



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Factores de riesgo asociados al suicidio:
Revisión sistemática**

Autora: María Hoyuelos Cob

Director: Marcos Bella Fernández

Madrid

2022/2023

Índice

Resumen	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Método.....	11
<i>Estrategia de búsqueda</i>	11
<i>Variables</i>	12
Resultados.....	12
<i>Resultados de la búsqueda</i>	12
<i>Características metodológicas y de la muestra</i>	14
<i>Factores de riesgo asociados a la conducta suicida</i>	17
Discusión	24
Conclusiones.....	28
Bibliografía.....	30
Anexo.....	36

Resumen

Según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, se estima que alrededor de un millón de personas se quitan la vida de forma voluntaria, lo que representa un serio desafío en términos de salud pública a nivel mundial. En España el suicidio se ha convertido en la principal causa de muerte no natural. Al tratarse el comportamiento suicida de una conducta multicausal se deben tener en cuenta tanto los aspectos individuales, como biológicos, psicológicos y contextuales. Es debido a esta policausalidad que la prevención del suicidio requiere un enfoque multidisciplinario e interinstitucional. A través de esta revisión sistemática se pretende sintetizar la información científica publicada acerca de los factores de riesgo relacionados con el suicidio en población española. Para ello, se han empleado las bases de datos MEDLINE y PsycInfo, a través de las cuales la búsqueda de literatura arrojó un total de 195 publicaciones, de las cuales se seleccionaron 16 a partir de los criterios de inclusión y exclusión. Se han identificado los siguientes factores de riesgo: la presencia de enfermedades mentales, intentos de suicidios previos, discapacidad, falta de apoyo familiar y social, contar con una historia familiar de suicidio, así como un bajo nivel económico y una situación laboral desfavorable. En cuanto a los factores de protección destacar la inteligencia emocional, la disposición para enfrentar nuevas experiencias, la habilidad para regularse y resolver problemas, el respaldo social, el nivel de satisfacción con la vida y las capacidades para enfrentar situaciones difíciles. Dada la trascendencia y gravedad que supone el suicidio en nuestro país, es necesario conocer estos factores para implementar medidas preventivas, así como para identificar y brindar apoyo a las personas en riesgo.

Palabras clave: suicidio, factores de riesgo, factores de protección, España.

Abstract

According to data provided by the World Health Organization, it is estimated that approximately one million people take their own lives voluntarily, posing a serious challenge in terms of global public health. In Spain, suicide has become the leading cause of non-natural death. Since suicidal behavior is multifactorial, it is necessary to consider individual, biological, psychological, and contextual aspects. Due to this multifaceted nature, suicide prevention requires a multidisciplinary and interinstitutional approach. This systematic review aims to synthesize the published scientific information on risk factors related to suicide in the Spanish population. To achieve this, the MEDLINE and PsycInfo databases were used, resulting in a total of 195 publications, of which 16 were selected based on inclusion and exclusion criteria. The following risk factors have been identified: the presence of mental illnesses, previous suicide attempts, disabilities, lack of family and social support, a family history of suicide, as well as low economic status and unfavorable employment situation. As for protective factors, it is worth noting emotional intelligence, willingness to face new experiences, ability to regulate and solve problems, social support, satisfaction with life, and coping abilities in difficult situations. Given the significance and gravity of suicide in our country, understanding these factors is essential for implementing preventive measures and identifying and providing support to individuals at risk.

Key words: suicide, risk factors, protective factors, Spain.

Introducción

Cada año, y según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que alrededor de un millón de personas se quitan la vida, tratándose por tanto de un grave problema de salud pública a nivel mundial. Sin embargo, los datos también muestran que las tasas de suicidio han aumentado gradualmente en los últimos años, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte, concretamente en la tercera entre los jóvenes de entre quince y veintinueve años, únicamente superado por fallecimientos por accidentes de tráfico e infecciones respiratorias (OMS, 2019).

Se trata de una conducta multicausal y multidimensional que no se puede explicar únicamente a través de un solo factor, sino que convergen aspectos tanto individuales, como biológicos, psicológicos y contextuales entre otros, lo que hace que se trate de un comportamiento difícil de predecir (Ballard y Zarate, 2018). Debido a esta policausalidad, la prevención del suicidio requiere múltiples estrategias de actuación, las cuales no corresponden exclusivamente a instituciones médicas, sino que requiere de un enfoque multidisciplinario e interinstitucional (Brooks et al., 2019).

Al hablar de suicidio es conveniente distinguir entre los siguientes términos: suicidio consumado, parasuicidio, ideación suicida e intento de suicidio. El sociólogo Durkheim es el primer autor en definir el término suicidio, destacando la finalidad intencional del acto: “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado” (Durkheim, 1897/1995). En 1976, la OMS define el suicidio consumado como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Asimismo, la OMS determina el parasuicidio como “un acto sin

resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”. Por ideación suicida se entiende a la “manifestación consciente sobre pensar o desear morirse, así como idealizar las expectativas de llevarlo a cabo mediante un plan o método concreto” (Toro et al., 2016). Por último, intento de suicidio se define como “un comportamiento potencialmente autoinfligido, asociado con al menos alguna intención de morir, como resultado del acto. Evidencia de que la intención del individuo de suicidarse, al menos hasta cierto punto, puede ser explícita o inferirse de la conducta o circunstancia. Un intento de suicidio puede o no resultar en una lesión real” (Interian et al., 2018)

En España, siguiendo los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2021 han sido 4.003 las personas que se han quitado la vida voluntariamente, de las cuales 2.982 han sido hombres (74%) y 1.021 mujeres (26%). El mayor número de suicidios en ambos sexos se produce entre la franja de edad de 50 y 54 años, dándose 460 muertes. Se trata de la cifra más alta registrada hasta día de hoy, habiendo 62 personas más respecto a 2020 y 332 más que en 2019. Examinado estos datos, se demuestra que la tendencia es de crecimiento constante, siendo el suicidio en España la principal causa de muerte no natural. Además, señalar que en 2021 se ha registrado el número más alto de suicidios en menores de 15 años, siendo 22. Por todo ello y, viendo estas estadísticas tan alarmantes, es fundamental hacer de la prevención del suicidio una prioridad: la mayoría de los suicidios son prevenibles (OMS, 2014).

UNICEF recalca que tanto la prevalencia del suicidio y de las conductas autolesivas como los métodos empleados cambian en función del país, su cultura y sus recursos; además de influir la disponibilidad y accesibilidad a los distintos medios (Roman y Abud, 2017). Poniendo el foco en España y en base a los datos oficiales

recogidos por el Instituto Nacional de Estadística, los métodos más empleados varían en función del género, siendo el ahorcamiento el más frecuente entre varones (49,9%), mientras que las mujeres tienden a utilizar como método mayoritario el saltar desde un lugar elevado (37,5%). La intoxicación por fármacos es más común entre las mujeres (17,2% vs 7,5%) a diferencia del suicidio causado por arma de fuego, el cual es mayoritario en varones (6,3% vs 0,7%). (Wu et al., 2021).

En cuanto a cifras a nivel mundial, según el informe proporcionado por la OMS, cada cuarenta segundos se suicida una persona y, por cada persona que se quita la vida de forma voluntaria, hay otras veinte que lo intentan. Las tasas de suicidio varían considerablemente entre países, siendo mayores en aquellos en desarrollo y de ingresos bajos (Hawton y Van Heeringen, 2009); entre género y edades. Respecto a la edad, se ha demostrado que los intentos de suicidio sin resultado de muerte son significativamente más frecuentes en las edades correspondientes a la adolescencia y que van disminuyendo con la edad, precisamente lo contrario que los suicidios consumados, los cuales tienden a aumentar con los años (Nock et al., 2008). En relación con el género, los datos muestran que los hombres se suicidan más que las mujeres, mientras que los intentos de suicidio son más frecuentes en ellas (OMS, 2014). Los estudios explican que este hecho puede deberse a que son los hombres quienes utilizan métodos más letales y por el peso del concepto de masculinidad tradicional, donde pedir ayuda se asocia con vulnerabilidad y por tanto con debilidad; mientras que las mujeres suelen buscar más ayuda (Mosquera, 2016).

