



Factores asociados a la conducta suicida en adolescentes y jóvenes: Revisión Sistemática

Factors associated with suicidal behavior in adolescents and young people: Systematic Review

Ladini Sunanda Hernández Bello¹; Zuleima Cogollo Milanes²; Andrés Mauricio Ríos Paternina³

^{1,2} Universidad de Cartagena filiación institucional, ³ Corporación Universitaria Rafael Núñez

Mail Correspondencia: lhernandezb2@unicartagena.edu.co

RESUMEN

Objetivo: identificar factores asociados a la conducta suicida en adolescentes y jóvenes desde estudios analíticos. **Métodos:** revisión sistemática, se consultó LILACS, Google académico y Pubmed, se usaron palabras clave: Factores Desencadenantes, Factores epidemiológicos, intento de suicidio, suicidio, adolescente y sus homólogos en inglés y portugués. Se seleccionaron estudios de Cohorte y Casos y controles publicados a partir del 2000 y disponibles a texto completo. Se valoró el riesgo de sesgo mediante la guía de lectura crítica Caspe y se realizó síntesis cualitativa. **Resultados:** se incluyeron 15 estudios que cumplieron con los criterios de selección. La investigación sobre los factores de protección fue escasa, solo en tres estudios. El factor de riesgo reportado en todos los estudios y en todas las fases de la conducta suicida fue la presencia trastorno mental como depresión y ansiedad. Se relacionaron factores familiares, académicos, consumo de sustancia psicoactivas, violencia física, verbal y sexual a la ideación e intento de suicidio. **Conclusiones:** los factores de riesgo para la conducta suicida en adolescentes y jóvenes más importante, es tener depresión, ansiedad o consumo de sustancias psicoactivas y en segundo lugar antecedentes de suicidio y/o trastorno mental en el entorno familiar y social. Se requiere de investigaciones futuras orientadas a identificar factores de protección que faciliten el diseño de intervenciones preventivas.

PALABRAS CLAVE: Suicidio; intento de suicidio; adolescentes; jóvenes; factores de riesgo

ABSTRACT

Objective: to identify factors associated with suicidal behavior in adolescents and young people from analytical studies. **Methods:** systematic review, LILACS, Google Scholar and Pubmed were consulted, keywords were used: Triggering Factors, Epidemiological Factors, suicide attempt, suicide, adolescent and their counterparts in English and Portuguese. Cohort and Case-control studies published from 2000 and available in full text were selected. The risk of bias was assessed using the Caspe critical reading guide and a qualitative synthesis was performed. **Results:** 15 studies that met the selection criteria were included. Research on protective factors was sparse, only in three studies. The risk factor reported in all studies and in all phases of suicidal behavior was the presence of mental disorders such as depression and anxiety. Family, academic factors, consumption of psychoactive substances, physical, verbal and sexual violence were related to the ideation and attempt of suicide. **Conclusions:** the most important risk factors for suicidal behavior in adolescents and young people is having depression, anxiety or consumption of psychoactive substances and secondly a history of suicide and/or mental disorder in the family and social environment. Future research is required to identify protective factors that facilitate the design of preventive interventions.

KEY WORDS: suicide; suicide attempt; adolescents; youths; risk factors

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), destaca que el suicidio se constituye en una de las principales causas de muerte en todo el mundo, con una prevalencia mayor incluso que otras casusas de muerte violenta como las guerras y homicidios y/o muertes por enfermedades transmisibles y crónicas como el VIH, malaria o cáncer de mama¹. En 2019 se suicidaron más de 700 000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes, la población más afectada son los jóvenes de 15 a 29 años².

Pese a que las tasas mundiales de suicidio han disminuido en la mayoría de los países en este nuevo milenio con corte a 2019 (reducción promedio del 36%), con descensos del 17% en la Región del Mediterráneo Oriental, 47% en la Región de Europa y 49% en el Pacífico Occidental. Las tasas en la región de las Américas se incrementaron en un 17% en el mismo periodo².

No obstante, el problema con el suicidio no solo radica en las muertes por suicidio, debido a que esta, se constituye en la fase final de un proceso complejo y multifactorial llamado conducta suicida, se destaca que las prevalencias de las fases iniciales de la conducta como la ideación, planes e intentos de suicidio, suelen ser mayores a las muertes por suicidio y que toda la conducta suicida genera importantes pérdidas sociales y económicas a los países, sobre todo si se presenta en población joven³. Por lo que la OMS promueve e impulsa a los países adscritos a desarrollar estrategias nacionales de prevención del suicidio^{1,2}.

De ahí a que la conducta suicida se constituya en un problema de salud pública que requiere atención por parte de la comunidad científica. En los últimos 30 años se ha producido un cúmulo de evidencia científica en torno a analizar factores que podrían estar relacionados con la aparición de la conducta suicida tanto en adolescentes como en jóvenes,

lo que amerita la recopilación de dicha evidencia en documentos accesibles que faciliten la interpretación y la toma de decisiones⁴. Anterior al presente artículo, se han publicado revisiones sistemáticas que analizan este problema desde el enfoque de riesgo, sin embargo, dichas revisiones con frecuencia están conformadas por estudios correlacionales transversales que por su diseño mismo presentan limitaciones para establecer relaciones causales⁴⁻⁶.

