 108 profesionales participantes:

La realización de medias y desviaciones estándar de las variables a escala no proceden ya que no son paramétricas. El análisis de las variables sociodemográficas mostró una mediana de edad de 45(25,63) años. La mediana de años de experiencia en atención primaria es de 15(1,33).

En cuanto al sexo de la muestra se visualiza mayor participación de mujeres que de hombres representados en la siguiente tabla.

**Tabla 7. Sexo de la muestra**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	82	75,9	75,9	75,9
	Hombre	26	24,1	24,1	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Propia

La muestra participante corresponde a 19 zonas básicas de salud de los 41 totales que existen en la isla de Tenerife. Además, el 53,7% de la muestra desarrolla su trabajo habitualmente en consulta de adultos, el 13,9% en pediatría y el 32,4% restante a otros servicios o especialidades.

El análisis de las variables relacionadas con experiencias y creencias personales como profesionales de enfermería reveló que 6 de cada 10 participantes no recibió formación previa en prevención de conducta suicida. Además, el 40,7% de los participantes desconoce que se había publicado el programa de prevención de la conducta suicida en Canarias publicado en 2021.

El 54,6% de los encuestados refiere haber atendido alguna vez intentos autolíticos en adolescentes a lo largo de su trayectoria profesional. Así mismo, un 96,3% de los participantes no utilizan herramientas validadas o métodos de valoración para abordar el riesgo de suicidio en los adolescentes.

Al estudiar el seguimiento que se les realiza a los adolescentes con conducta suicida desde atención primaria, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 8. Porcentaje de seguimiento de casos de adolescentes con ideación o conducta suicida desde Atención Primaria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo experiencia en estos casos	43	39,8	39,8	39,8
	Se tratan coordinadamente entre atención primaria y salud mental	24	22,2	22,2	62,0
	No, se deriva a equipos de salud mental	40	37,0	37,0	99,1
	Sí, hacemos seguimiento desde consulta	1	,9	,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Fuente: Propia

Las variables relacionadas con la opinión de los profesionales mostraron que un 36,1% considera complicado reconocer factores de riesgo de suicidio en adolescentes. Además, un 61,1% de la muestra está totalmente de acuerdo en programar nuevas citas en atención primaria de salud a los adolescentes una vez finalizado el periodo de revisiones obligatorias por edad, para valorar su estado de salud física y psíquica.

Las variables a estudio sobre el conocimiento de los profesionales de enfermería de la existencia de diagnósticos e intervenciones enfermeras hacia la prevención del suicidio revelaron que un 31,8% de los participantes no sabe si existe algún diagnóstico enfermero de NANDA-I relacionado con el riesgo de suicidio y un 32,7% desconoce que existan intervenciones de enfermería relacionadas con la prevención del suicidio.

## 7. DISCUSIÓN

El suicidio es un tema que hoy en día sigue tratándose de manera tabú y que genera muchísimas dudas en los profesionales de salud cuando se enfrentan a personas que idean o intentan cometer acciones autolíticas.

Se ha demostrado la existencia de factores de riesgo que predisponen a las personas a cometer un suicidio y por ello, se plantea necesaria la intervención profesional para reconocer dichos factores y promover acciones que mejoren la salud psíquica de la persona con esta conducta.

El análisis de resultados mostró la existencia de factores de riesgo de suicidio con una alta prevalencia en la muestra de adolescentes estudiada. No se ha encontrado mayor significación de factores de riesgo según la edad mientras que otros estudios apuntan a que el riesgo de conducta suicida es mayor en la adolescencia tardía por la mayor exposición a factores de riesgo (Dávila Cervantes y Luna Contreras; 2019). Tampoco se mostró mayor incidencia de factores de riesgo en un grupo de población u otro de la muestra. Ante la estigmatización del problema de salud por parte de los adolescentes no se comprobó presencia de esta en los participantes.

Se encontraron diferencias por sexo al igual que en otras investigaciones previas donde la prevalencia de factores de riesgo de suicidio es mayor en mujeres que en hombres (Dávila Cervantes y Luna Contreras; 2019). Se apunta a que las mujeres son más tendentes a la depresión y por ello aumenta la prevalencia de los factores de riesgo en estas.

Se comprobó que sucesos vitales estresantes como un mal rendimiento académico, ser víctima de acoso, la alteración grave del estado anímico y la ansiedad aumentan el riesgo de suicidio según la correlación encontrada con las escalas de evaluación de riesgo y conducta suicida Paykel y Plutchik. Por otro lado, algunos de los indicadores seleccionados de la NANDA-I para el riesgo de suicidio como la dificultad para pedir ayuda, la baja autoestima y la dificultad para expresar sentimientos, también mostraron correlación significativa con estas escalas.