Son muchos los mitos existentes acerca del suicidio. Estas creencias erróneas y sin base científica generan en ocasiones estigmas y hacen del suicidio un tema tabú, perjudicando a su prevención; y es por ello por lo que es imprescindible desmitificarlos. Uno de los criterios equivocados que más se repite es la de “el suicida quiere morir”. El

criterio científico expone que las personas con ideación suicida son ambivalentes, de forma que se plantean quitarse la vida si su vida continua como hasta hora, mientras que desearían vivir en caso de experimentar ciertos cambios. De esta manera, si esa ambivalencia se identifica a tiempo, se podría prevenir el suicidio (Pérez Barrero, 2005). Otro mito muy sonado es el de “el hablar sobre el suicidio incrementa el riesgo de que se lleve a cabo”. Se trata de una creencia peligrosa que en ocasiones hace que las personas tengan temor a abordar el tema del suicidio, cuando precisamente se ha demostrado empíricamente que el hablar sobre ello con personas en riesgo lo que hace es reducir el peligro y dar a la persona otras opciones y tiempo para reflexionar (OMS, 2014). Otra creencia distorsionada es la de “todo el que se suicida es un enfermo mental”, ya que, aunque la realidad es que las personas con presencia de alguna enfermedad mental se suicidan más, no significa que suicidio y enfermedad vayan siempre de la mano, sino que una persona en un momento determinado puede verse desbordada por la situación y trata de desprenderse de ese sufrimiento de forma radical (OMS, 2014). Como estos, son muchos más los mitos que existen y con los que se debe tener especial cuidado, ya que estar bien informados se considera la primera llave de la prevención.

Al tratarse el suicidio de una conducta multicausal y por tanto ser fruto de múltiples condicionantes, se deben considerar tanto los componentes propios de la persona como los procedentes del contexto. Aquellos factores relacionados con el entorno se consideran aspectos no modificables debido a que son aspectos que se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo, cuya modificación es ajena al ámbito clínico; al contrario de los factores psicológicos y psicopatológicos, los cuales se consideran modificables al existir la posibilidad de poder influir sobre los mismos. (Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011). Dentro de los factores de riesgo no modificables

se encuentran, entre otros, los antecedentes de intento de suicidio, tratándose de uno de los indicadores más firme de riesgo, aumentándolo entre 20 y 40 veces más (OMS, 2000); estado civil, siendo mayores las cifras de suicidio consumado en personas que viven solas, viudas o separadas (Antón-San-Martín et al., 2013); contar con antecedentes familiares de suicidio, que además puede ir asociado a factores hereditarios (Antón-San-Martín et al., 2013); la edad, encontrando las mayores tasas de suicidio en las personas mayores de 70 y en los jóvenes de entre 10 y 24 años (OMS, 2000); el sexo, las crisis económicas y factores genéticos.

En cuanto a los factores de riesgo modificables, destacar la presencia de trastornos mentales, siendo uno de los elementos de riesgo más significativo, aumentándolo entre 5 y 15 veces más que la población general, encontrando las tasas más altas en personas con depresión mayor, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de ansiedad (Moleón Ruiz y Moleón Camacho, 2021); el consumo de alcohol y drogas; que en numerosas ocasiones acaban asociándose a trastornos psiquiátricos; la presencia de enfermedades crónicas, entre las que cabe destacar las lesiones cerebrales, fibromialgia, cáncer, VIH/sida y trastornos del sueño; desempleo y ciertos rasgos de personalidad, tal y como son la impulsividad, la baja autoestima, la hostilidad, la agresividad y la dificultad para regular las emociones (Moleón Ruiz y Moleón Camacho, 2021).

Dado el tremendo impacto en salud mental que ha tenido la reciente pandemia COVID-19 cabe hacer mención de algunos de los efectos que ha dejado en relación con el suicidio. El aislamiento social, las nuevas realidades de teletrabajo, el desempleo temporal, el temor a contagiarse, la pérdida de seres queridos, la incertidumbre y los problemas económicos son algunos factores que han traído consigo la pandemia y que

han generado como consecuencia un aumento significativo de casos de personas con depresión y ansiedad, elevando a su vez el número de suicidios (OMS, 2020).

Como se viene exponiendo, el suicidio es un fenómeno etiológicamente multifactorial que acaba llevando a una persona a contemplar esta opción como única solución a su situación, tratando de poner fin a su sufrimiento. Asimismo, hay quienes utilizan este tipo de comportamiento suicida como una forma de buscar ayuda y expresar su nivel de desesperanza. Por todo ello es necesario actuar y prevenir. Existen ciertos atributos personales o circunstancias que ayudan a mitigar los distintos factores de riesgo, que son los denominados factores de protección y cuyo conocimiento permite implementar medidas de prevención y de apoyo. Dentro de los mismos se encuentran factores individuales, los cuales son habilidades y fortalezas propias de la persona; y factores del entorno. Atendiendo a los primeros, se encuentran entre otros, la capacidad de resolución de problemas, el autocontrol y la gestión de las emociones, una alta autoestima, presentar habilidades sociales y de comunicación, tener creencias religiosas o espirituales, hábitos de vida saludables, buen estado de salud, capacidad de resiliencia, facilidad de adaptación y contar con un proyecto de vida (Antón-San-Martín et al., 2013). En cuanto a los factores protectores relaciones con el entorno sociofamiliar destacan vivir en pareja, tener una buena situación económica, disponer de un trabajo gratificante, contar con una buena red de apoyo familiar y social y tener acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda. (Moleón Ruiz y Moleón Camacho, 2021).

A través de esta revisión sistemática se pretende sintetizar la información científica publicada acerca de los factores de riesgo relacionados con el suicidio en población española. Dada la trascendencia y gravedad que supone el suicidio en nuestro país, es necesario conocer estos factores ya que permiten tomar medidas preventivas y poder ayudar e identificar a aquellas personas que podrían estar en riesgo.

Método

Estrategia de búsqueda

Para la realización de la presente revisión sistemática se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante el mes de enero de 2023 en las siguientes bases de datos: PsycInfo y MEDLINE. Los términos que compusieron la ecuación de búsqueda fueron “Suicide”, “Risk factors” y “Spain” utilizando el operador booleano “AND” después de cada uno de ellos con el objetivo de alcanzar una búsqueda más completa que permitiera responder al objetivo de la revisión. Los dos primeros términos fueron buscados en lenguaje documental mientras que “Spain” se hizo en lenguaje libre. (Tabla 1).

Tabla 1

Ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda	N.º de referencias encontradas
PsycInfo	(DE "Suicide" AND DE "Risk Factors") AND Spain	157
MEDLINE	(MH "Suicide") AND (MH "Risk Factors") AND (MH "Spain")	38

Como criterios de elegibilidad se han considerado: (a) estudios empíricos (b) enfocados en población no clínica (c) y española, (d) además de contar con una muestra mayor de treinta participantes, (e) que relacionasen de forma explícita y cuantitativa el suicidio con factores de riesgo, (f) publicados en español o en inglés.

Tras lanzar la ecuación de búsqueda, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: (a) no cumplir con la metodología experimental, (b) que las conclusiones obtenidas no sean resultados de una investigación con datos científicos, (c) estudios

publicados hace más de diez años con el propósito de proporcionar una evidencia actualizada, y (d) estudios que no exhiban el texto completo.