En este sentido, esta revisión pretendió analizar la evidencia publicada proveniente de estudios analíticos prospectivos y retrospectivos como los Casos y Controles y los de Cohorte, debido a que este tipo de diseño aportan mayor nivel de evidencia cuando se quiere determinar el origen de un problema de salud y las exposiciones de los grupos que puedan explicar los casos de un fenómeno. El propósito de esta investigación fue identificar los factores asociados a la conducta suicida en adolescentes y jóvenes desde estudios de analíticos

METODOLOGÍA

Este estudio fue secundario tipo revisión sistemática con base a las directrices de la declaración PRISMA. Se consultaron sistemáticamente las bases de datos LILACS, Google académico y Pubmed, desde el año 2000 hasta 2022, en el mes de diciembre del año 2022, se filtró la búsqueda a estudios analíticos de Cohorte y Casos y controles, debido a que los estudios de Cohorte al ser prospectivos permiten identificar de manera más precisa los factores de riesgo y de protección asociados a una situación epidemiológica o clínica, para establecer una causalidad, en este caso la conducta suicida⁷. Por su parte los estudios de Casos y controles son apropiados para evaluar las múltiples exposiciones de los sujetos que conllevaron a ciertos efectos, con respecto al objeto de este estudio se requiere conocer cuales exposiciones a factores de riesgo aumentan la

probabilidad de ocurra la conducta suicida y cuales factores de protección evitan este fenómeno⁸.

Para la búsqueda, se utilizaron las palabras clave: Factores Desencadenantes, Factores epidemiológicos, intento de suicidio, suicidio, adolescente; consultadas en los Descriptores de Ciencias de la Salud. Estas se conjugaron el operador booleano AND para conformar ecuaciones de búsqueda en idiomas español, inglés y portugués así:

- Precipitating Factors AND suicide Attempted OR suicide AND adolescent
- Factores Desencadenantes AND intento de suicidio OR suicidio AND adolescente
- Factores Desencadenantes AND Tentativa de Suicidio OR Suicidio AND Adolescente
- Epidemiologic Factors AND suicide Attempted OR suicide AND adolescent
- Factores epidemiológicos AND intento de suicidio OR suicidio AND adolescente
- Factores Epidemiológicos AND Tentativa de Suicidio OR Suicidio AND Adolescente

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluyeron estudios primarios como estudios de Cohorte y Casos y Controles. Estos debían centrarse en factores asociados a la conducta suicida en adolescentes y/o jóvenes. Se excluyeron estudios no disponibles a texto completo, literatura gris y estudios secundarios como revisiones o metaanálisis.

Selección de los estudios: Para seleccionar los estudios se realizó en primer lugar, lectura de título; si el título correspondía al tema de investigación, se realizaba lectura de resumen; si el estudio cumplía con los criterios de inclusión y exclusión, se descargó usando el gestor bibliográfico Mendeley, donde se organizaron por carpetas. Este proceso fue realizado por dos autores y auditado por el tercero, en caso de discrepancia en la selección, se realizó reunión entre los revisores

para llegar a consenso.

Evaluación del riesgo de sesgo: se realizó lectura crítica de los estudios incluidos en la revisión mediante el instrumento Caspe para estudios de Cohorte y Casos y Controles^{9,10}, con el propósito de identificar sesgos en cada una de las investigaciones seleccionadas para análisis. Los instrumentos Caspe para estudios de casos y controles y cohorte comprenden 11 preguntas cada uno que indagan sobre la validez de los resultados del estudio, de estas, las dos primeras corresponden a preguntas de eliminación que permiten detectar rápidamente errores en el diseño de las investigaciones, las opciones de respuesta de todas las preguntas son si, no y no se. La valoración fue realizada por dos de los autores y revisada por el tercero, cuando hubo discrepancia el tercer autor fue quien tomó la decisión final.

Variabes y extracción de datos: se extrajeron tres tipos de variables: a) características de los estudios: autores, año de publicación, país, idioma, diseño del estudio, participantes. b) prevalencia de conducta suicida. C) factores asociados a la conducta suicida (ideación, planes, intentos y suicidio consumado). La extracción se realizó en un cuadernillo de datos construido en el programa Microsoft Excel por los autores, lo que permitió filtrar aquellos que correspondían a duplicados y eliminarlos, así como hacer comparaciones de la calidad de los datos extraídos en cada uno de los estudios por los tres revisores.

Análisis de los datos: se hizo un análisis cualitativo de los datos, se sintetizaron las características generales de los estudios, descripción de los factores asociados a través de resúmenes y tablas descriptivas.

RESULTADOS

La búsqueda realizada en las tres bases de datos arrojó un total de 4 561 documentos. Luego de agotar el proceso de selección se

incluyeron 15 investigaciones en la síntesis cualitativa, de las cuales 4 fueron estudios de cohorte y 11 de casos y controles (figura 1). Los estudios de cohorte fueron realizados en países como Brasil, Suecia, Nueva Zelanda y Reino Unido, cada país con una investigación, mientras que los de casos y controles todos fueron realizados en Latinoamérica, el país con más producción fue Cuba.

Lectura crítica: valoración de sesgos

La valoración de los estudios de cohorte dio como resultado que las investigaciones no cumplieron con el ítem 4 de la guía Caspe, puesto que no tuvieron en cuenta el potencial de los efectos de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio, debido a que en el reporte no había ningún tipo de información al respecto. Los ítems 6, 7 y 11 de la guía se describen al presentar los resultados de los estudios.

Figura 1. Esquema general de la selección de estudio de acuerdo a la declaración PRISMA.

