

Proyecto de investigación:

**Perfil del adolescente con conducta suicida en la población de
la isla de La Palma**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Autor: Marwan El Khatib Ghzal

Tutor: Gerson Reyes Abreu

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Junio 2023

RESUMEN:

La conducta suicida es la actitud asociada a la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. Esta es una problemática presente entre los adolescentes, ya que es una etapa de la vida en la que se experimentan muchos cambios y desafíos. La conducta suicida en adolescentes puede ser una respuesta a la presión y el estrés causados por diferentes factores de riesgo, por lo que es necesaria la implementación de programas de intervención focalizados a la prevención de este comportamiento.

En este proyecto de investigación se pretende explorar cómo se manifiesta la conducta suicida en adolescentes, qué factores de riesgo pueden contribuir a su aparición, las diferencias entre los adolescentes de diferentes edades, géneros y grupos culturales, y cómo se relaciona con otros problemas de salud mental. Para ello se diseñará un estudio cuantitativo descriptivo transversal en el que se realizará una encuesta de creación propia para que la realice la población de entre 12-25 años que acuda al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de La Palma.

Palabras clave: conducta suicida, adolescentes, factores de riesgo, salud mental, Servicio de Urgencias, La Palma.

ABSTRACT:

Suicidal behavior is the attitude associated with suicidal ideation, suicide attempts, and completed suicide. This is a problem that is present among adolescents, as it is a stage of life in which many changes and challenges are experienced. Suicidal behavior can be a response to the pressure and stress experienced by adolescents caused by various risk factors, therefore, the implementation of targeted intervention programs for the prevention of this behavior is necessary.

This research project aims to explore how suicidal behavior manifests in adolescents, what risk factors may contribute to its occurrence, the differences between adolescents of different ages, genders, and cultural groups, and how it relates to other mental health problems. To achieve this, a descriptive cross-sectional quantitative study will be designed, in which a survey of our own creation will be conducted by the population aged 12-25 years attending the Emergency Department of La Palma University Hospital.

Keywords: suicidal behavior, adolescents, risk factors, mental health, Emergency Department, La Palma.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Suicidio	1
1.1.1 Definición	1
1.1.2 Ideación suicida, intentos autolíticos y autolesiones	2
1.1.3 Factores de riesgo	4
1.1.3.1 Factores de riesgo modificables o inmodificables	4
1.1.3.2 Factores de riesgo individuales, familiares y contextuales y otros factores	4
1.2 Conducta suicida en adolescentes	6
1.2.1 Factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes	6
1.2.2 Factores precipitantes de conducta suicida en adolescentes	8
1.2.3 Prevención del suicidio	9
2. ANTECEDENTES	12
2.1 Antecedentes del suicidio	12
2.1.1 Generalidades mundiales sobre el suicidio	12
2.1.2 Estado del suicidio en España	12
2.1.3 Estado del suicidio en Canarias	13
2.1.4 Estado de ideaciones suicidas e intentos de suicidio en España	14
2.1.5 Estado de ideación suicida e intentos de suicidio en adolescentes en España tras la pandemia	14
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. METODOLOGÍA	17
4.1 Definición de pregunta de investigación	17
4.2 Objetivos	17
4.2.1 Objetivos generales	17
4.2.2 Objetivos específicos	17
4.3 Hipótesis	17
4.4 Tipo de estudio	17
4.5 Población y muestra	18
4.5.1 Criterios de inclusión	18
4.5.2 Criterios de exclusión	18
4.5.3 Muestra	18
4.6 Fuentes de información	18
4.7 Procedimiento de recogida de datos	19
4.7.1 Variables del estudio	20
4.7.1.1 Variables sociodemográficas	20
4.7.1.2 Variables propias del estudio	21
4.8 Análisis de datos	22
4.8.1 Análisis descriptivo	22

4.8.2 Análisis bivariante	22
4.8.2.1 Variables a comparar	23
4.9 Consideraciones éticas y limitaciones	24
4.10 Cronograma	25
4.11 Presupuesto	26
5. CONCLUSIÓN	27
6. BIBLIOGRAFÍA	28
7. ANEXOS	33
7.1 Anexo 1: Solicitud de colaboración	33
7.2 Anexo 2: Consentimiento informado	34
7.3 Anexo 3: Cuestionario para enfermero de triaje	35
7.4 Anexo 4: Encuesta de elaboración propia	36

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que afecta a nuestra sociedad, pues es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, y la población adolescente es altamente susceptible de este comportamiento.

Para comenzar y poder desarrollar este proyecto de investigación, debemos entender los conceptos y diferentes clasificaciones que engloban el suicidio, y sus definiciones a lo largo de la historia.

1.1 Suicidio

1.1.1 Definición

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la definición de suicidio como “acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su desenlace letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. La OMS también define la ideación suicida como “pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte de uno mismo, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”.¹

El sociólogo francés Emile Durkheim es considerado como el primer investigador que llevó a cabo un estudio influyente sobre el suicidio. En 1897, definió el suicidio como “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado”. En dicho estudio, Durkheim hizo una distinción clara entre el suicidio y la tentativa de suicidio. Definió la tentativa de suicidio como “El mismo proceso definido para el suicidio, detenido en su camino, antes que resulte en muerte”. Durkheim clasificó el suicidio en función de las relaciones entre el individuo y la sociedad:^{2,3,4}

- El suicidio egoísta, que ocurre en sociedades poco cohesionadas. Este tipo de suicidio se da en individuos extremadamente individualistas, típicos de sociedades avanzadas.
- El suicidio altruista, que se produce cuando el individuo está excesivamente integrado en la sociedad. A diferencia del suicidio egoísta, este ocurre en sociedades donde hay poca división social del trabajo y hay similitud entre la conciencia colectiva y la individual. Algunos ejemplos de este tipo de suicidio son los suicidios colectivos en algunas sectas y los suicidios de personas mayores que justifican su muerte como necesaria para el bienestar de la comunidad.

- El suicidio anómico, que es causado por la falta de normas o leyes que regulen la actividad humana. Este tipo de suicidio ocurre cuando el individuo no es capaz de adaptarse a la desaparición o cambio en la estructura que regía su vida diaria y opta por el suicidio. Sucede en momentos de crisis aguda, como después de la muerte de un ser querido o un divorcio.^{3,4,5}

El *National Institute of Mental Health* clasificó en 1970 el comportamiento suicida en tres escalones:

- La ideación suicida, consistente en los pensamientos y actos que denotan la pérdida de deseo de vivir y que no llegan a resultar en lesiones físicas.
- El intento de suicidio consistente en actos deliberados y autoinfligidos que resultan en lesiones físicas sin resultado fatal.
- El suicidio completado, consistente en actos deliberados y autoinfligidos que resultan en la muerte del individuo.³

De Leo et al definieron el suicidio en 2004 como “un comportamiento con desenlace fatal en el que la persona, sabiendo o esperando ese resultado, inició y condujo la conducta para alcanzar su objetivo”, y lo clasifican según su intencionalidad en comportamiento suicida sin resultado fatal ni lesiones, comportamiento suicida sin resultado fatal con lesiones, y comportamiento suicida con resultado fatal. *Crosby, Ortega y Melanson* conceptualizan el suicidio en 2011 como “la muerte resultante del comportamiento autoinfligido perjudicial en el que la persona tenía la intención de morir como resultado de dicha conducta”.^{3,6,7}

El Congreso Nacional de Psiquiatría del 2012 definió los tres principales tipos de suicidio como la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio.⁸