Variables

En primer lugar, se han registrado una serie de variables metodológicas relacionadas con la validez de los estudios, evaluando el tipo de diseño empleado, el tamaño de la muestra y el tipo de medidas de resultado, así como las escalas y cuestionarios empleados para evaluar las distintas dimensiones relacionadas con conductas suicidas: depresión, ideación suicida, regulación emocional, procrastinación, victimización, afecto negativo, gratitud, inteligencia emocional, acontecimientos vitales estresantes, apoyo social, vinculación parental, intimidación, orientación sexual, soledad, y ansiedad.

Asimismo, se han evaluado más en profundidad las variables sobre las características de la muestra, prestando especial atención al país de procedencia de los participantes, así como su sexo, edad, el método de reclutamiento de los mismos, además de si cuentan o no con alguna patología relacionado con el ámbito psiquiátrico.

Por último, se ha tenido en cuenta las variables relacionadas con los factores tanto de riesgo como de protección, atendiendo las características tanto sociodemográficas, como sociales, culturales, biológicas y psicológicas.

Resultados

Resultados de la búsqueda

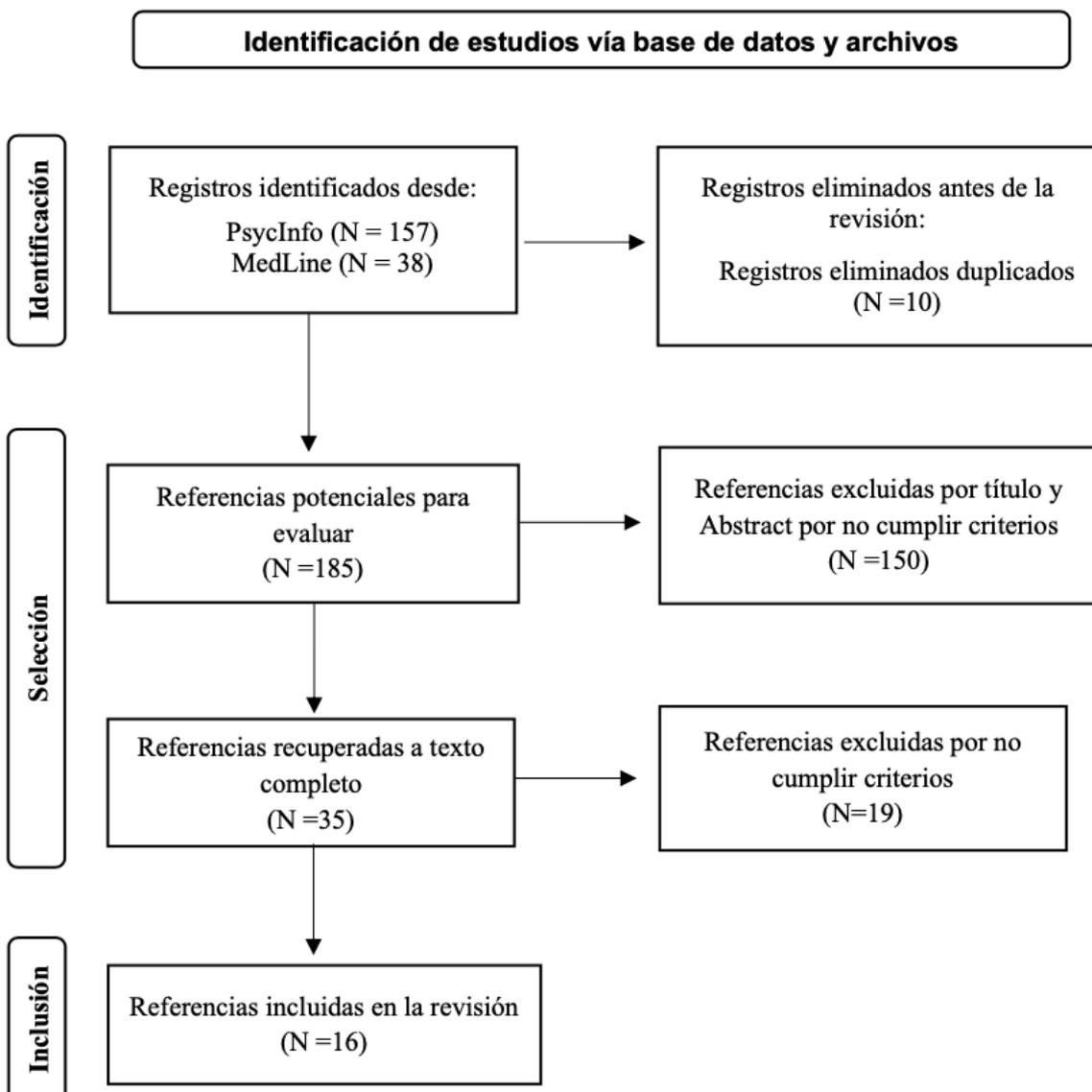
Una vez lanzada la ecuación de búsqueda en ambas bases de datos, se obtuvieron un total de 195 publicaciones. A continuación, se procedió a realizar un primer cribado basado en la lectura de los títulos y de sus respectivos resúmenes,

descartando aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión mencionados anteriormente, lo que permitió reducir el número inicial a 35 publicaciones.

Posteriormente, la última acotación que se realizó fue en base a la lectura completa de los artículos restantes atendiendo en todo momento a los criterios de inclusión y exclusión. Tras este último cribado, el número final de artículos seleccionados para la presente revisión ha sido 16. (Figura 1)

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección de los artículos



Características metodológicas y de la muestra

Todas las investigaciones incluidas en esta revisión sistemática son estudios empíricos. De los dieciséis estudios, diez de ellos presentan un diseño observacional, de los cuales tres son observacionales transversales (Gómez-Romero et al., 2020; Lara et al., 2015; Rey et al., 2019), dos longitudinales retrospectivos (Díaz-Oliván et al., 2021; Goñi-Sarriés et al., 2018), dos longitudinales (Bennardi et al., 2019; Parra-Uribe et al., 2017), uno de tipo ecológico (Iglesias-García et al., 2017), uno observacional de casos y controles (Antón-San-Martín et al., 2013) y el estudio restante observacional retrospectivo (Sáenz-Aldea et al., 2022). Asimismo, tres estudios cuentan con un diseño correlacional (Chang et al., 2021; Gómez-Romero et al., 2018; Planellas y Calderón, 2022) y dos de ellos tienen un diseño experimental transversal (Baiocco et al., 2015; Quintana-Orts et al., 2019). Por último, mencionar el que el artículo de Mérida-López et al. (2018) cuenta en su interior con dos estudios, de los cuales el primero es prospectivo y el segundo retrospectivo.

La muestra de los estudios ha oscilado entre los 80 y 4753 participantes, destacando un mayor porcentaje de mujeres en la mayor parte de ellos. La edad media de todos los estudios es de 33,53 años, puesto que generalmente la muestra estaba compuesta por jóvenes y adultos, excepto en cuatro estudios, los cuales han contado con población únicamente adolescentes estudiantiles de entre 12 y 17 años (Gómez-Romero et al., 2018; Planellas y Calderón, 2022; Quintana-Orts et al., 2019; Rey et al., 2019). Señalar que en tres estudios no se ha proporcionado información sobre la edad media y el rango de edad de los participantes (Goñi-Sarriés et al., 2018; Iglesias-García et al., 2017; Parra-Uribe et al., 2017). Quince de los dieciséis estudios han sido realizados exclusivamente en España, y los participantes se reclutaron en diferentes ciudades del país, incluyendo Barcelona (Bennardi et al., 2019; Gómez-Romero et al., 2018; Parra-

Uribe et al., 2017; Planellas y Calderón, 2022) , Madrid (Baiocco et al., 2015; Bennardi et al., 2019; Díaz-Oliván et al., 202), Cantabria (Sáenz-Aldea et al., 2022), Navarra (Goñi-Sarriés et al., 2018) y Málaga (Antón-San-Martín et al., 2013; Chang et al., 2021; Mérida-López et al., 2018; Quintana-Orts et al., 2019; Rey et al., 2019). El estudio de Baiocco et al. (2015) no solo se lleva a cabo en España, sino que también en Italia, por lo que incluye una muestra formada por población italiana y española, dado que realiza una comparación entre ambas nacionalidades.