Con relación a los estudios de casos y controles el ítem 3 y el 4 que corresponde a la forma en que se reclutaron los casos y los controles respectivamente, la valoración reveló que 5 estudios pudieron incurrir en el sesgo de selección debido a que los reportes suelen ser muy sucintos y no aportan datos claros de factores como el marco temporal, la similitud en los métodos de medida para soportar la validez de los hallazgos, cegamiento, potencia estadística, entre otros. La mayoría de los estudios no cumplieron con los ítems 5 y 6 que correspondieron a reportar la forma precisa de minimizar posibles sesgos y los factores de confusión, respectivamente. El detalle de los resultados de la valoración de sesgos se puede observar en la tabla 1. Ningún estudio fue descartado, pues pasaron las preguntas de filtro de la guía.

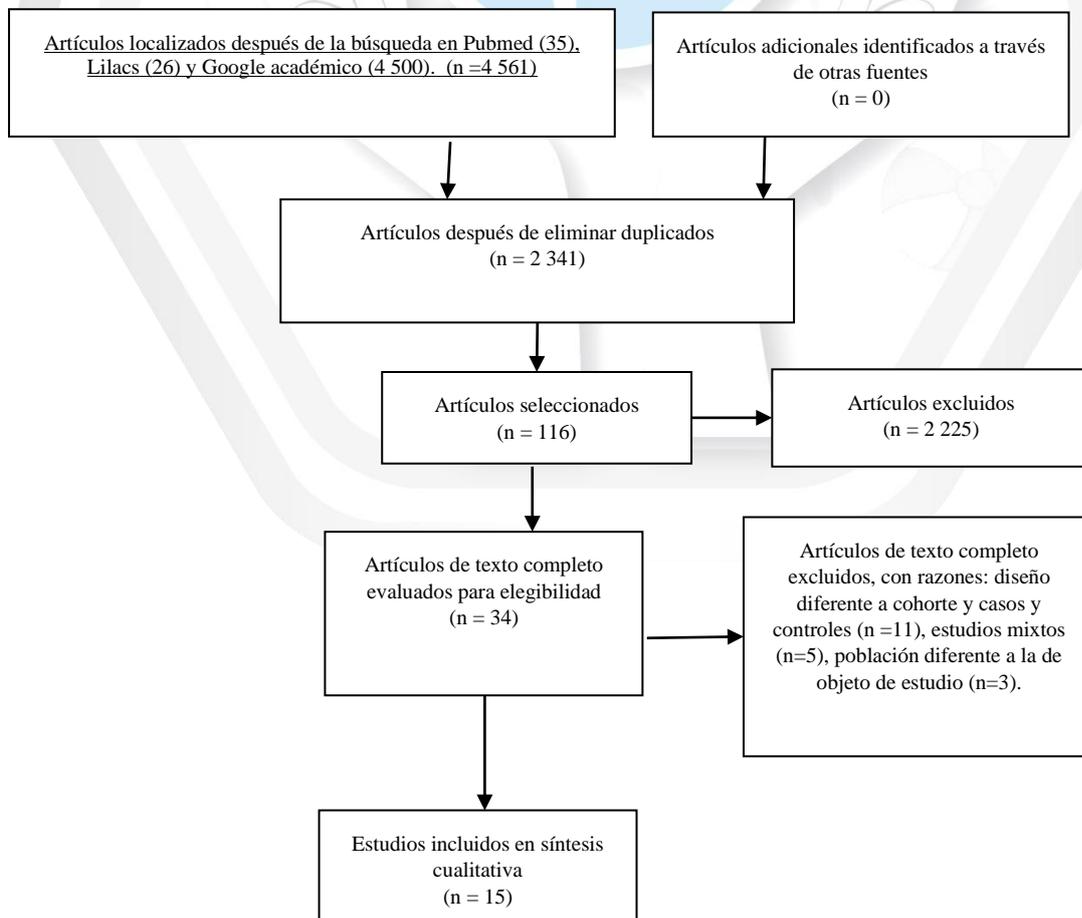


Tabla 1. Lectura crítica de los estudios incluidos en la revisión mediante el instrumento Caspe.

Estudios	Preguntas										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Gomes 2019.	Si	Si	Si	No	Si	R	R	Si	Si	Si	No
Takami 2019.	Si	Si	Si	No	Si	R	R	Si	Si	Si	No
Mars 2019.	Si	Si	Si	No	Si	R	R	Si	Si	Si	No
Coopersmith 2017.	Si	Si	Si	No	Si	R	R	Si	Si	Si	No
Arias 2015.	Si	Si	No	Si	No	No	R	R	Si	Si	Si
Cortes 2010.	Si	Si	Si	Si	No	No	R	R	Si	Si	Si
Cortes 2011.	Si	Si	Si	Si	No	Si	R	R	Si	Si	Si
Cruz 2011.	Si	Si	Si	Si	No	No	R	R	Si	Si	Si
Noa 2010.	Si	Si	Si	No	No	No	R	R	Si	Si	Si
Espinoza 2010	Si	Si	Si	Si	Si	Si	R	R	Si	Si	Si
Tuesca 2003.	Si	Si	Si	Si	No	No	R	R	Si	Si	Si
Pérez 2008.	Si	Si	Si	No	No	No	R	R	Si	Si	Si
Villa 2009.	Si	Si	Si	No	No	No	R	R	Si	Si	Si
Tamayo 2021.	Si	Si	Si	No	No	No	R	R	Si	Si	Si
Rivera 2022.	Si	Si	Si	Si	No	No	R	R	Si	Si	Si

R: corresponde a los ítems de la valoración de sesgos que se detallan en el apartado de los resultados.