1.1.2 Ideación suicida, intentos autolíticos y autolesiones

Cualquier comportamiento relacionado con el suicidio comienza con una ideación suicida, que se refiere al “conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte” Estos pensamientos pueden o no manifestarse a través de amenazas verbales o escritas previamente a la actuación suicida.^{9,10}

La OMS define en 2014 el intento autolítico como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal”, y la conducta suicida como “comportamientos

que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho”.¹¹

Las autolesiones son conductas autoinfligidas con la intención de realizar algún daño físico. No siempre el daño autoinfligido es con una intencionalidad suicida, por lo que hay que diferenciar las autolesiones suicidas de las autolesiones no suicidas. Para ello, el Algoritmo de Clasificación Columbia para la Evaluación del Suicidio, clasifica la conducta autolesiva en suicida o no suicida, y a su vez estos se dividen en los siguiente subtipos:^{7, 12, 14}

- Las conductas autolesivas suicidas que se dividen en cuatro categorías:
 - El suicidio consumado implica un comportamiento autoinfligido que causa la muerte y está asociado con una intención de morir.
 - El intento de suicidio es un comportamiento potencialmente autoinfligido, con evidencia de que la intención del individuo de suicidarse puede ser explícita o inferida.
 - Los actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente implican que el individuo toma medidas para lesionarse a sí mismo, pero es detenido antes de que el potencial de daño haya comenzado.
 - La ideación suicida se refiere a pensamientos pasivos o activos de suicidarse, sin un comportamiento preparatorio.¹²

- Las conductas autolesivas no suicidas se dividen en tres categorías:
 - Las autolesiones sin intención de suicidio son comportamientos autoinfligidos destinados a aliviar la angustia o efectuar cambios en otros o el medio ambiente. Ejemplos de estos actos son las automutilaciones con cortes superficiales, arañazos, quemaduras, etc.
 - Las otras autolesiones no deliberadas no tienen ninguna tendencia suicida o conducta deliberada de autolesión asociada. Este acontecimiento se define por ser una lesión que ocurre de manera no intencional, síntomas relacionados con trastornos mentales o el comportamiento exclusivamente, o síntomas y procedimientos médicos sin ninguna intención autoinfligida.
 - Los eventos potencialmente suicidas o indeterminados involucran un comportamiento autoinfligido en el que la intención de morir asociada es desconocida y no puede ser inferida.¹²

La conducta suicida, de menor a mayor gravedad, debe distinguirse entre: ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado.¹³

1.1.3 Factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo de la conducta suicida, existen diversas formas de clasificarlos:

1.1.3.1 Factores de riesgo modificables o inmodificables

Los factores de riesgo modificables son aquellos que pueden ser corregidos mediante intervención clínica, y se refieren a factores sociales, psicológicos y psicopatológicos. Por otro lado, los factores inmodificables son aquellos que no pueden ser alterados por intervención clínica ya que son inherentes al individuo o al grupo social al que pertenece, manteniéndose en el tiempo sin posibilidad de cambio.³

- Factores modificables: Trastorno afectivo, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de la personalidad, otros trastornos mentales, salud física, dimensiones psicológicas.
- Factores inmodificables: Heredabilidad, sexo, edad (principalmente adolescentes y edad geriátrica), estado civil, situación laboral y económica, creencias religiosas, apoyo social, conducta suicida previa.³

1.1.3.2 Factores de riesgo individuales, familiares y contextuales y otros factores

- Factores individuales:
 - Trastornos mentales: la depresión (que supone un riesgo 20 veces mayor de conducta suicida que el resto de la población), trastorno bipolar, esquizofrenia y trastornos psicóticos, trastorno por abuso de alcohol y sustancias, trastorno de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad.
 - Factores psicológicos como la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la dificultad de resolución de problemas, la desesperanza y la rigidez cognitiva. Todas ellas varían en función de la edad, siendo la desesperanza la de mayor riesgo. Entre los rasgos de personalidad más influyentes cabe destacar la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad.
 - Intentos previos de suicidio.

- Edad, pues existe mayor riesgo en adolescentes y ancianos.
 - Sexo, pues se producen más suicidios consumados en hombres y más intentos de suicidio en mujeres.
 - Factores genéticos y biológicos: Los niveles bajos de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo tiene una relación con el suicidio.
 - Enfermedades físicas y discapacidad.^{3, 14}
- Factores familiares y contextuales:
 - Historia previa familiar de suicidio
 - Eventos vitales estresantes como pérdidas personales, pérdidas financieras, problemas legales, acontecimientos negativos.
 - Factores socio familiares y ambientales.
 - Exposición: La exposición a casos de suicidio cercano o a determinadas informaciones sobre el suicidio.^{3, 14}
- Otros factores:
 - Historia de maltrato físico o abuso sexual: Las personas que han sufrido abusos físicos o sexuales suelen presentar comorbilidades que aumentan el riesgo de conducta suicida. En el caso de adolescentes, los suicidios consumados son seis veces más frecuentes en aquellos que han sido víctimas de abuso infantil. En mujeres que sufren violencia de género, especialmente abuso sexual, el riesgo de ideación suicida es siete veces mayor. La violencia puede tener un fuerte impacto en la salud mental, incluyendo trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión.
 - Orientación sexual: La población homosexual, especialmente en la adolescencia y en adultos jóvenes, enfrenta un mayor riesgo de suicidio debido a diversos factores, entre ellos la discriminación, conflictos en sus relaciones interpersonales, ansiedad, falta de apoyo, abuso de alcohol y drogas, depresión y sentimientos de desesperanza.
 - Acoso por parte de iguales o bullying: El acoso o bullying en adolescentes puede tener graves consecuencias a altos niveles con resultado de estrés, ideación y conductas suicidas. De hecho, se ha establecido una asociación entre el acoso escolar y la presencia de pensamientos suicidas y el intento de suicidio en esta población.
 - Fácil acceso a armas/sustancias tóxicas: El fácil acceso a medios para cometer un acto suicida se ha correlacionado con un mayor riesgo de suicidio, en particular, el acceso a armas de fuego y medicamentos.^{3, 14}

1.2 Conducta suicida en adolescentes

El suicidio es un problema grave de salud pública y socio-sanitario que afecta a personas de todas las edades, incluyendo jóvenes y adolescentes. De hecho, el suicidio y los accidentes de tráfico son las principales causas de muerte externa en esta franja de edad. Es por esto que se han centrado nuevos estudios en la prevención del suicidio en jóvenes. En varios países de la Unión Europea, el suicidio es la principal causa de mortalidad en adolescentes y jóvenes. Además, desde el año 2004, el número de suicidios en adolescentes ha aumentado en un 50%, lo que lo convierte en la principal causa de muerte externa en esta población.¹²

1.2.1 Factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes

La conducta suicida en adolescentes es un fenómeno complejo y multifactorial que se asocia con diversos factores de riesgo y causas múltiples e interrelacionadas, que varían en el tiempo y se presentan en diferentes ámbitos como el biológico, psicológico, cultural y socioeconómico. Los factores de riesgo se pueden distinguir en tres categorías principales: personales, familiares y socioeducativos.^{13, 15, 16}

Factores de riesgo en adolescentes		
Personales	Familiares	Socio-escolares
Trastornos psiquiátricos previos	Historia familiar de suicidio	Ausencia de red social de apoyo
Intento previo de suicidio	Psicopatología familiar	Situación de desarraigo sociocultural
Sexo femenino	Enfermedades de los padres	Acoso escolar (ya sea la víctima o el agresor)
Adolescencia	Violencia en el ámbito familiar	Vulnerabilidad económico-social
Dificultades con el grupo de iguales	Ruptura de los vínculos familiares	Marginalidad, soledad