Para medir la ideación suicida y los intentos de suicidio, se han empleado diversos cuestionarios, autoinformes e instrumentos diseñados específicamente para ese propósito, como son el *The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised* (Chang et al., 2021; Gómez-Romero et al., 2020; Mérida-López et al., 2018; Quintana-Orts et al., 2019; Rey et al., 2019), el *Columbia Depression Scale* (Díaz-Oliván et al., 2021) y el *Plutchik Suicide Risk Escala (SRS)* (Gómez-Romero et al., 2020).

Para evaluar los síntomas relacionados con la depresión y con la ansiedad, los estudios aplicaron principalmente los siguientes instrumentos: el *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Baiocco et al., 2015; Chang et al., 2021), el *Zung Self Rating Scale (ZSDS)* (Gómez-Romero et al., 2018), el *Kuwait University Anxiety Scale (KUAS)* (Gómez-Romero et al., 2018), el *Children's Depression Inventory (CDI)* (Bennardi et al., 2019; Quintana-Orts et al., 2019; Rey et al., 2019), el *Youth Self Report (YSR)* (Planellas y Calderón, 2022), la *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS* (Bennardi et al., 2019), la versión española de la *Escala de la depresión, ansiedad y estrés (DASS 21)* (Mérida-López et al., 2018) y el *Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSMI-IV)* (Lara et al., 2015, Parra-Uribe et al., 2017). Aquellos estudios que han evaluado y medido el nivel de estrés causado por eventos vitales importantes han utilizado la *Escala de Acontecimientos Vitales de Paul*

Ramsey (St. Paul Ramsey Life Experience Scale) (Antón-San-Martín et al., 2013) y el *Cuestionario List of Threatening Experiences (LTE)* (Díaz-Oliván et al., 202).

Para la evaluación de la inteligencia emocional, el afecto negativo y la regulación emocional, se han utilizado primordialmente la *Escala de Afecto Negativo del Programa de Afecto Positivo y Negativo (PANAS)* (Chang et al., 2021), la *Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law (WLEIS)* (Chang et al., 2021; Mérida-López et al., 2018; Quintana-Orts et al., 2019) y la *Trait Meta Mood Scale (TMMS)* (Gómez-Romero et al., 2018; Gómez-Romero et al., 2020). Adicionalmente, para medir el sentimiento de soledad, la percepción del apoyo social que tiene una persona y los efectos del acoso escolar se han aplicado la *Escala de la Soledad de UCLA* (Bennardi et al., 2019), la *Escala de Apoyo Social de Oslo-3 (OSS-3)* (Bennardi et al., 2019), el *Cuestionario del Proyecto Europeo de Intervención contra el Bullying (EBIPQ)* (Quintana-Orts et al., 2019; Rey et al., 2019) y la *Escala de Intimidación de Illinois* (Baiocco et al., 2015).

Por último, se ha empleado el *Parental Bonding Instrument (PBI)* (Baiocco et al., 2015) para medir la percepción que tiene una persona acerca del vínculo que tuvo con sus padres durante su infancia y adolescencia; la *Family Interview for Genetic Studies (FIGS)* (Antón-San-Martín et al., 2013) para recopilar información sobre la historia clínica y psiquiátrica de los miembros de la familia; la *Escala de Kinsey* (Baiocco et al., 2015) para evaluar la orientación sexual de una persona; la *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* (Gómez-Romero et al., 2018) para medir la satisfacción general con la vida de una persona; la *Escala de procrastinación de Tuckman (TPS)* (Gómez-Romero et al., 2020) para valorar el nivel de procrastinación de una persona; la *Escala de Gratitud* (Rey et al., 2019) determinar el grado en que una persona siente y expresa gratitud en su vida cotidiana; y el *Big Five Inventory (BFI)* (Planellas y Calderón,

2022), cuestionario el cual mide cinco dimensiones de la personalidad: extraversión, amabilidad, responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia.

Factores de riesgo asociados a la conducta suicida

La mayoría de las investigaciones examinadas para la presente revisión revelaron datos sobre múltiples factores de riesgo relacionados con el comportamiento suicida (Tabla 2), mientras que solo unos pocos abordaron aspectos adicionales que podrían tener un impacto defensivo o atenuante en dicho comportamiento.

En varios de los estudios se ha observado que la presencia de antecedentes de intentos previos es un factor de riesgo significativo y altamente predictivo de la conducta suicida. Estos antecedentes suelen indicar la posibilidad de futuros intentos, los cuales pueden llegar a ser letales en algunos casos (Antón-San-Martín et al., 2013; Goñi-Sarriés et al., 2018; Sáenz-Aldea et al., 2022). Asimismo, dentro de los factores sociales, se ha identificado la soledad y la falta de apoyo social como importantes factores de riesgo, aumentando considerablemente la vulnerabilidad de una persona hacia la conducta suicida, influyendo negativamente en su salud mental y emocional, incrementando además el riesgo de desesperanza, aislamiento social y precipitando comportamientos suicidas (Antón-San-Martín et al., 2013; Baiocco et al., 2015; Bennardi et al., 2019). También en relación con el ámbito social, son varios los estudios que han demostrado una fuerte asociación entre sufrir o haber sido víctima de acoso escolar y comportamientos suicidas en jóvenes, puesto que supone un fuerte impacto psicológico para la víctima, generando sentimientos de desesperanza, aislamiento social, desvalorización e incluso puede contribuir al desarrollo de trastornos mentales, como la depresión y la ansiedad (Baiocco et al., 2015; Quintana-Orts et al., 2019; Rey et al., 2019).

En cuanto a factores individuales, varios estudios han evidenciado una conexión significativa entre la depresión y la ansiedad y la presencia de conducta suicida (Baiocco et al., 2015; Bennardi et al., 2019; Gómez-Romero et al., 2018; Lara et al., 2015; Quintana-Orts et al., 2019). Siguiendo con los aspectos individuales, se ha constatado que la falta de habilidades en la gestión emocional, la presencia de emociones negativas persistentes, la dificultad para regular las emociones, la inestabilidad emocional y una tendencia hacia el neuroticismo correlacionan de manera directa y significativa con la conducta suicida (Bennardi et al., 2019; Chang et al., 2021; Gómez-Romero et al., 2018; Mérida-López et al., 2018; Planellas y Calderón, 2022; Quintana-Orts et al., 2019). La existencia de enfermedades crónicas, trastornos mentales, particularmente aquellos relacionados con la personalidad o el consumo de sustancias, así como tener un funcionamiento cognitivo deficiente, han sido identificados también como elementos que aumentan la probabilidad de comportamientos suicidas (Antón-San-Martín et al., 2013; Díaz-Oliván et al., 2021; Lara et al., 2015; Parra-Urbe et al., 2017; Sáenz-Aldea et al., 2022).