Prevalencia de la conducta suicida

Solo 2 estudios de cohorte indagaron sobre la prevalencia de la ideación suicida ambos en jóvenes con diagnóstico de al menos un trastorno mental, Gomes¹¹ encontró que el 1,7% de los participantes de su cohorte habían tenido ideación suicida, mientras que Mars¹² de 538 participantes, 310 habían tenido ideas suicidas. Con respecto a los estudios de casos y controles solo Espinoza¹³ en México y Pérez¹⁴ en Colombia seleccionaron sus casos de personas que tenían ideación suicida.

Para el caso de los planes suicidas, solo un estudio, informó la prevalencia de esta fase suicida, Gomes¹¹ reportó que 1,7% de los participantes de su cohorte, habían presentado planes suicidas. Con relación al intento de suicidio, la mayoría de los estudios (n=13) tanto de cohorte como de casos y controles estudiaron el intento de suicidio, informando cifras alarmantes que se detallan en la tabla 2 y 3. Por su parte, el suicidio consumado, solo se estudió en dos investigaciones una de cohorte¹⁵ y una de casos y controles¹⁶, los resultados se informan en la tabla 2 y 3.

Factores de riesgo asociados a la ideación e intento de suicidio; el factor de riesgo más frecuente relacionado a la ideación e intento de suicidio con asociación estadísticamente significativa en los dos tipos de diseño de las investigaciones fue la presencia de un trastorno mental, donde los principales fueron

la depresión^{11, 16-20}, la ansiedad^{11,16-18,20,21}, el alcoholismo²⁰ y el consumo de otras sustancias psicoactivas^{12,13,16,18,20}. En segundo lugar, los estudios resaltan el papel de diversos antecedentes que aumentan el riesgo de estas dos conductas en los adolescentes y jóvenes, tales antecedentes son: antecedente familiar de esquizofrenia²⁰, suicidio e intentos de suicidio en la familia^{12,20-25}, antecedentes familiares de trastornos mentales²³, suicidio en amigos^{12,18,20}, ideas y planes anteriores sobre suicidio^{18,20-22}, padecer enfermedades crónicas^{16,23,24}, hospitalizaciones previas^{14,16}; en todos los estudios las asociaciones fueron estadísticamente significativas.

Otro factor de riesgo relacionado con frecuencia a la ideación e intento de suicidio con significancia estadística son los problemas familiares ya sea por disfuncionalidad, conflictos familiares o mala relación con los padres^{14,17,20-22,24,25}. Así mismo, la violencia ya sea física, verbal o sexual es un factor de riesgo que contribuye sustancialmente a que los adolescentes y jóvenes aumenten el riesgo de tendencias suicidas^{13,18,24}. Por último, factores de riesgo que tienen que ver con entornos académicos, también fueron relacionados significativamente con ideación e intento de suicidio, tales como: rechazo escolar^{20,25} y dificultades con el rendimiento académico^{19,20,25}. Otros factores de riesgo se detallan en las tablas 2 y 3.

Cabe destacar que en una investigación de cohorte realizada por Coopersmith¹⁸, se estudió las diferencias entre las autolesiones sin intención suicida y los intentos de suicidio propiamente dicho, se encontró que en la medición a los 26 años; los factores de riesgo fueron los mismos: antecedentes de trastorno de ansiedad, antecedentes de trastorno depresivo, antecedentes de trastorno por abuso de sustancias, ideación suicida de 12 meses, ser víctima de abuso sexual antes de los 16 años y exposición al suicidio de un amigo.

Factores de riesgo para el suicidio consumado

Solo dos estudios establecieron asociación sobre factores de riesgo para la fase final de la conducta suicida: Takami¹⁵ observo en 7 316 suicidios consumados que el riesgo fue mayor durante estudios universitarios en curso. Mientras que Tuesca¹⁶, hizo un análisis más amplio de factores de riesgo y encontró que padecer una enfermedad crónica, tener ansiedad, trastorno psiquiátrico, personalidad psicótica y temperamento explosivo fueron los

factores que se relacionaron a la muerte del joven.

Factores protectores para la conducta suicida

La revisión de las investigaciones reveló que el estudio de factores que suponen una protección para la conducta suicida es muy escaso, solo 3 de los 15 artículos revisados informaron que factores como: tener con quién contar en situaciones difíciles (OR=0,37 p=0,000), contar los problemas al padre (OR=0,37; p=0,026) (21,22), estar conforme como se es (OR= 0,3655), tener apoyo o atención familiar (OR= 0,3697) (16) y contar sus problemas a la pareja (OR= 0,3189)²², disminuyen el riesgo de intentos de suicidio. Además, terapias de inspiración psicodinámicas y de orientación cognitiva (OR 0,13 IC 0,02-0,58) y el sexo femenino (OR=0,06 (0,01-0,25) (16). Por su parte, el sexo femenino (OR: 0,20) p = 0,000 también fue un factor protector para el suicidio consumado¹⁶

Tabla 2. Factores de riesgo y protección asociados a la conducta suicida desde estudios de cohorte

Autor, año, país.	Muestra y características	Prevalencia de intentos de suicidio	Factores de riesgo
Gomes A, Et al, 2019, Brasil.	Población: 5 265 nacidos vivos registrados Años de seguimiento: 22 desde 1993 Muestra: 3 781 participantes	1 de cada 5 tenían un trastorno mental. De estos, el 2,8% ideación suicida, 1,7% plan suicida y 5,7% cometido intentos de suicidio. El riesgo suicida actual fue de 8,8% (IC95% 7,9-9,7)	Depresion mayor (PR = 5,6; IC 95 % 4,1–7,8) y estrés postraumático (PR = 5,0; IC 95 % 3,9–6,3)
Takami C, Et al, Suecia, 2019.	Población: 5 039 419 individuos. Años de seguimiento: de1993 a 2011 Muestra: 2 569 266 (51 %) eran hombres y 2 470 193 (49 %) mujeres.	7 316 suicidios consumados. Fuero 63,4% de todas las muertes no naturales (N=11 533) y el 29,7% de todas las muertes (N=24 672).	Estudios universitarios en curso: hombres (TIR=2,37, IC 95% 2,07 a 2,72) y mujeres (TIR=2,15, 95% IC 1,77 a 2,61)