Dificultad en la expresión de sentimientos	Escasa disponibilidad para comunicación familiar	Fracaso académico
Soledad	Niveles altos de exigencia y perfeccionismo	Falta de recursos sanitarios y sociales para la prevención
Falta de control de impulsos, baja tolerancia a la frustración	Abuso de alcohol u otras sustancias en la familia	
Enfermedad, dolor crónico, discapacidad física		
Antecedentes de abusos (físicos, psicológicos, sexuales, acoso escolar, ciberacoso)		
Embarazo no deseado		
Acceso a métodos letales		
Autolesiones		
Consumo de alcohol y otras drogas		
Orientación sexual no heterosexual		
Abuso e influencia de las tecnologías		

13, 15, 16

Entre los trastornos mentales que aumentan el riesgo de conducta suicida en adolescentes están la depresión, la ansiedad, la esquizofrenia, trastorno de estrés posttraumático, trastornos por consumo de alcohol y drogas y los intentos previos de suicidio.^{13, 17}

A nivel socioeconómico, se ha demostrado que los adolescentes pertenecientes a hogares con bajos recursos tienen 4 veces más probabilidades de sufrir conductas suicidas que los de altos recursos.¹⁸

1.2.2 Factores precipitantes de conducta suicida en adolescentes

Los factores precipitantes son aquellos que intensifican la inestabilidad emocional y aumentan el sufrimiento, lo que conduce a un desequilibrio que puede aumentar el riesgo de suicidio y, por lo tanto, requiere una mayor atención.¹⁴

Los conflictos tanto familiares como dentro del grupo de iguales pueden ser un factor precipitante común durante la adolescencia.¹⁴

Factores precipitantes		
Personales	Familiares	Socio-escolares
Muerte o pérdida de un ser querido	Conflictos familiares	Historia de suicidio cercano
Ruptura de relaciones de amistad o pareja	Enfermedad o muerte reciente de un ser querido	Adversidad económica y social
Confinamiento domiciliario tras pandemia por SARS-CoV-2		Imitación de conductas suicidas vistas en medios de comunicación y redes sociales
Acoso escolar (ya sea víctima o acosador)		Pandemias
Abuso, maltrato y trauma		

13, 14

Tras la pandemia de Covid-19, se han dado ciertos factores que han llevado a la aparición de conductas suicidas en adolescentes, como la falta de interacción social, la alteración de su rutina diaria y la reducción de actividades recreativas, por lo que como consecuencia se ha producido un aumento

y abuso del uso de la tecnología. Además, algunos adolescentes han enfrentado situaciones personales complicadas, como enfermedades o fallecimientos de seres queridos, problemas económicos, laborales o de vivienda, lo que ha generado sentimiento de culpabilidad. La sobreinformación sobre el virus y la incertidumbre que ha generado en los adultos cercanos se asocia con la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. Además, se ha observado un incremento en los casos de violencia doméstica y una afectación en la salud mental de los familiares de los adolescentes.¹³

1.2.3 Prevención del suicidio

Principalmente, los factores que ayudan a prevenir y reducir el riesgo de suicidio son la obtención de atención eficaz para trastornos mentales, físicos y trastornos por consumo de sustancias, acceso a los servicios de salud mental, obtención de apoyo de la familia y la comunidad, aprendizaje de formas de resolver pacíficamente el conflicto y limitación del acceso de los medios al contenido relacionado con el suicidio.¹⁷

Existen también factores que pueden suavizar, proteger y disminuir el riesgo de conducta suicida, los cuales se pueden dividir en factores de protección personales, factores de protección familiares y factores de protección socio-escolares:¹³

Factores de protección en adolescentes		
Personales	Familiares	Socio-escolares
Habilidades de comunicación y resolución de conflictos	Familia con vínculos seguros	Red social adecuada
Capacidad de pedir ayuda (información y acceso) Buena gestión emocional y autoconcepto	Estilo educativo asertivo	Relaciones positivas con adultos referentes (padres, profesores...)
Creencias y valores éticos prosociales	Percepción de apoyo y comprensión	Expectativas positivas de desarrollo socio-personal educativo
Resiliencia		Gestión adecuada del ocio y tiempo libre

Percepción de control sobre los acontecimientos vitales
Acceso restringido a productos y artículos letales
Actividades deportivas
Sentimientos de pertenencia (club, colectivos)

Asequibilidad en el acceso a la ayuda sanitaria y/o psicológica

13

A día de hoy, España carece de un Plan Nacional para la Prevención de Suicidio. Sin embargo, a pesar de no tener una base de referencia algunas comunidades han implementado un plan de prevención contra el suicidio, incluyendo actuaciones específicas para la población adolescente. Un ejemplo de esto es el *Código de Riesgo Suicidio* que se implementó en Cataluña en el año 2016. El objetivo principal de este programa protocolizado es el de detectar tempranamente a las personas que hayan intentado suicidarse o que presenten un alto riesgo de suicidio, proporcionar atención de urgencia y un seguimiento preventivo continuo según su nivel de riesgo. De esta manera, se busca aumentar la supervivencia de la población en riesgo de conducta suicida y prevenir la recurrencia de intentos de suicidio. Las fases de dicho protocolo son la detección precoz y cribado inicial del riesgo de suicidio, atención y evaluación clínica especializada, y seguimiento preventivo a largo plazo.^{19,20}

Canarias también cuenta con un programa de prevención para todas sus islas, el cual es el *Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Canarias*, resultado de la inclusión por primera vez de la prevención de suicidio como una Línea Estratégica en el *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. Los objetivos de este programa son tener sistemas de registro confiables y reportes epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias, mejorar la coordinación entre instituciones para acciones preventivas y de atención a personas en riesgo, llevar a cabo acciones preventivas en la población, capacitar a profesionales clave no sanitarios, mejorar la formación de profesionales sanitarios sobre la conducta suicida y mejorar la atención clínica en situaciones de riesgo. También se busca mitigar el posible efecto negativo de la pandemia en la conducta suicida de la población.²¹

La ausencia de un plan nacional de prevención de suicidios ha llevado a que haya una gran variación en los programas de prevención implementados por las distintas Comunidades Autónomas, lo que ha generado deficiencias y limitaciones en la prevención de la conducta suicida en los adolescentes. Los pediatras de la Asociación Española de Pediatría han identificado las principales

carencias, que incluyen la falta de programas homogéneos de prevención de suicidios en las diferentes regiones, la falta de formación específica en salud mental y la limitación de recursos para los profesionales que trabajan con niños y adolescentes, tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. También se ha registrado un aumento en las listas de espera y la sobrecarga de los servicios de atención primaria, urgencias y salud mental para la atención de los adolescentes con conducta suicida, así como una falta de coordinación entre los distintos organismos involucrados.³

2. ANTECEDENTES

2.1 Antecedentes del suicidio

2.1.1 Generalidades mundiales sobre el suicidio

En los últimos 20 años se ha producido un descenso considerable del suicidio, reduciendo su incidencia en un 36%. A pesar de esta disminución, las cifras siguen siendo alarmantes, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica un artículo en el que expone datos estadísticos sobre el suicidio en el año 2019, siendo así que estima que se producen alrededor de 703.000 suicidios anuales, lo que supone una tasa de mortalidad de 9,0 suicidios por cada 100.000 habitantes, aunque dependiendo de la región puede variar entre 2 y 80 suicidios por cada 100.000 habitantes. Algunos datos proporcionados por la OMS son:

- Se estima que 1 de cada 20 ideaciones suicidas acaba en suicidio.
- El suicidio es la cuarta causa de muertes en adolescentes de entre 15 y 19 años.
- Las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres, siendo estas de 12,6 y 5,4 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, por lo que la tasa es 2,3 veces mayor en hombres que en mujeres.
- El 77% de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medios.
- Son 38 los países que tienen instaurado un programa nacional de prevención del suicidio.^{22, 23}

La OMS ha establecido unos rangos de calificación de las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes en “baja”, “media”, “alta” y “muy alta”, según los siguientes valores:

- Baja: < 5
- Media: 5 – 15
- Alta: 15 – 30
- Muy alta: > 30.²⁴

2.1.2 Estado del suicidio en España

Según el Instituto Nacional de Estadísticas el suicidio fue la primera causa de muerte externa en España en 2021, siendo la cifra de 4003 fallecimientos por esta causa, superando en un 1,6% la cifra del año anterior. Esta cifra supone que aproximadamente se suicidaron 11 personas por día durante ese año. Acorde a la estadística mundial, en España la cifra de suicidios en hombres es mayor que en mujeres, siendo de 2982 casos. Con respecto a la edad, son las personas de entre 50-54 años las que mayor índice de suicidio presentan. Los casos en jóvenes de entre 10-24 años son de 206

fallecimientos, lo que ha supuesto un aumento significativo con respecto a años anteriores, pues los suicidios en menores de 10-14 años fue de 22, un significativo aumento comparado con los 2 casos sucedidos en 2011.^{25, 26}

Comparado con los datos sobre suicidio en los 38 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, España se sitúa en puesto 28 con unas tasas significativamente menores que la mayoría de países de europeos.²⁷

A pesar de encontrar datos sobre el suicidio, el nivel de fiabilidad de dichas estadísticas es bajo, pues como reconoce la OMS, el suicidio es un asunto sensitivo que llega a ser ilegal en algunos países, y los países que llevan un recuento de los casos suelen clasificarlos como muerte por accidente u otras causas por lo que probablemente se registren menos casos de los que suceden.^{2, 4}

2.1.3 Estado del suicidio en Canarias

En las Islas Canarias fueron 208 las personas que se suicidaron en el año 2020, con una tasa de 9,56 suicidios por cada 100.000 habitantes, lo que lo sitúa en la tercera Comunidad Autónoma con mayor tasa de suicidio sucediendo a Asturias y Galicia. Existe un mayor incidencia en hombres (159 casos) que en mujeres (49 casos), con un ratio de 3,2 casos en hombres por 1 en mujeres. Las islas con mayores casos de suicidio son las capitalinas con una significativa diferencia con respecto a las demás, pues Gran Canaria y Tenerife tuvieron 102 y 80 casos respectivamente, y la siguiente isla con más casos fue Fuerteventura con 10 casos. Si clasificamos los casos por edades, la franja en la que hubo mayor incidencia fue en personas de entre 50-59 años, y a continuación los de 40-49. En cuanto a niños y adolescentes de hasta 15 años, la cifra fue de 1 caso, encuadrándose en una tasa baja de 0,35 comparado con los casos en toda España, que fueron 14 con una tasa de 0,2. Aunque sea poco común en Canarias y en toda España, estas cifras son un hecho trágico y el objetivo debe ser alcanzar la ausencia total de casos. Hay que considerar el factor de la población de referencia sobre la cual se calculan las tasas, ya que la población de Canarias es significativamente menor que la del conjunto de España, lo que significa que un caso puede ser suficiente para elevar la tasa por encima de la media nacional.^{24, 27}

Concretamente en La Palma, la isla enfocada para este proyecto, se produjeron 3 defunciones por suicidio en el año 2020, con una tasa de 3,59 casos por cada 100.000 habitantes, lo que la convirtió en la segunda isla con menos suicidios continuada de El Hierro. La tendencia de suicidios en esta isla durante los últimos años ha sido descendente, pues en el año 2007 hubo una tasa de 19,78, comparada con la tasa de este año. Sin embargo, la tendencia global en todas las islas ha sido progresivamente ascendente.²⁴

2.1.4 Estado de ideaciones suicidas e intentos de suicidio en España

En cuanto a intentos de suicidio, es difícil estimar cifras reales por la dificultad de recogida de datos. En el estudio epidemiológico europeo ESEMeD, se halló para España una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para los intentos de suicidio, y del 4,4% para la ideación suicida. El Ministerio de Sanidad estima que se producen entre 10-20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado, mientras que la OMS estima que ocurren más de 20 por cada suicidio. En España se estiman alrededor de 50-90 intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes. Haciendo una relación de 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado (1:20), y considerando que en 2020 hubieron 208 suicidios en Canarias, podemos estimar que hubo alrededor de 4.160 intentos de suicidio en el mismo período.^{21, 28, 29}

En cuanto a la ideación suicida, también es complicada la recolecta de información fiable por motivos metodológicos. En la Encuesta de Salud de Canarias de 2021, entre otros se evaluó la prevalencia de ideación suicida, en el que se detectó que un 13,09% de la población de 16 años y mayores ha tenido ideaciones suicidas a lo largo de su vida y un 34,62% en los últimos 12 meses. La ideación suicida es mayor en mujeres (15,19%) que en hombres (10,9%), y tiene mayor prevalencia en población de entre 45 a 64 años (15,63%).³⁰

Para llevar a cabo una mejor estadística y recuento sobre intentos de suicidio, Canarias integró en 2017 una *Ficha de registro de conductas suicidas* en el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RECAP) y la Historia Clínica Electrónica. Sin embargo, los datos acumulados aún no son fiables debido a que durante el análisis de estos datos se han encontrado problemas de sobre-registro, por duplicación de informes al realizarse en las diferentes unidades por las que pasa el paciente y por realizar el informe en modo de antecedente clínico, e infra-registro, por la ausencia de su realización.^{21, 24}

2.1.5 Estado de ideación suicida e intentos de suicidio en adolescentes en España tras la pandemia

En edades tempranas el riesgo de suicidio está en aumento. En la población adolescente existen cambios de comportamiento que indican un estado de alarma.

Entre los factores precipitantes de la conducta suicida en adolescentes, destaca el aislamiento social, la interrupción de las rutinas diarias, y las numerosas restricciones en el ocio, junto con un excesivo uso de las tecnologías. Estos factores encajan con la situación provocada durante el confinamiento por la pandemia de Covid-19.¹³

Existen múltiples estudios que relacionan la pandemia con un aumento en la conducta suicida. Hasta el 2020, el suicidio y las lesiones autoinfligidas fueron la segunda causa de muerte en menores en España. A partir de este año, esta tendencia se vio alterada por el confinamiento causado por el Covid 19, hecho que hizo que el suicidio pasará a ser la primera causa de muerte por causas externas. Sin embargo, en tiempos posteriores al confinamiento, las muertes por suicidio y otras causas externas volvieron a ser similares a las de años anteriores. La pandemia ha tenido una importante influencia en el aumento de casos de conducta suicida, pues la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) realizó un estudio donde comparaba los casos ocurridos antes de la pandemia y después (marzo 2019 a marzo 2020 y marzo 2020 a marzo 2021), y el resultado fue que se produjo un aumento del 56% en diagnósticos de suicidio, intentos de suicidio e ideación suicida, y del 122% en intoxicación no accidental por fármacos. La SEUP también realizó en 2021 otro estudio sobre los pacientes que acuden a Urgencias Pediátricas tras ingesta voluntaria de tóxicos con finalidad suicida, en el que en los primeros 9 meses se registraron 281 casos, y se pudo concluir que un 82,6% también se autolesiona, existe un predominio en sexo femenino con un 90,1% de los casos, la edad media fue de 14,8 años y que el 57,7% tuvo intentos autolíticos previos. Cabe destacar que, si bien las adolescentes de sexo femenino presentan mayores intenciones suicidas, son los adolescentes de sexo masculino quienes terminan por cometer en mayor proporción este acto.^{13, 18, 31}

Los intentos de suicidio y los comportamientos suicidas durante la adolescencia son indicadores conocidos de futuros problemas de salud mental y conductas suicidas a lo largo de la vida. Estos hallazgos destacan la importancia de implementar medidas preventivas tempranas.