La orientación sexual, la separación temprana materna y paterna, los acontecimientos vitales específicos, la procrastinación académica y la satisfacción la vida y la situación laboral y económica también han cobrado relevancia en los hallazgos encontrados. La investigación realizada por Baiocco et al. (2015) evidencia que la probabilidad de tener pensamientos y conductas suicidas se incrementa si los sujetos son homosexuales o bisexuales y también si lo largo de su desarrollo han tenido una crianza no óptima. Este último aspecto es respaldado por el estudio de Antón-San-Martín et al. (2013), que destaca la importancia de la separación temprana materna y paterna. Se ha constatado que la falta de satisfacción con la vida está estrechamente relacionada con un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y conductas

autodestructivas (Gómez-Romero et al., 2018). El estudio llevado a cabo por Gómez-Romero et al. (2020) revela una clara conexión entre la procrastinación académica y la presencia de conducta suicida. Para concluir, en relación con los acontecimientos vitales específicos, se ha demostrado que la falta de empleo y la experimentación de una crisis económica grave incrementan la probabilidad de manifestar conductas suicidas (Díaz-Oliván et al., 2021; Iglesias-García et al., 2017).

Tabla 2*Factores de riesgo asociados al suicidio*

Primer autor y año de publicación	Factores de riesgo asociados
Antón-San-Martín et al. (2013)	<ul style="list-style-type: none"> - Las variables sociodemográficas que resultaron ser factores de riesgo asociadas al suicidio son: el vivir solo y el no trabajar. - Presencia de una enfermedad crónica. - Tentativas de suicidio previas y antecedentes familiares de suicidio. - La agregación de enfermedad mental en familiares - Separación temprana materna y paterna. - La presencia de desórdenes mentales.
Baiocco et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> - El riesgo de ideación suicida aumenta de manera significativa con la depresión, ser homosexual o bisexual, crianza no óptima y tener un pasado de experiencia de victimización en la escuela. - En España correlaciona positiva y significativamente con la ideación suicida el estar solo.

-
- Bennardi et al. (2019)** - Las personas con menor afecto positivo son más propensas a presentar ideación suicida en personas de 18-59 años.
- La anhedonia como parte de la depresión está potencialmente asociada con la ideación suicida.
 - La soledad correlaciona positivamente con el riesgo de suicidio en personas de 60 años o más
-
- Chang et al. (2021)** - La afectividad negativa se asocia significativa y positivamente tanto con los síntomas depresivos como con los comportamientos suicidas
-
- Díaz-Oliván et al. (2021)** - Los acontecimientos vitales específicos (AVEs) con una asociación positiva y significativa con cometer un intento de suicidio son: romper con una relación estable, tener problemas personales con alguien cercano del entorno y no encontrar empleo o sufrir una crisis económica grave.
- Factores que aumentan significativamente el riesgo de suicidio: Estar divorciado/separado, poseer un diagnóstico de patología psiquiátrica del Eje I, y aún en mayor medida presentar diagnóstico en el Eje II, así como presentar comorbilidad entre ambos ejes.
-
- Gómez-Romero et al. (2018)** - Correlaciones positivas y significativas entre el riesgo de suicidio, la depresión y la ansiedad.
- Estudiantes con bajos niveles de claridad emocional y de regulación emocional presentan un alto riesgo de suicidio.
-

	- Niveles bajos de satisfacción con la vida correlacionan positivamente con el riesgo de cometer conductas suicidas.
Gómez-Romero, et al. (2020)	- La procrastinación académica incide directamente en la conducta suicida.
Goñi-Sarriés, et al. (2018)	- Un intento previo de suicidio señala la posibilidad de otro intento, posiblemente letal. - En pacientes con trastornos mentales orgánicos la propia enfermedad puede ser un factor clave que puede determinar un intento de suicidio planificado. - La mayoría de pacientes con trastorno de la personalidad que se han suicidado cuentan con al menos un intento previo.
Iglesias-García et al. (2017)	- Asociación significativa entre desempleo y suicidio en los hombres en periodos de estabilidad económica.
Lara et al. (2015)	- La depresión se asocia fuertemente con la ideación suicida. - El funcionamiento cognitivo deficiente se asocia con una mayor ideación suicida tanto en la población general como en las personas con depresión.
Mérida-López et al. (2018)	- El malestar psicológico y la angustia psicológica correlacionan positiva y significativamente con el riesgo de suicidio.

Parra-Uribe et al. (2017)	- La edad más joven, la presencia de trastornos de la personalidad y el trastorno por consumo de alcohol son factores de riesgo para el reintento de suicidio.
Planellas et al. (2022)	- El neuroticismo como rasgo de personalidad se asocia con la conducta de riesgo suicida. - Una alta inestabilidad emocional incide en la conducta suicida cuando se combina con una apertura a la experiencia alta o baja. - La combinación de neuroticismo alto y conciencia baja aumenta el riesgo de realizar conductas suicidas.
Quintana-Orts et al. (2019)	- Los síntomas depresivos correlacionan positivamente con el riesgo de suicidio, al igual que la falta de inteligencia emocional. - Ser o haber sido víctima de acoso escolar correlaciona positivamente con síntomas depresivo e ideación suicida.
Rey et al. (2019)	- Los adolescentes que sufren acoso escolar tienen más probabilidades de mostrar niveles más altos de depresión y de pensamientos y conductas suicidas.
Sáenz-Aldea et al. (2022)	- Los factores de riesgo de muerte por suicidio más robustos fueron la presencia de intentos previos de autolesión y la existencia de diagnóstico de patología psiquiátrica previa. - El cáncer y el dolor crónico bajo tratamiento con opioides se asocian significativamente con el suicidio.

Discusión

En la presente revisión sistemática se pretendía abordar como objetivo principal sintetizar la investigación científica existente sobre los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en la población española. Tras analizar de manera exhaustiva y minuciosa los resultados de los diversos estudios, se ha observado una consistencia significativa entre ellos, así como con la literatura previamente publicada, lo que refuerza la validez y la relevancia de los factores de riesgo identificados.

Entre los factores de riesgo individuales, que engloban aspectos relacionados con la salud mental y física, así como rasgos de personalidad y características y circunstancias específicas de una persona, destaca la existencia de trastornos mentales como uno de los factores principales (Arsenault-Lapierre et al., 2004). Las investigaciones basadas en autopsias psicológicas de suicidios consumados (Antón-San-Martín et al., 2013; Goñi-Sarriés et al., 2018; Sáenz-Aldea et al., 2022) revelan que un porcentaje significativo, alcanzando el 80- 90% de los casos estudiados, presentaba algún tipo de trastorno mental. Estos datos ponen de manifiesto que el riesgo de suicidio es considerablemente mayor en comparación con la población general. No obstante, existen trastornos específicos que se asocian con un riesgo aún más elevado de desarrollar comportamientos suicidas. Entre ellos destacan la presencia de un trastorno depresivo mayor, el cual conlleva un riesgo de suicidio que es aproximadamente veinte veces mayor en comparación con la población no clínica (OMS, 2018); los trastornos de la personalidad, siendo uno de los que más el trastorno límite (TLP) dado la intensidad e inestabilidad emocional y la dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales (Oumaya et al., 2008); los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, tratándose no solo un factor de riesgo sino también de un factor precipitante (Parra-Uribe et al., 2017); los trastornos de la ansiedad, aumentando el riesgo entre seis y diez veces,

especialmente cuando están acompañados de síntomas depresivos (Moleón Ruiz y Moleón Camacho, 2021), el trastorno bipolar, siendo mayor el riesgo cuando existen comorbilidades asociadas (Ballard y Zarate, 2018) y la esquizofrenia, particularmente los síntomas psicóticos como las alucinaciones y los delirios (Gómez-Durán et al., 2012).