<p>Mars B, Et al, Reino Unido, 2019.</p>	<p>Población: 14 062 nacidos vivos Años de seguimiento: desde 1991 Muestra: 456 adolescentes a los 16 años y 569 a los 21 años</p>	<p>A los 21 años de edad 310 participantes tenían pensamientos suicidas y 380 se habían involucrado en autolesiones no suicidas. 38 (12%) de 310 con pensamientos suicidas y 46 (12 %) de 380 que se habían autolesionado sin intención suicida informaron haber intentado suicidarse por primera vez en el seguimiento a los 21 años de edad. 107 participantes informaron tanto pensamientos suicidas como autolesiones no suicidas a los 16 años de edad. De estos, 22 (21 %) intentaron suicidarse durante el seguimiento a los 21 años de edad, en comparación con 32 (1%) de 2283 participantes en la submuestra que no informaron pensamientos suicidas ni autolesiones no suicidas.</p>	<p>Consumo de cannabis [OR] 2.61, IC 95% 1.11–6.14; p=0.029), uso de otras drogas ilícitas (2.47, 1.02–5.96; p=0.045), autolesiones no suicidas (2.78, 1.35–5.74 p=0.0059) y niveles más altos de personalidad introvertida (1.62, 1.06–2.46; p=0.025). Exposición a la autolesión en otros (miembro de la familia OR 2.03, 95% IC 0.93–4.44, p=0.076; amigo autolesión 1.85, 0.93–3.69, p=0.081), sueño insuficiente (1.97, 1.02–3.81; p=0.043), despertarse en la noche (OR ajustado 1.91, 95% IC 0.93–4.44; p=0.069).</p>
<p>Coopersmith D, Et al, Nueva Zelanda, 2017.</p>	<p>Población: 1 037 nacidos vivos Muestra: 709 participantes a los 26 años. Años de seguimiento: desde 1972.</p>	<p>A lo largo de la vida: 34% de autolesiones sin intención suicida a lo largo de la vida. 7% intentos de suicidio a lo largo de la vida. Último año: 14% de autolesiones y 1,1% intentos de suicidio.</p>	<p>La ideación suicida de 12 meses a los 26 años se asoció con mayor probabilidad de antecedentes de autolesiones e intentos de suicidio.</p>

Tabla 3. Factores de riesgo y protección asociados al intento de suicidio desde estudios de casos y controles.

Autor, año, país.	Muestra y características	Factores de riesgo
<p>Arias 2015 Cuba.</p>	<p>Casos: 37 adolescentes identificados con intento de suicidio de 11 a 19 años de edad. Controles: 74 adolescentes</p>	<p>Ansiedad (OR= 6,13 p=0,0010), depresión (OR=3,34 p=0,0095). El antecedente familiar de esquizofrenia (OR= 8,40 IC= [1,64 - 42,79] p=0,0098). El alcoholismo en la familia (OR= 7,60 IC= [1,91-30,17] p=0,0035). Las malas</p>

	con características similares sin intento de suicidio	relaciones con los padres (OR = 10,51 p=0,0000). Los problemas económicos (OR = 4,39 p=0,0038). Los problemas en la vivienda (OR = 3,48 p=0,0128). Los conflictos de la sexualidad y los problemas de pareja (OR = 20,11 p=0,0000). Las malas relaciones con los compañeros (OR = 30, p=0,0026). Rechazo escolar (OR = 24,54 p=0,0000). Desvinculación escolar (OR = 11,40 p=0,0260). Dificultades en el rendimiento (OR p=0,0000), suicidio en la familia (OR = 5,62 p=0,0091), suicidio en los amigos cuadruplica el riesgo (OR = 4,08 p=0,0562), intento de suicidio en la familia (OR = 3,26 p=0,0126)
Cortes Et al, 2010 Cuba.	Casos: 74 Adolescentes con intento de suicidio . Controles: 218 adolescentes de las mismas edades sin intento de suicidio	Planes anteriores de hacerse daño (OR=33,90; p=0,000), deseos de hacerse daño (OR=4,16; p=0,000), sentimientos de desesperanza, (OR=2,66; p=0,0019), no confiar en los padres (OR=1,82; p=0,025), antecedente de trastornos nerviosos, (OR=3,50; p=0,000).
Cortes Et al, 2011 Cuba.	Casos: 87 Adolescentes de 10 a 19 años notificados con intento de suicidio . Controles: 261 adolescentes de las mismas edades.	El no confiar en los padres (OR= 3,9402), antecedente de suicidio en la familia (OR= 3,7236), existencia de problemas afectivos (OR= 3,4674), deseo de hacerse daño (OR= 8,8270). Elaboración de planes anteriores para hacerse daño (OR= 7,9227).
Cruz Et al, 2011 Cuba.	Casos: 36 Adolescentes de 10 a 19 años reportados por intento de suicidio . Controles: 72 adolescentes de las mismas edades sin intento	Depresión p(0.0002), retraso mental p(0,003). Dificultades escolares p(0,002). Internamiento involuntario p(0,0001). Antecedentes familiares de suicidio p(0,0001).
Noa Et al, 2010, Cuba.	Casos: 54 adolescentes con intento de suicidio de 11 a 19 años. Controles: 128 adolescentes de la misma edad sin intento.	Antecedentes familiares de intento suicidio 8,63, IC 3,85; 19,61P (0,01). Conflictos familiares 6,45, IC 2,96 p (0,01). Conflictos con los docentes 3,23 IC 1,53; 6,83 p(0,01). Conflictos económicos 2,59 IC 95% de 1,23-5,47 p (0,05)
Espinoza Et al, 2010, México.	Casos: 235 casos de personas entre los 14 y 19 años con ideación suicida e intento de suicidio . Controles: 470 del mismo sexo y edad.	Violencia física χ^2 47,1 p <0,0001 razón de momios 5,47 IC (4,11-7,28). Violencia verbal χ^2 79,1 p<0,0001 razón de momios 9.28 IC (7.5 – 10.9). Abuso sexual χ^2 20,1 p<0.00001 razón de momios 27.46 IC (3.5–211.2). Tabaquismo χ^2 24.8 p<0.0001 razón de momios 3.6 IC (2.42 – 5.32). Uso de drogas χ^2 14.1 p 0.0002 razón de momios 8.41 IC (2.3 - 30.1).
Tuesca y Navarro, 2003,	Casos: 23 familiares de suicidas y 37 personas con intento de suicidio a los que	Suicidio consumado: enfermedad crónica, ansiedad OR 7,33 (2,78 –19,8), trastorno psiquiátrico OR 8,83 (2,26-40,34) personalidad