Al realizar la prueba Apgar Familiar se obtuvo que los adolescentes presentan menos satisfacción para hablar y compartir los problemas con sus familiares al igual que no se encuentran satisfechos con el tiempo para estar juntos. Estudios previos demuestran que la poca comunicación familiar o ausencia de familiares cercanos pueden provocar el mal afrontamiento de los sucesos vitales estresantes en el adolescente pudiendo llegar al intento de suicidio (Ortiz, Meza, y Cañón; 2019).

El análisis de las variables de los profesionales demostró que más de la mitad de los encuestados no ha recibido formación previa en prevención de conducta suicida. Otro factor por destacar es que a la mayoría de los encuestados les parece complicado reconocer factores de riesgo en adolescentes con conducta suicida y, además, reconocen derivar a salud mental estos casos y no realizarles ningún tipo de seguimiento desde atención primaria de salud porque no hay ningún protocolo que así lo recoja.

La mayoría de los profesionales a los que se les ha realizado el cuestionario, indicaron estar de acuerdo en programar nuevas citas a los adolescentes una vez finalizado el periodo de revisiones por edad, para realizar seguimiento y en su defecto detectar posibles factores de riesgo.

No existen planes de salud generalizados a nivel estatal ante esta situación y se sigue tratando como un problema de salud que sólo corresponde solucionar a psicólogos o psiquiatras, cuando la realidad es que su pronta captación y prevención atañe a todos los profesionales de la salud. La presencia de factores de riesgo de suicidio en adolescentes hace replantearse la necesidad de realizarles seguimiento desde atención primaria para identificar su presencia. Debido a que la adolescencia es la etapa en la que comienza el desarrollo a nivel psicológico y la maduración personal, se ayudaría a prevenir y promocionar las buenas conductas a nivel emocional, familiar y social.

## **8. CONCLUSIONES**

Se han encontrado factores de riesgo de suicidio en los participantes. El perfil en el que se muestra mayor prevalencia de estos factores es en mujeres adolescentes. Los factores que más afectan a este perfil son la ansiedad, ser víctima de acoso, alteración del estado anímico y tener un mal rendimiento académico.

En cuanto a el diagnóstico de la NANDA-I sobre el riesgo de suicidio con nivel de evidencia 3.2, los indicadores con mayor presencia en los adolescentes son la baja autoestima, dificultad para pedir ayuda y para expresar sentimientos. Por otro lado, la escala Apgar Familiar reveló que los adolescentes participantes estaban insatisfechos con el tiempo compartido y la comunicación con la familia.

Estos factores de riesgo de suicidio descritos por los adolescentes son complicados de reconocer a los profesionales de la salud, los cuales indican derivar la mayoría de los casos de conducta suicida a especialistas de la salud mental sin realizar seguimiento en sus consultas, ya que no existe un plan generalizado a nivel estatal para este problema de salud que diga cómo proceder ante estos casos y no se sienten formados sobre este tema.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McDowell, A. K., Lineberry, T. W., & Bostwick, J. M., 2011. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clinic proceedings*, 86(8), 792–800. <https://doi.org/10.4065/mcp.2011.0076>
2. Servicio Canario de Salud. Programa de Prevención de la conducta suicida en Canarias. (2019-2023). Gobierno de Canarias. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3f5ce57d-1085-11ec-bfb0-874800d2c074/PPCSC.pdf>
3. Gabilondo A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Informe SESPAS 2020. Gaceta sanitaria*, 34 (1), 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32674862/>
4. Goñi Sarriés A. y Zandio Zorrilla M. (2017). El suicidio: un reto para la prevención. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 40(3), 335–338. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0122>
5. Gabilondo, A., Del Valle, D., Montoya, I., & Iruin, A. (2021). Use of Health Services in the Months Prior to Suicide in a Country with Low Suicide Rates and Public Universal Access to Healthcare. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1967236>
6. Blanco C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106. <https://dx.doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
7. 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), pp. 139-146. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989114000056>
8. Harmer B., Lee S., Duong T. & Saadabadi A. (2021). Suicidal Ideation. *StatPearls Publishing*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>
9. Sufrate Sorzano, T., Santolalla Arnedo, I., Rivera Sanz F. y Ramírez C. (2020). Conducta suicida. Cuidados de enfermería para la prevención e intervención en crisis. *Presencia*, 16, e12659.
10. Ackley B. J., Ladwig G.B, Flynn Makic M.B, Martinez Kratz M., Zanoliti M., 2021. *Nursing Diagnosis Handbook, 12<sup>th</sup> Edition Revised Reprint whit 2021-2023 NANDA-I®*. Elsevier.
11. Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., & Elicer, B. (2018). Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting. *Medwave*, 18(5), e7246. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246>