3. JUSTIFICACIÓN

El principal motivo por el que he decidido realizar un proyecto de investigación relacionado con la conducta suicida en adolescentes en La Palma, se basa en mi experiencia durante la rotación de mis prácticas por el Servicio de Urgencias y la Planta de Pediatría, pues durante un periodo de tiempo inferior a dos meses atendí a 5 pacientes de entre 13-14 años con conducta autolítica, lo que me impactó debido a su corta edad para llevar a cabo este comportamiento.

Es por ello que considero que un estudio sobre la conducta suicida en adolescentes en la isla de La Palma podría abordar diferentes aspectos de este problema, como la incidencia de los casos, la identificación de los factores de riesgo específicos de la isla y otras características, lo que proporcionará información para elaborar estrategias de intervención específicas para esta población. Además, los resultados obtenidos pueden tener implicaciones más amplias para otras regiones geográficas y culturales similares, como el resto de islas menores del archipiélago canario.

Considerando lo anteriormente mencionado, esta podría ser una investigación relevante y necesaria que puede contribuir significativamente a la prevención del suicidio en esta población vulnerable.

4. METODOLOGÍA

4.1 Definición de pregunta de investigación

¿Cuáles son las causas y factores de riesgo asociados a los casos de conducta suicida en la población adolescente de la isla de La Palma?

4.2 Objetivos

4.2.1 Objetivos generales

- Estudiar las características de la conducta autolítica en la población adolescente de la isla de La Palma, creando un perfil de paciente con este comportamiento.

4.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la incidencia de la conducta autolítica en la población adolescente de la isla de La Palma.
- Examinar si la conducta autolítica es con intencionalidad suicida o no.
- Identificar la relación entre la conducta autolítica y los casos en los que se produce la defunción, ingreso hospitalario y alta médica del paciente.
- Evaluar la relación entre la presencia de trastornos mentales y la conducta autolítica.
- Identificar los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida.
- Usar la información del perfil del paciente para facilitar la implementación de nuevos programas de prevención de suicidio específicos en la isla de La Palma.

4.3 Hipótesis

La creación de un perfil de adolescente con conducta autolítica en La Palma facilitará la creación de futuras medidas de prevención específicas para esta población.

4.4 Tipo de estudio

El diseño del proyecto de investigación será un estudio cuantitativo descriptivo observacional. Desde el punto de vista de su dimensión espacio-temporal es de corte transversal.

4.5 Población y muestra

La población seleccionada para este proyecto serán todos los jóvenes de entre 12 y 25 años que acudan al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) del Hospital Universitario de La Palma (HULP) refiriendo haber tenido una conducta autolítica.

4.5.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 25 años, ambas edades incluidas, que presenten conductas autolíticas.
- Que acuda al SUH del HULP.
- Que acepte participar en el proyecto y que haya dado su consentimiento informado (y, en caso de ser menores de edad, con el consentimiento de sus padres o tutores legales).
- Pacientes que vuelven a acudir al SUH por conducta autolítica.

4.5.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes con trastornos mentales graves que requieran hospitalización o tratamiento urgente.
- Cumplimentación incompleta en la recogida de datos.
- Población que no pertenezca a la población de la isla de La Palma.
- Participantes que no tengan la capacidad de comprender el estudio y dar su consentimiento informado.

4.5.3 Muestra

El tipo de muestreo seleccionado es el no probabilístico de tipo consecutivo, donde se tomarán a todos los adolescentes con conducta autolítica que acudan al SUH del HULP a lo largo de dos años.

4.6 Fuentes de información

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron los buscadores bibliográficos Punto Q, Pubmed y Google Académico. Estas herramientas permitieron consultar las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud, como Scielo, Elsevier y Dialnet. Además, se llevó a cabo una búsqueda intencional en diferentes páginas web para obtener datos estadísticos e información

relevante sobre el suicidio provenientes de instituciones mundiales y españolas, así como de diferentes sitios web sobre ciencias de la salud.

Los términos de búsqueda empleados han sido “adolescente”, “menores”, “suicidio”, “conducta autodestructiva”, “salud mental”.

4.7 Procedimiento de recogida de datos

El procedimiento de la recogida de datos se realizará mediante la elaboración de una encuesta de creación propia que se pasará al SUH del HULP, para que este servicio se encargue de entregárselo a los pacientes que acuden por conductas autolíticas. Por ello, también se elabora un documento en el que se expone la solicitud de colaboración al Hospital y al servicio responsable para llevar a cabo dicho proyecto (Anexo 1).

La encuesta será proporcionada por el enfermero de triaje durante la evaluación del paciente. Se le explicará primero la finalidad de la investigación y se le pedirá que firme el consentimiento informado (Anexo 2) antes de completar la encuesta. En caso de que el enfermero determine que el paciente no está en condiciones mentales o físicas para completar la encuesta en ese momento, se realizará un seguimiento para completarla en una fecha posterior. En este caso, el paciente deberá firmar el formulario de consentimiento, o en caso de no estar capacitado para hacerlo, su familiar o tutor legal deberá otorgar el permiso correspondiente. Además, el enfermero de triaje deberá rellenar un formulario en el que deberá especificar el estado clínico en el que se encuentra el paciente, para así facilitar su posterior seguimiento (Anexo 3).

La encuesta de recogida de datos (Anexo 4) está destinada a la población de entre 12 y 25 años, y está estructurada en varias partes. En la primera parte se encuentran los datos del servicio en el que se lleva a cabo la encuesta y la fecha en la que se realiza. En la segunda parte se encuentra una introducción en la que se explican los objetivos y la finalidad del estudio, y se garantiza la confidencialidad, anonimato y voluntariedad de la misma. A continuación comenzará la propia encuesta, que iniciará con datos iniciales que el paciente deberá rellenar, y seguidamente se dividirá en dos secciones:

- La primera sección será un cuestionario para la valoración de riesgo suicida, con la finalidad de identificar si la conducta autolítica llevada a cabo es con intencionalidad suicida o no. Para ello se empleará la Escala de Paykel de Suicidio, la cual está conformada por 5 ítems con sistema de respuesta dicotómico Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente) que valora los pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación suicida (ítems 3 y 4) e intentos previos de suicidio (ítem 5). La

puntuación resultante estará comprendida entre 0-5, siendo a mayor puntuación mayor riesgo de suicidio. El marco temporal de las preguntas es en el último año.^{32, 33}

- La segunda sección recogerá variables que puedan identificar cuál es la causa y el método de la conducta autolítica, factores de riesgo y cambios recientes en su vida, si ha tenido conductas suicidas previas, problemas de salud mental, consumo de sustancias, y otros factores relevantes. Previamente a la realización de la encuesta, el sujeto de estudio debe firmar un consentimiento informado, y en caso de ser menor de edad, los padres o tutor legal será el encargado de aportar el consentimiento.