Colombia.	se les aplico una encuesta. Controles: 56 jóvenes provenientes de la consulta externa excluidos psiquiatría y psicología de dos hospitales.	psicótica OR 4,92(1,7-15,3) y temperamento explosivo OR 3,48(1,34 –9,26). Intento de suicidio: trastorno psiquiátrico, ansiedad OR 8,31(2,43 – 31,19), temperamento explosivo y depresión OR 18,16 (6,02 –57,7), uso de sustancias psicoactivas OR 4,18 (1,03-18,2). Una hospitalización OR 3,98 (1,36-11,85) y enfermedad crónica OR 7,91 (2,08-32,6).
Pérez Et al, 2008, Colombia.	Cohorte: inicial de 77 individuos después de las perdidas. Casos: 27 pacientes que asisten al servicio de psiquiatría con ideación suicida . Controles: no especifica claramente quienes fueron.	Estar desempleado o desocupado (con exclusión de estudiantes o amas de casa); tener más de un intento suicida previo, disfunción familiar (OR=11,05), no resolución del conflicto motivador del intento suicida o su empeoramiento (OR=106), previa hospitalización psiquiátrica con predominio de mal ánimo, tener 31 o más años de edad, tener enfermedad médica, y haber requerido farmacoterapia psiquiátrica sola o combinada con psicoterapia.
Villa Et al, 2009, México.	Casos: 25 pacientes con intento de suicidio confirmado por intoxicación. Controles: 25 pacientes que se intoxicaron sin intencionalidad de suicidio.	Disfunción familiar moderada razón de momios 12.22 < 0.001, Disfunción grave razón de momios 13.33 0.001. Depresión 12 69 <0.001. Ansiedad 12.83 0.002. Crisis moderada por algún evento crítico 18.67 < 0.001.
Tamayo Et al, 2021, Cuba.	Casos: 30 pacientes ingresados a UCI por intento de suicidio entre 12 y 19 años. Controles: Pacientes ingresados por causas diferentes a intentos de suicidio, de la misma edad e ingresados en el mismo periodo, 2 controles por cada caso, para un total de 60 controles.	Ansiedad (OR=6,000, p=0,003; IC=1,668-21,582), epilepsia (OR=4,461, p=0,072; IC=0,768-25,913); depresión (OR = 3,500, IC=1,345-9,107, p = 0,008). Antecedente familiar de ansiedad y el intento suicida (OR=14,500, IC=2,920-71,891, p=0,000), la depresión en la familia (OR=11,800, IC=1,310-106,217, p=0,007) y el antecedente familiar de alcoholismo (OR=8,826, IC=1,705-45,682, p=0,002).
Rivera Et al, 2022, Cuba.	Casos: 58 casos ingresados por intento de suicidio entre los 9 y 14 años. Controles: 116 controles, no especifica quienes fueron.	Ser mujer (OR=18,897; IC=7,788-45,974; p=0,000), los antecedentes de enfermedades crónicas (OR= 4,739; IC=1,677-13,392; p= 0,003), el divorcio de los padres, (OR= 14,146; IC=6,585-30,386; p=0,000), los antecedentes filiales de suicidio (OR=7,516; IC= 2,934-19,257; p= 0,000), la disfunción familiar y/o violencia (OR=7,412; IC=3,222- 17,047; p=0,000); el rendimiento académico con un (OR= 9,145; IC=3,992-20,948; p=0,000).

DISCUSIÓN

En esta revisión los factores de riesgo que se asociaron a la conducta suicida en todas sus fases fueron padecer de un trastorno mental ya sea depresión o ansiedad. Estos resultados son consistentes con lo reportado en la literatura en diversos estudios primarios¹¹⁻¹⁵ y secundarios como el de Londoño⁵ y el de Hernández⁴, quienes destacan que los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad están directamente relacionados con la conducta suicida, una cantidad importante de pacientes con estas patologías, presenta al menos 1 vez en su vida una o varias manifestaciones del espectro suicida.