Siguiendo con las variables individuales psicológicas, otro aspecto que se destaca tanto en la literatura como en la mayoría de los estudios revisados es la presencia de intentos previos de suicidio, lo cual se considera un factor de riesgo de gran relevancia, así como uno de los más predictores más sólidos en relación al riesgo suicida (Antón-San-Martín et al., 2013; Goñi-Sarriés et al., 2018; Lara et al., 2015; Sáenz-Aldea et al., 2022). En cuanto a la edad y sexo, son también dos factores importantes a tener en cuenta en relación al suicidio. Las estadísticas indican que existen diferencias significativas en la prevalencia y las tasas de suicidio entre diferentes grupos de edad y género, mostrando una proporción considerablemente mayor de suicidios consumados en varones; mientras que las mujeres registran un mayor número de intentos de suicidio previos (Baiocco et al., 2015; OMS, 2014). Respecto a la edad, y siguiendo los datos del Instituto Nacional de Estadística de España, en el año 2020, la tasa de suicidios más alta se encontró en el grupo de edad de 45 a 49 años, seguido por el grupo de 50 a 54 años. Por último, en relación con los factores individuales, es importante hacer énfasis en algunos rasgos de la personalidad que pueden actuar como factores de vulnerabilidad que contribuyen a la aparición de ideas suicidas, entre los que destacan entre otros la inestabilidad y desregulación emocional (Díaz-Oliván et al., 2021), la desesperanza, la impulsividad, una baja autoestima, así como la rigidez cognitiva, el perfeccionismo y una capacidad limitada de resolución de problemas (Moleón Ruiz y Moleón Camacho, 2021).

Asimismo, los hallazgos de la revisión subrayan la notable repercusión que tienen los factores sociofamiliares y contextuales en la conducta suicida. Se ha evidenciado que la ausencia de apoyo familiar y social, la situación socioeconómica desfavorable, la falta de empleo (Iglesias-García et al., 2017), la existencia de antecedentes familiares de suicidio (Antón-San-Martín et al., 2013) y la exposición a experiencias traumáticas (Moleón Ruiz y Moleón Camacho, 2021), como la pérdida de seres queridos, ser víctima de abuso sexual y experimentar eventos estresantes de la vida, desempeñan un papel relevante como factores de riesgo (Díaz-Oliván et al., 2021).

A través del análisis llevado a cabo por Baiocco et al. (2015) se ha podido realizar una comparación de los factores de riesgo entre la población española e italiana, revelando tanto similitudes como disparidades en los resultados obtenidos. El estudio evidencia que tanto en España como en Italia la presencia de discriminación relacionada con la orientación sexual y la falta de apoyo social se asocia con una mayor probabilidad de ideación suicida en jóvenes adultos. Asimismo, se encontró en ambos países que la depresión y la ansiedad parecían ser los factores de riesgo más determinantes y relevantes. Por el contrario, en Italia la religión, la educación y el apego de las parejas se consideran variables especialmente relevantes, mientras que en España no ha encontrado una correlación estadísticamente significativa en relación a estos aspectos; precisamente lo contrario que con la variable sexo, donde en España mostró ser significativa. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de considerar los contextos socioculturales específicos al analizar los factores de riesgo asociados al suicidio, ya que pueden variar entre distintos países y culturas. Es importante señalar que estos resultados se basan en un estudio específico con una pequeña muestra representativa donde no todas las variables han podido ser analizadas, por lo que se

requiere de investigación adicional para comprender mejor las diferencias en los factores de riesgo y de protección entre España e Italia en relación a la ideación suicida.

A su vez, varios de los estudios con los que se ha contado para esta revisión no se han limitado exclusivamente a analizar los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, sino que además han examinado los factores de protección. Entre ellos, destacar la inteligencia emocional, la disposición a experimentar nuevas situaciones, la capacidad de autorregulación y resolución de problemas, el apoyo social, la satisfacción con la vida y las habilidades de afrontamiento (Gómez-Romero et al., 2018).

Para concluir, la presente revisión ofrece una visión integral de los factores de riesgo asociados al suicidio en la población española. Los resultados y los alarmantes datos proporcionados muestran la necesidad de implementar políticas y programas efectivos que promuevan la salud mental y la prevención de la conducta suicida. Sin duda el suicidio se trata de un desafío complejo que requiere de una intervención multidisciplinar.

Limitaciones:

Durante la realización de la presente revisión son algunas las limitaciones que se han ido presentando. En primer lugar, y pese al número tan elevado de resultados encontrados tras lanzar la ecuación de búsqueda, ha sido complejo seleccionar un número considerable de estudios que tuvieran en cuenta todos los criterios de inclusión. El resto de las limitaciones son en relación con la muestra, puesto que muchos estudios contaban con población clínica, especialmente psiquiátrica con presencia de trastorno mental; así como que el número de participantes varía cuantiosamente entre unos

estudios y otros. Por último, señalar que no se puede asegurar que el haber realizado el estudio en España toda la población utilizada sea de nacionalidad española.

Es importante además destacar que la investigación empírica en suicidio presenta tanto desafíos éticos, entre los que destacan la necesidad de proteger la privacidad y el bienestar emocional de los participantes; como desafíos metodológicos al no poder controlar algunas de las variables.

Conclusiones

La literatura científica ha identificado una serie factores de riesgo que se relacionan de manera directa a la conducta suicidada que incluyen tanto factores individuales como sociales y contextuales, los cuales hay que tener en cuenta que pueden cambiar según el contexto cultural y socioeconómico. Entre los factores individuales de riesgo, destacan: la presencia de enfermedades mentales (depresión mayor, ansiedad, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, esquizofrenia), intentos de suicidio previos, discapacidad, edad, género y factores genéticos. En cuanto a los factores sociofamiliares, se encuentran la falta de apoyo familiar y social, contar con una historia familiar de suicidio, así como un bajo nivel económico y una situación laboral desfavorable.

Asimismo, es fundamental considerar la presencia de factores de protección, destacando los siguientes: inteligencia emocional, la disposición para enfrentar nuevas experiencias, la habilidad para regularse y resolver problemas, el respaldo social, el nivel de satisfacción con la vida y las capacidades para enfrentar situaciones difíciles.

Estos estudios son fundamentales para guiar el desarrollo de programas enfocados en la prevención y manejo del riesgo, con el objetivo de reducir la incidencia de conductas suicidas y autolesivas, puesto que el conocimiento de los principales

factores que correlacionan directamente con el suicido permite diseñar intervenciones y programas de prevención eficaces y dirigidos a los mismos.

Bibliografía

- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M.-T., de-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina, V., y López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 810–815.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4, 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Baiocco, R., Ioverno, S., Lonigro, A., Baumgartner, E., y Laghi, F. (2015). Suicidal ideation among Italian and Spanish young adults: The role of sexual orientation. *Archives of Suicide Research*, 19(1), 75–88.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.833150>
- Ballard, E. D., y Zarate, C. A., Jr (2018). Preventing suicide: A multicausal model requires multimodal research and intervention. *Bipolar disorders*, 20(6), 558–559. <https://doi.org/10.1111/bdi.12656>
- Bennardi, M., Caballero, F. F., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., Lara, E., Arensman, E., y Cabello, M. (2019). Longitudinal Relationships Between Positive Affect, Loneliness, and Suicide Ideation: Age-Specific Factors in a General Population. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(1), 90–103.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12424>