4.7.1 Variables del estudio

4.7.1.1 Variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		
Variable	Tipo	Cómo se recoge la información
Edad	Cuantitativa discreta	Edad expresada en años
Género	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
Lugar de residencia	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
Nivel educativo	Cualitativa ordinal	Pregunta de respuesta politómica
Ocupación	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
Estado civil	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
Nivel educativo de padres	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica

Ocupación actual de padres	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
----------------------------	---------------------	----------------------------------

4.7.1.2 Variables propias del estudio

Variables relacionadas con el estado clínico del paciente		
Variable	Tipo	Cómo se recoge la información
Estado del paciente tras la conducta autolítica	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica

Variables relacionadas con severidad de la conducta suicida		
Variable	Tipo	Cómo se recoge la información
Riesgo suicida	Cuantitativa discreta	Escala de Paykel
Método utilizado en el intento de suicidio	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
Antecedentes de conducta suicida	Cualitativa nominal	Preguntas de respuesta dicotómica y politómica

Variables relacionadas con factores de riesgo		
Variable	Tipo	Cómo se recoge la información
Motivo del intento de suicidio	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
Cambio en la calidad de vida y entorno familiar	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta politómica
Diagnóstico de trastornos	Cualitativa nominal	Preguntas de respuesta

mentales		dicotómica y politómica
Consumo de drogas y alcohol	Cualitativa nominal	Preguntas de respuesta dicotómica
Antecedentes familiares de conducta suicida	Cualitativa nominal	Pregunta de respuesta dicotómica
Falta de información sobre el suicidio	Cualitativa nominal	Preguntas de respuesta dicotómica

4.8 Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos obtenidos serán tratados con el programa informático IBM Statistical Package of Social Sciences (SPSS) versión 27.0 soportado por el sistema operativo de Windows. Para ello, se realizará un análisis descriptivo y un análisis bivariante de las variables.

4.8.1 Análisis descriptivo

Para llevar a cabo el análisis descriptivo, las variables cualitativas serán examinadas por la frecuencia y porcentaje de sus categoría, mientras que las variables cuantitativas se analizarán utilizando la media, la moda y la desviación estándar.

Se realizará un análisis de la Escala de Paykel para identificar si el paciente tiene o no riesgo de suicidio (puntuación de 0 indica ausencia de riesgo, puntuación entre 1 y 2 indica presencia de pensamientos de muerte, puntuación entre 3 y 4 indica presencia de ideación suicida, puntuación de 5 indica intentos de suicidio previos).

4.8.2 Análisis bivariante

El análisis bivariante consiste en estudiar cómo se relacionan dos variables para así comprender si existe una relación significativa entre ellas. Para este análisis se utilizarán distintas pruebas estadísticas en función de las variables a analizar. Se empleará la prueba de Chi-cuadrado para determinar si existe una asociación significativa entre dos variables cualitativas politómicas, la prueba T de Student para relacionar una variable cualitativa dicotómica con una cuantitativa, la prueba de ANOVA para relacionar una variable cualitativa politómica con una cuantitativa y la Correlación de Pearson para relacionar dos variables cuantitativas. En este caso, se compararán los

resultados obtenidos en la Escala de Paykel con las diferentes variables de la segunda sección de la encuesta. Esto permitirá entender cuáles son las tendencias entre las personas que hayan tenido conducta autolítica sin intención suicida, con pensamientos de muerte, ideación suicida e intentos de suicidio previos. Además, se determinará la relación existente entre las variables sociodemográficas y las variables de la segunda sección, así como la relación entre las propias variables de la segunda sección. Todas estas pruebas tendrán un nivel de significación estadística alfa $p < 0,05$.

4.8.2.1 Variables a comparar

Análisis Chi-cuadrado:

- Diagnóstico de trastornos mentales y antecedentes de conducta suicida.
- Diagnóstico de trastornos mentales (si respuesta dicotómica es sí, relacionar con qué trastorno tiene).
- Nivel educativo y consumo de drogas y alcohol.
- Antecedentes de conducta suicida (si respuesta dicotómica es sí, relacionar con cuántas veces se ha repetido la conducta).
- Lugar de residencia y falta de información.

Análisis T de Student:

- Riesgo suicida y antecedentes de conducta suicida.
- Riesgo suicida y diagnóstico de trastornos mentales.
- Riesgo suicida y consumo de drogas y alcohol.
- Riesgo suicida y antecedentes familiares de conducta suicida.
- Riesgo suicida y falta de información sobre el suicidio.

Análisis ANOVA:

- Riesgo suicida y lugar de residencia.
- Riesgo suicida y nivel educativo.
- Riesgo suicida y ocupación.
- Riesgo suicida y estado civil.
- Riesgo suicida y ocupación de los padres.
- Riesgo suicida y motivo de del intento de suicidio.
- Riesgo suicida y cambio en la calidad de vida y entorno familiar.

Análisis Correlación de Pearson:

- Edad y riesgo suicida.

4.9 Consideraciones éticas y limitaciones

En cumplimiento con la Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (BOE, 2018), se protegerán en todo momento los datos personales y se garantizará la libre circulación de los mismos. En la encuesta se enfatiza la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos además de que los resultados e información obtenida sólo se emplearán para fines de la investigación. Por ello se requiere del consentimiento del encuestado. En el caso de participantes menores de edad, se informará a sus padres o tutores legales sobre su consentimiento para participar en la encuesta, respetando la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.^{34, 35}

Los principios éticos de la Declaración de Helsinki sobre la investigación en el campo de la salud establecen la importancia del consentimiento o permiso del sustituto que proteja los intereses del individuo cuando este sea menor. Por lo tanto, al ser un estudio que involucra a participantes menores de edad, se han respetado todos los principios propuestos por dicha declaración y la Declaración de los Derechos del Niño (1959), asegurando el derecho del individuo a la autodeterminación y a la toma de decisiones, siempre priorizando el bienestar del participante.^{36, 37}

Los participantes de este estudio tienen el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. Para hacerlo, deberán solicitar el abandono a través del correo electrónico del investigador, el cuál está especificado en el consentimiento informado y la encuesta. El plazo para solicitar la salida se extenderá hasta un mes después de que finalice el período de recopilación de datos, pues este es el tiempo en el que se analizarán los resultados.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el tamaño de la muestra, ya que la incidencia de conducta suicida en adolescentes es relativamente baja, por lo que puede ser difícil reunir una muestra lo suficientemente grande como para realizar un análisis estadístico significativo. Existe un sesgo de selección debido a la exclusión de los pacientes que no deseen participar, además de un sesgo si los enfermeros de triaje cometen errores al especificar el estado clínico del paciente. También existe un riesgo de sesgo de información, ya que los participantes pueden proporcionar información incompleta o sesgada debido a la vergüenza, el miedo o la estigmatización asociados con la conducta suicida.

4.10 Cronograma

Cronograma										
	Elaboración de plan de proyecto					Realización de proyecto				
Año	2023					-				
Mes	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	1	2	3-26 (2 años)	27	28
Revisión bibliográfica										
Idea de investigación										
Formulación de objetivos e hipótesis										
Establecimiento de metodología e instrumentos de recolección de datos										
Solicitud de colaboración con el HULP y SUH										
Recolección de datos mediante encuesta										
Procesamiento y análisis de datos										
Elaboración de conclusiones y redacción de informe final										

4.11 Presupuesto

Tipo de recurso	Concepto	Costo
Recursos humanos	Investigador principal	Voluntario
	Personal colaborador hospitalario	Colaborador
	Personal estadístico	12€/hora, 50 horas 600€
Recursos materiales	Papelería y material de oficina	100€
	Equipo informático	600€
	Suscripción mensual en software estadístico SPSS	100€
	Gastos de comunicación y transporte	150€
		Presupuesto total: 1550,00€

5. CONCLUSIÓN

En conclusión, con este proyecto de investigación se busca establecer un perfil significativo y detallado de los adolescentes que han presentado conducta suicida en La Palma. Al elaborar este perfil, se identificarán los factores de riesgo y las causas que llevan a los jóvenes de esta población a tener dichos comportamientos.