Los antecedentes como alguna manifestación de la conducta suicida en la familia o amigos, enfermedad crónica o mental en la familia o el propio individuo, fueron reportados en la mayoría de los estudios con una asociación significativa. Estudios^{26,28} han demostrado que existe asociación significativa entre la herencia suicida y la manifestación suicida en algún miembro de la familia. La heredabilidad del suicidio esta soportada en que personas biológicamente relacionadas con suicidas tienen tasas más altas de suicidio que los relacionados por adopción²⁶⁻²⁸.

Además, se han documentado marcadores genéticos asociados al suicidio en por lo menos 50 genes, que codifican el funcionamiento de neurotransmisores, principalmente el Promotor del gen transportador de la serotonina (SLC6A4) del cromosoma 17 y que presenta gran polimorfismo como la selección/inserción en el par de base 44 en el extremo 5' de dicha región que se encarga de regular la expresión y da lugar a un alelo corto (S) y uno largo (L) respectivamente, que modifican la actividad del promotor^{26,27}. La variante corta se ha asociado a baja eficiencia basal y transcripcional del gen, lo que conlleva a una baja actividad recaptadora, esta se asocia a los suicidios consumados y a los intentos de

suicidio violentos o de carácter impulsivo, pues hay menor proporción de dicha variante en aquellos casos de suicidio donde se han utilizado métodos no violentos como la ingesta aumentada de medicamentos^{27,28}.

Cabe destacar que en esta revisión hubo un importante número de artículos que asociaron factores académicos con la conducta suicida como ser estudiante universitario, dificultades con el rendimiento académico y el rechazo escolar. Contrario a lo reportado en otras revisiones donde ha habido ausencia de este tipo de factores^{4,5,29}. Lo que implica oportunidades de investigación futura que permitan explorar con mayor claridad y precisión el papel de estos factores en la conducta suicida y establecer relaciones casuales tanto en los entornos escolares como universitarios, debido a que es en estos espacios donde el sujeto joven pasa gran parte de su tiempo, establece relaciones interpersonales significativas, construye su proyecto de vida, fortalece su autoeficacia, autoestima, manejo de emociones y resiliencia que pueden ser factores protectores para la conducta suicida potenciados en el entorno educativo²⁹.

De otra parte, el estudio de los factores de protección fue escaso, el factor pertenecer al sexo femenino, resultó ser protector en todas las fases de la conducta. Sin embargo, la evidencia es más sólida al demostrar que el sexo femenino es un factor protector en el suicidio consumado⁴. En el mundo por cada 3,5 hombres que se suicida solo 1 mujer consuma el acto; en los países ricos también los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, en los países de medianos a bajos ingresos la razón desciende de a 1,5 hombres por cada mujer, mientras que, en América, la diferencia por sexo varía de 6 veces más en hombres a 2 en mujeres²⁹.

Lo anterior, debido a que las mujeres suelen ser más impulsivas, lo que conduce a intentos autolíticos fallidos, además, suelen expresar

sus emociones y estar más abiertas a pedir ayuda, es más probable que una mujer sea diagnosticada con depresión que un hombre³⁰. Mientras que los hombres, con frecuencia cuando piensan en suicidio, suelen ser más controladores, planean con anticipación el acto y utilizan métodos de suicidio más letales. A esto se le suma, el hecho de que los varones tienen mayor accesibilidad a métodos altamente mortales como las armas de fuego y son menos dispuestos a expresar sus preocupaciones, emociones y sentimientos de malestar; debido a las configuraciones culturales de lo que es ser varón, asociado a figura de poder social inquebrantable y sin ninguna muestra de debilidad³¹. Por lo que, para el hombre cuando experimenta sufrimiento emocional, sentimiento de inutilidad, sensación crónica de vacío, tristeza profunda, insatisfacción con la vida, desesperanza, en otras manifestaciones de deseos suicidas, evitan demostrar estos sentimientos y pensamientos a las personas a su alrededor por miedo a ser tachados como cobardes o débiles, restringiendo así la posibilidad de recibir atención oportuna y aumentando así el riesgo de un suicidio consumado^{30,31}.

Si bien la fortaleza de esta revisión radica en presentar un análisis de factores asociados a la conducta suicida desde estudios analíticos, cabe destacar que algunos de ellos incurrieron en sesgos de selección para los grupos casos y controles y la mayoría no informaron cómo se controlaron los factores de confusión. Si bien ningún diseño metodológico es perfecto es importante que los investigadores se esfuercen por controlar aquellos sesgos documentados en la literatura que pueden tener implicaciones en los resultados, en el diseño de casos y controles la selección adecuada de los grupos es fundamental para determinar las exposiciones de los sujetos y establecer las diferencias que llevarán a las asociaciones, por lo tanto los resultados que provienen de estudios con este tipo de sesgo deben ser tomados con precaución, se recomienda en

futuras investigaciones con este diseño tomar las medidas para reducir el error y robustecer las afirmaciones de los resultados^{7,8}. Las limitaciones de esta revisión tienen que ver con la heterogeneidad de los estudios incluidos que no permite hacer metaanálisis para fortalecer las conclusiones. Al encontrar sesgos en algunos estudios incluidos, las conclusiones deben ser tomadas con precaución.