- Brooks, S. E., Burruss, S. K., y Mukherjee, K. (2019). Suicide in the Elderly: A Multidisciplinary Approach to Prevention. *Clinics in geriatric medicine*, 35(1), 133–145. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.012>
- Chang, E. C., Sánchez-Álvarez, N., Rey, L., Extremera, N., y Chang, O. D. (2021). Chronic negative mood and emotional strengths: Some evidence for using emotions as a specific buffer to the problem of suicide. *Personality and Individual Differences*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110384>
- Díaz-Oliván, I., Porras-Segovia, A., Barrigón, M. L., de la Cruz, M., y Baca-García, E. (2021). Stressful life events as proximal risk factors for a suicide crisis: Case-control study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(3), 88-95.
- Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Akal (Obra original publicada en 1897).
- Giner-Jiménez, L. y Pérez-Solá, V. (2011) Factores de riesgo. En J. Bobes, J. Giner y J Saiz (Eds.). *Suicidio y Psiquiatría Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Editorial Triacastela, pp. 59-93.
- Gómez-Durán, E. L., Martín-Fumadó, C., y Hurtado-Ruíz, G. (2012). Aspectos clínico-epidemiológicos del suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(6), 333–345.
- Gómez-Romero, M. J., Limonero, J. T., Toro Trallero, J., Montes-Hidalgo, J., y Tomás-Sábado, J. (2018). Relación entre inteligencia emocional, afecto negativo y riesgo suicida en jóvenes universitarios *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.007>
- Gómez-Romero, M. J., Tomás-Sábado, J., Montes-Hidalgo, J., Brando-Garrido, C., Cladellas, R., y Limonero, J. T. (2020). Procrastinación académica y riesgo de

conducta suicida en jóvenes universitarios: El papel de la regulación emocional
Ansiedad y Estrés, 26(2–3), 112–119.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.06.002>

Goñi-Sarriés, A., Blanco, M., Azcárate, L., Peinado, R., y López-Goñi, J. J. (2018). Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema*, 30(1), 33–38.

Hawton, K., y Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372–1381.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)

Iglesias-García, C., Sáiz, P. A., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., Al-Halabí, S., Corcoran, P., García-Portilla, M. P., y Bobes, J. (2017). Suicide, unemployment, and economic recession in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70–77.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>

Instituto Nacional de Estadística (2021) *Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2020*.

Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St Hill, L., Latorre, M., Shcherbakov, A., King, A., y Stanley, B. (2018). Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to Classify Suicidal Behaviors. *Archives of suicide research*, 22(2), 278–294. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>

Lara, E., Olaya, B., Garin, N., Ayuso-Mateos, J. L., Miret, M., Moneta, V., y Haro, J. M. (2015). Is cognitive impairment associated with suicidality? A population-based study. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the*

European College of Neuropsychopharmacology, 25(2), 203–213.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.08.010>

Mérida-López, S., Extremera, N., y Rey, L. (2018). Understanding the Links Between Self-Report Emotional Intelligence and Suicide Risk: Does Psychological Distress Mediate This Relationship Across Time and Samples? *Frontiers in Psychiatry*, 9, 184. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00184>

Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con niños y adolescentes*, 3(1), 9-18.

Moleón Ruiz, Á. y Moleón Camacho, M. (2022). *Suicidio. Una cuestión multidisciplinar*. Panamericana.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Organización Mundial de la Salud (2000), *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2014). Preventing suicide. A global imperative.

Organización Mundial de la Salud (2018). *National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators*. WHO Press.

Organización Mundial de la Salud. (2020). Suicidio.

Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., y Rouillon, F. (2008). Personnalité borderline, automutilations et suicide: revue de la littérature

[Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review].

L'Encephale, 34(5), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007>

Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., Oquendo, M. A., y Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>

Pérez Barrero, S. A., (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.

Planellas, I., y Calderón, C. (2022). Detecting the risk of suicidal-related behaviours in teenagers by means of combined personality dimensions. *Children and Youth Services Review*, 138, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2022.106500>

Quintana-Orts, C., Rey, L., Mérida-López, S., y Extremera, N. (2019). What bridges the gap between emotional intelligence and suicide risk in victims of bullying? A moderated mediation study. *Journal of Affective Disorders*, 245, 798–805. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.030>

Rey, L., Quintana-Orts, C., Mérida-López, S., y Extremera, N. (2019). Being bullied at school: Gratitude as potential protective factor for suicide risk in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00662>

Roman, V. y Abud, C. (2017) *Suicidio. ¿De qué hablamos cuando hablamos de coberturas periodísticas del suicidio adolescente?* UNICEF.

Sáenz-Aldea, M., Zarrabeitia, M. T., García Blanco, A., y Santurtún, A. (2022). Scrutinizing the Profile and Risk Factors of Suicide: A Perspective from a Case-Control Study Focused on a Northern Region of Spain. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 19(23).

<https://doi.org/10.3390/ijerph192315867>

Toro, R., Avendaño, B., y Castrillón, D. (2016). Design and psychometric analysis of the hopelessness and suicide ideation inventory «iDIS.» *International Journal of Psychological Research*, 9(1), pp. 52–63.

<https://doi.org/10.21500/20112084.2100>

Wu, Y., Schwebel, D. C., Huang, Y., Ning, P., Cheng, P., y Hu, G. (2021). Sex-specific and age-specific suicide mortality by method in 58 countries between 2000 and 2015. *Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 27(1), 61–70. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043601>

Anexo

Tabla A1

Características metodológicas de los estudios

Primer autor y año de publicación	Diseño del estudio	Muestra y características	Medidas previas	Factores de riesgo asociados	Conclusiones
Antón-San- Martín et al. (2013)	Observacional de casos y controles	Se recogió el listado de los suicidios producidos en Antequera entre 2004 y 2008 (N=40). Género: 27 hombres (67,5%) y 13 mujeres. Edad media: 56,2 años (rango 19-90, DT: 19,53)	- Autopsia clínica - Escala de Acontecimientos Vitales de Paul Ramsey (St. Paul Ramsey Life Experience Scale) - Family Interview for Genetic Studies (FIGS)	- Las variables sociodemográficas que resultaron ser factores de riesgo asociadas al suicidio son: el vivir solo y el no trabajar. - Presencia de una enfermedad crónica.	- Un bajo nivel de estudios no está asociado al suicidio. - La presencia de hijos menores de seis años en el contexto familiar no es un factor protector. - Las creencias religiosas se consideran como un

		<p>El grupo de controles N=80 fue seleccionado de forma aleatoria. Se contó por cada caso de suicidio dos controles emparejados por género, edad y zona geográfica. Edad media: 55,91 años (rango: 19-90; DT: 18,94)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tentativas de suicidio previas y antecedentes familiares de suicidio. - La agregación de enfermedad mental en familiares - Separación temprana materna y paterna. - La presencia de desórdenes mentales. 	<p>factor protector frente a las conductas suicidas</p>	
Baiocco et al. (2015)	Experimental transversal	<p>N=1832 adultos (1125 de nacionalidad italiana y 707 de nacionalidad española reclutados en Madrid)</p>	<p>- La ideación suicida se evaluó a través del ítem 9 "Pensamientos o deseos suicidas" de la segunda edición del Inventario de Depresión Beck (BDI-II)</p>	<p>- El riesgo de ideación suicida aumenta de manera significativa con la depresión, ser homosexual o bisexual, crianza no óptima y tener un pasado de experiencia de victimización en la escuela.</p>	<p>- Se encuentra una diferencia significativa en el género: los hombres reportan un mayor porcentaje de ideación suicida moderada mientras que las mujeres</p>

<p>Género: 716 hombres (39,08%): 320 homosexuales o bisexuales (44,69%) y 396 heterosexuales y 1116 mujeres (60,92%): 281 lesbianas o bisexuales (25,18%) y 835 heterosexuales</p> <p>Edad media: 25,6 años (DT= 6'2; rango de edad 18-35)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inventario de Depresión Beck (BDI-II) - La vinculación con los padres se midió a través de Parental Bonding Instrument (PBI) - Escala de Intimidación de Illinois. - Para la orientación sexual Escala de Kinsey 	<ul style="list-style-type: none"> - Es España correlaciona positiva y significativamente con la ideación suicida el estar solo. - Diferencias entre Italia y España: en Italia la religión, la educación y el apego de a los compañeros son variables significativas mientras que en España no. - La depresión es el predictor más fuerte de la ideación suicida. - Las personas homosexuales y bisexuales experimentan niveles significativamente
--	---	---

muestran menos ideación suicida, pero a un nivel más alto de ideación grave.