En este proyecto de investigación se ha llevado a cabo la planificación y aún no se ha desarrollado. Sin embargo, la elaboración de este estudio servirá como herramienta útil para el desarrollo de planes y programas de intervención que permitan prevenir y reducir la conducta suicida en esta población. Además, si este proyecto tiene éxito, podría implementarse también en el resto de islas menores e incluso en las islas mayores. También se espera que contribuya a la conciencia pública sobre el tema de la conducta suicida en adolescentes y su impacto en la salud mental de la población.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Guías de Práctica Clínica en SNS, Ministerio de Sanidad políticas social e igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. Sergas.es. 2012 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t2010-02GPC-conductasuicida.pdf>
2. Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Rev Cienc Soc [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2023];33(47):79-106. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382020000100079&script=sci_arttext
3. Jiménez MF. RIESGO DE SUICIDIO ASOCIADOS A FACTORES CLÍNICOS Y FARMACOLÓGICOS. Estudio de Casos y Controles [Internet]. [Sabadell]: Universitat Autònoma de Barcelona; 2020 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/671601/mfj1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Ruiz-Funes M. EL SUICIDIO, ESTUDIO DE SOCIOLOGIA POR EMILIO DURKHEIM [Internet]. Madrid: EDITORIAL REUS (S. A.); 1928 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/el_suicidio_-_durkheim_emilie.pdf
5. Romero MA, Gonnet JP. Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. Revista Mexicana de Sociología [Internet]. 2013 [citado 2 de mayo de 2023];75(4):589-616. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032013000400003
6. Villafaña JNR, Cárdenas SJ. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. Psicología y Salud [Internet]. 2022 [citado 2 de mayo de 2023];32(1):39-48. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2709/4585>
7. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 2011 [citado 2 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.cdc.gov/suicide/pdf/self-directed-violence-a.pdf>

8. Ruipérez AG. Detección y prevención del suicidio en Atención Primaria [Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2016 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211107538.pdf>
9. Londoño-Muriel C-BSC V. Vista de Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. Arch Med (Manizales) [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2023];20(2):472-80. Disponible en: <https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3582/5693>
10. MINSALUD. Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Gov.co. 2018 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio un imperativo global. Washington D.C., DC, Estados Unidos de América: Pan American Health Organization; 2014.
12. Castellvi-Obiols P, Piqueras Rodríguez JA. El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Revista de Estudios de Juventud [Internet]. 2018 [citado 2 de mayo de 2023];(121):45-59. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3_el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
13. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2023;98(3):204-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403322002958>
14. Hernández NB, Romero MG, Escalada RC, Saiz JD, Casas y Macarena Martínez Martínez. MLG. Guía del suicidio de prevención. Protocolo de actuación en conductas autolíticas [Internet]. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-prevencion-suicidio-Salud-Mental-CYL.pdf>
15. Unicef.org. COMUNICACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. GUÍA PARA PERIODISTAS: SUICIDIO [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

16. Martín-del-Campo A, González C, Bustamante J. El suicidio en adolescentes. Rev médica Hosp Gen Méx [Internet]. 2013 [citado 2 de mayo de 2023];76(4):200-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-elsuicidio-adolescentes-X0185106313687322>
17. Elia J. Comportamiento suicida en niños y adolescentes [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2021 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/comportamiento-suicida-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes?query=Comportamiento%20suicida%20en%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes>
18. Taberner y Judit Vall, Ariane Aumaitre, Elena Costas, María Sánchez, Pere. Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia [Internet]. 2021 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-12/Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf
19. Programa CRS [Internet]. Codirisc.org. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://codirisc.org/intervencion-crs>
20. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Codi risc de suïcidi [Internet]. 2015 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Brito NG, Melián JMR, Artiles FJA, González CTP, Méndez MRC, del Rosario AN. Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias [Internet]. primera edición. 2021. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3f5ce57d-1085-11ec-bfb0-874800d2c074/PPCSC.pdf>
22. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

23. Una de cada 100 muertes es por suicidio [Internet]. Paho.org. 2021 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>
24. Servicio de Salud Mental, Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de la Salud. INFORME EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN CANARIAS (2007-2020) [Internet]. 2021 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.afaes.es/cms/uploads/2.CONDUCTA_SUICIDA_EN_CANARIAS.pdf
25. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte [Internet]. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.infocop.es/pdf/edcm_2021.pdf
26. Se incrementa la cifra de suicidios en España, según datos del INE [Internet]. Infocop. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=22663
27. Observatorio del Suicidio en España 2020 [Internet]. fsme.es. 2021 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
28. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Internet]. 2012 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
29. Suicide prevention [Internet]. Who.int. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/suicide>
30. ISTAC. Población de 16 y más años según pensamientos suicidas, sexos y grupos de edad. Canarias. 2021 [Internet]. gobiernodecanarias.org. 2022 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/istac/statistical-visualizer/visualizer/data.html?resourceType=dataset&agencyId=ISTAC&resourceId=C00035A_000454&version=1.0#visualization/table

31. López PV. La salud mental en los niños y jóvenes: un reto tras la pandemia COVID. Child Adolesc Ment Health [Internet]. 2022;1(1):1-2. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/Revista_EP/R1_1_2_22.pdf
32. Pérez de Albéniz A, Fonseca-Pedrero E, Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Universidad de Oviedo. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. Pap psicol [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2023];41(2):106-15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000200106
33. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J, Sánchez-García Ma. Á, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed) [Internet]. 2018 [citado 2 de mayo de 2023];11(2):76-85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-ideacion-suicida-una-muestra-representativa-S1888989117300988>
34. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. 2018 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
35. BOE-A-2002-22188 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Boe.es. 2002 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
36. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Wma.net. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
37. Declaración de los Derechos del Niño, 1959 [Internet]. [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf

7. ANEXOS

7.1 Anexo 1: Solicitud de colaboración

Solicitud de colaboración al Hospital Universitario de La Palma y al Servicio de Urgencias Hospitalarias

Estimados responsables del Hospital Universitario de La Palma y del Servicio de Urgencias:

Me dirijo a ustedes con el fin de solicitar su colaboración en mi proyecto de investigación titulado *“Perfil del adolescente con conducta suicida en la población de la isla de La Palma”*.

El objetivo de dicho proyecto es el de analizar la incidencia de casos de conducta suicida en la población adolescente de la isla de La Palma, además de identificar los factores de riesgo asociados a esta conducta.

Para ello, se llevará a cabo una encuesta anónima y confidencial a los pacientes adolescentes con conductas autolíticas que acudan al Servicio de Urgencias, con el fin de recopilar información sobre su conducta suicida, antecedentes familiares y personales, factores de riesgo y otros datos relevantes para el estudio.

La colaboración del Hospital y del Servicio de Urgencias es fundamental para el éxito de este proyecto, ya que permitirá obtener una muestra representativa de la población adolescente con dichas conductas en la isla de La Palma.

Agradecería mucho su apoyo en este proyecto y me pongo a su disposición para cualquier duda o consulta que puedan tener.