12. Ayuso Mateos J., Baca García E., Bobes J., Giner J., Giner L., Pérez V., Sáiz A.P. y Saiz Ruiz J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Psiquiatría y salud mental*, 5 (1), 8-23 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-recomendaciones-preventivas-manejo-del-comportamiento-S188898911200002X>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Una de cada 100 muertes es por suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
14. Eurostat. (2015). Tu clave para las estadísticas europeas. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Festatsat%2Fweb%2Fmain%2Fhome>
15. Navarro Gómez N. (2020) El abordaje del suicidio: revisión de las estrategias autonómicas para su intervención. *Española de Salud Pública*. 94. [https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/C\\_ESPECIALES/RS94C\\_202005036es.pdf](https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202005036es.pdf)
16. Instituto Canario De Estadística (ISTAC) (2020). Suicidios de residentes según sexos. Islas de Canarias y años. <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
17. Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.
18. Benavides J. (2007). Guía de prevención y detección de Factores Riesgo Conductas Suicidas. Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Mental.
19. Siquiera Pereira A., Rodrigues Wilhelm A., Koller S.H. y Martins de Almeida R.M. (2018). Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood.
20. Pereira, A. S., Wilhelm, A. R., Koller, S. H. & Almeida, R. (2018). Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciencia & saude coletiva*, 23(11), 3767–3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
21. BOE-A-2021-20997. 2021.Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. BOE nº303, 155867-155869. [https://www.boe.es/eli/es/res/2021/12/09/\(4\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2021/12/09/(4))
22. Ortiz E., Meza M. y Cañón S. (2019). Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Colección de Artículos sobre Medicina*. [https://www.scipedia.com/public/Ortiz\\_et\\_al\\_2019a](https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a)
23. Heather Herdman T., Kamitsuru S. y Takáo Lopes C. (2021-2023). *NANDA Internacional Nursing Diagnoses: Definiciones y clasificación*, (12).
24. Moorhead S., Swanson E., Johnson M. y Maas M.L. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de resultados de salud*, (6).

25. Butcher H.K., Bulechek G.M., Dochterman J.M. y Wagner C. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), (7).
26. Castaño Castrillón, J. J., Cañón, S., Betancur Betancur, M., Castellanos Sánchez, P. L., Guerrero González, J., Gallego Rivas, A. y Llanos Calderón, C. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11 (2), 193-205. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.02>
27. Fonseca Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
28. Suarez Cuba, M. A. y Alcalá Espinoza, M. (2014). Apgar Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. [www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es&tlng=es)
29. Dávila Cervantes, C.A., y Luna Contreras, M. (2019). Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. *Revista chilena de pediatría*, 90 (6), 606-616. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i6.1012>

## 10. ANEXOS

### Anexo 1. Escala de Riesgo suicida de Plutchik

La escala de riesgo suicida de Plutchik está diseñada para la población general y permite diferenciar entre individuos que no presentan riesgo suicida y los que si lo presentan. Se conforma de un cuestionario de 15 preguntas cerradas (con respuesta de sí o no). Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El punto de corte propuesto está en 6 puntos.

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Esta deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habria sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Fuente: Castaño Castrillón et al., 2015.

## Anexo 2. Escala Paykel de suicidio.

La escala de PAYKEL es una herramienta diseñada para evaluar las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en la población clínica. Consta de 5 preguntas con respuestas cerradas (sí o no). Cada pregunta puntúa 1 si es sí y 0 si es no. Mayores puntuaciones indicarían mayor gravedad.

<b>TABLA 1</b>		
<b>ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO</b>		
Por favor, ponga una cruz en la casilla que considere que se ajusta más lo que has sentido o experimentado durante el <b>último año</b>		
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 considerarías 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 y Pérez de Albéniz; 2020.

### Anexo 3. Cuestionario Apgar familiar.

El cuestionario APGAR Familiar es un instrumento que mide el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. El test debe ser realizado de forma personal marcando según consideración con una “x” en la respuesta correspondiente. Cada respuesta puntúa de manera distinta, siendo un 0 para nunca, un 1 para casi nunca, un 2 para algunas veces, un 3 para casi siempre y un 4 para siempre. Luego se realizará un recuento de puntos siendo: normal entre 17-20 puntos, disfunción leve entre 16-13 puntos, disfunción moderada entre 12-10 puntos y disfunción severa en menor o igual a 9 puntos.

**Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia**

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Fuente: Suarez Cuba y Alcalá Espinoza; 2014.