CONCLUSIONES

Se concluye que los factores de riesgo para la ideación e intento de suicidio más importante según la evidencia científica es tener un trastorno mental como la depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas y en segundo lugar los antecedentes de suicidio y/o trastorno mental en el entorno familiar y social cercano. Estos mismos factores de riesgo se relacionan directamente con el suicidio consumado. Se requiere del desarrollo de investigaciones futuras orientadas a identificar factores de protección para la conducta suicida que faciliten el diseño de intervenciones preventivas, pues en esta revisión solo dos estudios analíticos analizaron este tipo de factores. Se recomienda a los investigadores mejorar el diseño de los estudios casos y controles y cohorte, sobre todo al controlar el sesgo de selección de los grupos a estudiar y otros sesgos susceptibles a ser controlados o evitados, con el propósito de fortalecer el nivel de evidencia de los hallazgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio, 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Organización Mundial de la Salud. Una de cada 100 muertes es por suicidio. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

3. Bravo H, Ruvalcaba A, Orozco M, Macías F. Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*. 2020 17(1), 36–48. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3220>
4. Hernández L, Hueso C, Gómez JL, Cogollo Z. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: 10 de septiembre e202009094. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721501>
5. Londoño V, Cañon C. Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados: revisión de tema. *Rev Archivos de Medicina (Col)*. 2020; 20 (2): 472-480. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3582>
6. González R, Picado M. Revisión sistemática de literatura sobre suicidio: factores de riesgo y protectores en jóvenes latinoamericanos 1995-2017. *Act.Psi*. 2020; 34(129): 47-69. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.34298>.
7. Quispe A, Porta T, Maita Y, Sedan C. Serie de Redacción Científica: Estudio de Cohortes. *Rev. cuerpo méd*. 2020; HNAAA 13(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000300020
8. Soto Alonso, Cvetkovich A. Estudios de casos y controles. *Rev. Fac. Med. Hum*. 2020; 20(1): 138-143. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2555>
9. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27. Disponible en: <https://redcaspe.org/cohortes11.pdf>
10. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.13-19. Disponible en: https://redcaspe.org/casos_y_controles.pdf
11. Gomes A, Luiza A, Kieling C, Rohde L, Gonçalves H. Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. *Rev Saude Publica*. 2019; 53(96). doi: 10.11606/s1518-8787.20190530012356
12. Mars B, Heron J, Klonsky D, Moran P, O'Connor R, Tilling K, Wilkinson P, Gunnell D. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6(4): 327–337. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30030-6
13. Espinoza F, Zepeda V, Bautista V, Hernández CM, Newton OA, Plasencia GR. Domestic violence and risk of suicidal behavior among university students. *Salud Publica Mex* 2010;52. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10616167005.pdf>
14. Pérez I, Ibáñez M, Reyes J, Atuesta J, Suárez M. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Rev. salud pública*. 2008;10 (3):374-385. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000300002
15. Takami C, Ljung R, Vaez M, Dahlin M. Ongoing university studies and the risk of suicide: a register-based nationwide cohort study of 5 million young and middle-aged individuals in Sweden, 1993–2011. *BMJ Open*. 2017; 7(3): e014264. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014264
16. Tuesca R, Navarro E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio Salud Uninorte. 2003; (17):19-28. Disponible en:

- <https://www.redalyc.org/pdf/817/81701703.pdf>
17. Villa A, Robles M, Gutiérrez E, Martínez M, Valadez F, Cabrera C. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio Re Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009; 47(6):643-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745517010.pdf>
18. Coppersmith D, Nada S, Beautrais A. Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in a New Zealand Birth Cohort. J Affect Disord. 2017; 15(221):89-96 doi: 10.1016/j.jad.2017.06.029
19. Cruz Rodríguez E, Moreira Rios I, Orraca Castillo O, Pérez Moreno N, Hernández González PL. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas. 2011;15(4):52-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400007
20. Arias I. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes del policlínico René Vallejo de Bayamo. Rev electrónica Dr Zoilo E. 2015. 40;(2). Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/97>
21. Cortés A, Aguilar J, Medina R, Toledo JL, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la Provincia Sancti Spíritus. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2010; 48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100003
22. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E, Salvador Durán J, Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes, Revista Cubana de Medicina Integral 2011;27(1)33-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100004
23. Tamayo Cordoví A, Elías Montes Y, Coto Batista T, Sánchez Pérez Y, Factores de riesgo asociados a intento suicida en adolescentes. Unidad de cuidados intensivos pediátricos. 2018-2019, Multimed. Revista Médica. Granma 2021; (25)3: e1753. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000300002
24. Rivera Morel M, Gonzáles Llovet N, Ponce Surós Y, Rosete Gamboa E, Oveida Zamora Martínez L. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes entre 9 y 14 años. Multimed. 2022; (26)2: e2416, ISSN 1028-4818. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000200005
25. Noa López J, Miranda Vázquez M. Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. MEDISAN. 2010; 14(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300011
26. Carballo J, Akamnonu C, Oquendo M. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. Arch Suicide Res. 2008; 12(2):93-110. Juel-Nielson N, Videbech T. Twin Study Of Suicide. Acta Gent. Med. Gemellol., 1970; 19:307-310.
27. Schulsinger E, Kety S, Rosenthal D, Wender P. A Family Study Of Suicide. In: Goram Strume. Ed. Abstracts Of The 111 World Congress Of Biological Psychiatry. Stockholm., 1981; 79.
28. Cañón S, Carmona J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018; 20(80):387-397. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es.
29. Corona B, Hernández M, García R. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. Rev haban cienc méd. 2016; 15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es.

30. Barroso, A. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2019; 39(135): 51-66 doi: 10.4321/S0211-57352019000100004
31. González, A., Castilla, A., Retamoza, N., Bolaños G. Factores de riesgos relacionados con los intentos de suicidio en Cartagena-Colombia. Rev acta psiquiatría Am Lat. 2013; 59(4): 240-252. Disponible en: <https://psicoclinica.co/factores-riesgo-relacionados-los-intentos-suicidio-cartagena-colombia/>