Atentamente,

Marwan El Khatib Ghzal

Correo electrónico del investigador: xxxxxxxxxxxx@ull.edu.es

7.2 Anexo 2: Consentimiento informado

Consentimiento informado para participación en encuesta de investigación

Título del proyecto: Perfil del adolescente con conducta suicida en la población de la isla de La Palma
Investigador principal: Marwan El Khatib Ghzal
Contacto: xxxxxxxxxxxx@ull.edu.es

Información sobre el procedimiento

Se le propone participar en esta encuesta para el proyecto de investigación titulado “*Perfil del adolescente con conducta suicida en la población de la isla de La Palma*”, el cual tiene la finalidad de estudiar los casos y los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en la población adolescente de la isla de La Palma, lo que puede contribuir a la mejora de la prevención y tratamiento de este problema.

La encuesta consiste en una serie de preguntas relacionadas con su experiencia en cuanto a la conducta suicida. La duración aproximada de la misma es de 5 minutos.

Su participación en este estudio es voluntaria, y tiene derecho a retirarse del mismo y solicitar la eliminación de sus datos de la base de datos del estudio hasta un mes después de la finalización del estudio. Para ello, deberá contactar con el investigador principal. La información proporcionada en la encuesta será anónima y confidencial. No se utilizará su nombre ningún otro tipo de información que permita identificarle. La información recogida será almacenada en una base de datos protegida y será utilizada exclusivamente para fines de investigación, pudiendo ser publicada en informes y publicaciones científicas.

Para cualquier tipo de duda o incidencia, puede contactar con el investigador principal a través del siguiente correo electrónico: xxxxxxxxxxxx@ull.edu.es

Firma del consentimiento informado:

D./Dña _____ (Nombre y apellidos), de _____ años de edad y con DNI _____. Manifiesto que he leído y entendido la información proporcionada anteriormente y que he recibido información suficiente sobre el mismo. Por ello otorgo mi consentimiento para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Fecha:

Firma de participante, padres o tutor legal:

Revocación de participación en el estudio:

D./Dña _____ (Nombre y apellidos), de _____ años de edad y con DNI _____. Manifiesto que revoco mi consentimiento anteriormente prestado, por lo que a partir de ahora queda sin efecto.

Fecha:

Firma de participante:

7.3 Anexo 3: Cuestionario para enfermero de triaje

Cuestionario para enfermero de triaje: Estado de paciente tras conducta autolítica

Fecha: __ / __ / ____

Datos del Paciente:

Nombre y Apellidos: _____

Edad: ____ años

Género: _____

Número de Historia Clínica: _____

Cuestionario:

1. ¿Cuál es el estado actual del paciente con conducta autolítica?

- Se quedó en el Servicio de Urgencias
- Fue ingresado a una planta: _____
- Fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos
- Defunción
- Fue dado de alta del Servicio de Urgencias

7.4 Anexo 4: Encuesta de elaboración propia

Estudio sobre casos de intentos de suicidio en la isla de La Palma

Información del encuestador:

Título del proyecto: Perfil del adolescente con conducta suicida en la población de la isla de La Palma

Servicio en el que se realiza: _____

Fecha: __ / __ / ____

Correo electrónico del investigador principal: xxxxxxxxxxxx@ull.edu.es

Información sobre el estudio:

El motivo de este estudio es el de conocer las causas y factores que llevan a los jóvenes palmeros a tener conductas suicidas, para que así pueda ser de utilidad de cara a crear planes de prevención y actuación contra el suicidio en la isla de La Palma. Para ello, se ha creado esta encuesta, la cual facilitará los resultados para llevar a cabo dicha investigación. La información resultante en esta encuesta se usará con fines de investigación. La participación en la encuesta es voluntaria, anónima y confidencial, por lo que te invitamos a responder con sinceridad.

Antes de comenzar con la encuesta, confirma que tienes una edad entre 12 y 25 años (ambas edades incluidas) y asegúrese de haber firmado el consentimiento de participación aportado previamente (en caso de ser menor de edad, el consentimiento será firmado por padres o tutor legal).

Datos iniciales:

1. Edad: ____ años

2. Sexo:

Masculino

Femenino

Otra identidad de género: _____

3. Lugar de residencia:

Santa Cruz de La Palma

- Los Llanos de Aridane
- Breña Alta
- Breña Baja
- Mazo
- Fuencaliente
- El Paso
- Puntagorda
- Garafía
- Tijarafe
- Barlovento
- Puntallana
- San Andrés y Sauces
- Tzacorte
- Villa de Mazo
- Otro (especifique): _____

4. Nivel educativo:

- Sin estudios
- Educación primaria
- Educación secundaria
- Formación profesional
- Grado universitario
- Posgrado

5. Ocupación actual:

- Empleado/a
- Desempleado/a
- Autónomo/a
- Estudiante
- Otro: _____

6. Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a

- Viudo/a
- Divorciado/a

7. Nivel educativo de tus padres:

- Sin estudios
- Educación primaria
- Educación secundaria
- Formación profesional
- Grado universitario
- Posgrado

8. Ocupación de tus padres:

- Empleado/a
- Desempleado/a
- Autónomo/a
- Estudiante
- Otro: _____

Sección 1: Valoración de riesgo suicida. Escala de Paykel de Suicidio

Escala de Paykel de Suicidio		
Ítems	Resultados	
	1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	Sí
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte	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

Puntuación:

Respuestas "Sí": 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Sección 2: Encuesta sobre el propio caso de conducta autolítica

1. ¿Qué método utilizó para intentar suicidarse?

- Sobredosis de medicamentos
- Ahorcamiento
- Cortes en el cuerpo
- Otro (especifique): _____

2. ¿Ha habido algún cambio reciente en su vida que le haya llevado a tener la conducta suicida?

¿Cuál ha sido ese cambio?

- Pérdida de un ser querido
- Problemas de relación
- Cambio en la situación económica
- Cambio en la situación académica o laboral
- Otro (especifique): _____
- No he tenido cambios recientes en mi vida.

3. ¿Cuál cree que ha sido la causa principal de llevarle a realizar esta conducta?

- Problemas familiares
- Problemas de pareja o sentimentales
- Problemas académicos o laborales
- Problemas económicos
- Problemas de salud
- Problemas psicológicos
- Otro (especifique): _____

4. ¿Ha intentado suicidarse en más ocasiones?

- Sí
- No

Si la respuesta es “No”, continúe con la pregunta 6.

5. ¿Cuántas veces ha intentado suicidarse?

- 1 vez
- 2 veces
- 3 veces o más

6. ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con algún trastorno de salud mental?

Sí

No

Si la respuesta es “No”, continúe con la pregunta 9.

7. Si ha sido diagnosticado con algún trastorno de salud mental, ¿cuál es ese trastorno?

Depresión

Ansiedad

Trastorno bipolar

Esquizofrenia

Otro (especifique): _____

8. ¿Ha recibido tratamiento por problemas de salud mental? ¿Qué tipo de tratamiento ha recibido?

Terapia psicológica

Medicación

Ambos

No recuerdo

No he recibido tratamiento

9. ¿Consume algún tipo de droga o alcohol?

Sí

No

Si la respuesta es “No”, continuar con la pregunta 11.

10. ¿Cree que su consumo de drogas o alcohol está relacionado con su intento de suicidio?

Sí

No

11. ¿Conoce a alguien de su entorno que tenga pensamientos de suicidio, haya intentado suicidarse o se haya suicidado?

Sí

No

12. ¿Alguna vez has recibido información o educación sobre la conducta suicida y los problemas de salud mental en la escuela?

Sí

No

13. ¿Crees que haber recibido información o educación sobre la conducta suicida y los problemas de salud mental habría sido útil para evitar que realizara la conducta suicida?

Sí

No