- Diferencias entre Italia y España: en Italia la religión, la educación y el apego de a los compañeros son variables significativas mientras que en España no.

- La depresión es el predictor más fuerte de la ideación suicida.

- Las personas homosexuales y bisexuales experimentan niveles significativamente

					más altos de ideación suicida que los heterosexuales:
Bennardi et al. (2019)	Observacional longitudinal	N=2392 adultos no institucionalizados (53,9% mujeres y 46,1% hombres) Edad media: 58,68 años (DT=15'17; rango de edad: 18-98)	- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS. - Versión corta del Método de Reconstrucción del Día - Escala de la Soledad de UCLA - El apoyo social se evaluó mediante la Escala de Apoyo Social de Oslo-3 (OSS-3)	- Las personas con menor afecto positivo son más propensas a presentar ideación suicida en personas de 18-59 años. - La anhedonia como parte de la depresión está potencialmente asociada con la ideación suicida. - La soledad correlaciona positivamente con el riesgo de suicidio en personas de 60 años o más	- No se ha encontrado una correlación positiva y significativa entre el apoyo social y la ideación suicida.

		-Versión Corta del Inventario de Depresión Infantil (CDI-S)			
Chang et al. (2021)	Correlacional	N=456 adultos españoles. Edad media: 24,18 (DT=5'68; rango: 18- 35) Género: 255 mujeres (55,92%) y 201 hombres (44.07%)	- Escala de Afecto Negativo del Programa de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) - Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law (WLEIS) - Inventario de Depresión de Beck (BDI) - Cuestionario de conductas suicidas revisado (The Suicide Behaviors Questionnaire- Revised)	- La afectividad negativa se asocia significativa y positivamente tanto con los síntomas depresivos como con los comportamientos suicidas	- La baja inteligencia emocional se asocia negativamente con los síntomas depresivos. - No todas las facetas de la inteligencia emocional de rasgo son importantes para predecir el riesgo de suicidio. - Las emociones negativas crónicas también pueden aportar beneficios psicológicos siempre y cuando las personas las utilicen para activarse.

Díaz-Oliván et al. (2021)	Longitudinal retrospectivo	<p>N=320 adultos atendidos en el servicio de Urgencias de la Fundación Jiménez Díaz por una crisis suicida.</p> <p>Grupos control N=640 adultos atendidos por cualquier otro motivo</p> <p>Edad media: 41,5 años</p>	<p>- Escala columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS)</p> <p>- Cuestionario List of Threatening Experiences (LTE) para recoger los acontecimientos vitales estresantes.</p>	<p>- Los acontecimientos vitales específicos (AVEs) con una asociación positiva y significativa con cometer un intento de suicidio son: romper con una relación estable, tener problemas personales con alguien cercano del entorno y no encontrar empleo o sufrir una crisis económica grave.</p> <p>- Factores que aumentan significativamente el riesgo de suicidio: Estar divorciado/separado, poseer un diagnóstico de patología psiquiátrica del Eje I, y aún en mayor medida presentar diagnóstico en el Eje II, así</p>	<p>- Los acontecimientos vitales estresantes pueden ser factores proximales de la conducta suicida, los cuales pueden desencadenar un acto impulsivo con resultados letales.</p> <p>- La evaluación de los AVEs son fundamentales para la prevención de la conducta suicida.</p>
----------------------------------	----------------------------	--	---	---	--

				como presentar comorbilidad entre ambos ejes.	
Gómez-Romero et al. (2018)	Correlacional	N= 144 estudiantes universitarios de primer curso del Grado de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Género: 105 mujeres (72,92%) y 39 hombres (27,08%) Edad media: 17,94 (DT=0,269 y edades comprendidas entre los 17 y 18 años.	- Trait Meta Mood Scale (TMMS), en su adaptación española de la versión reducida TMMS-24 - Plutchik Suicide Risk Scale (SRS) - Zung Self Rating Depression Scale (ZSDS) en su versión española. - Kuwait University Anxiety Scale (KUAS) en su versión española.	- Correlaciones positivas y significativas entre el riesgo de suicidio, la depresión y la ansiedad. - Estudiantes con bajos niveles de claridad emocional y de regulación emocional presentan un alto riesgo de suicidio. - Niveles bajos de satisfacción con la vida correlacionan positivamente con el riesgo de cometer conductas suicidas.	- Correlaciones significativas y negativas entre el riesgo de suicidio, la claridad emocional, la regulación emocional y satisfacción con la vida. - Los universitarios de primer grado son una población de riesgo.

			- Satisfaction with Life Scale (SWLS) en su versión española		
Gómez-Romero, et al. (2020)	Observacional transversal	N= 350 estudiantes del grado de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Edad media: 21,13 (DT=6,15). Rango de edad comprendido entre los 17 y 28 años. Género: 71,4% mujeres y 28,6% hombres.	- Subescala de regulación emocional percibida de la Escala de inteligencia emocional percibida (Trait Meta Mood Scale) - Escala de procrastinación de Tuckman (Tuckman Procrastination Scale [TPS] - El Cuestionario de conductas suicidas revisado (The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised)	- La procrastinación académica incide directamente en la conducta suicida.	- La regulación emocional disminuye la conducta suicida. - Tanto la procrastinación académica como las conductas suicidas pueden reducirse potencializando la regulación emocional de los jóvenes.

Goñi-Sarriés, et al. (2018)	Longitudinal retrospectivo	Todas las personas fallecidas en el periodo 2010-2013 en la Comunidad Foral de Navarra como consecuencia de un suicidio consumado cuya historia clínica estaba informatizada (N=166). Género: 125 mujeres (75,3%) y 41 hombres (24,7%)	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico principal según CIE 10. - Comprobar la existencia o no de intentos de suicidio previos. - En caso de que haya intentos previos: el método utilizado en cada intento. - Comprobar la existencia de antecedentes familiares. - Autopsia legal: fecha del suicidio y método. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un intento previo de suicidio señala la posibilidad de otro intento, posiblemente letal. - En pacientes con trastornos mentales orgánicos la propia enfermedad puede ser un factor clave que puede determinar un intento de suicidio planificado. - La mayoría de pacientes con trastorno de la personalidad que se han suicidado cuentan con al menos un intento previo. 	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los suicidios se consuman en el primer intento y por ello el valor pronóstico de los intentos es limitado. - Casi la mitad de los que no completaron el suicidio en su primer intento lo hicieron en el segundo. - Las mujeres presentan una mayor proporción de intentos previos. - Las personas que consuman su suicidio en el primer intento no tienen diagnósticos psiquiátricos previos.
------------------------------------	----------------------------	--	---	---	--

- Alta tasa de mortalidad por suicidio consumado en pacientes con trastorno psicótico.

Iglesias-García et al. (2017)	Observacional de tipo ecológico	Se incluyeron todas las muertes por suicidio ocurridas en España entre 1998 y 2014.	<p>- Los datos fueron obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística de España (INE).</p> <p>- Los datos de desempleo fueron proporcionados por las bases de datos del Instituto Nacional de Empleo.</p> <p>- La normalidad de los datos fue verificada mediante el test de Anderson-Darling</p>	- Asociación significativa entre desempleo y suicidio en los hombres en periodos de estabilidad económica.	<p>- En 2007 el desempleo inició una clara tendencia incremental y que el suicidio también se incrementó, aunque no de forma significativa, en los últimos años.</p> <p>- Desempleo y suicidio tienen una correlación compleja que puede ser modulada por la edad, el sexo y el momento económico.</p>
--------------------------------------	---------------------------------	---	--	--	--

Lara et al. (2015)	Observacional Transversal	<p>N=4753 personas (962 personas tenían entre 18 y 49 años y 3791 tenían 50 o más)</p> <p>Edad media:47,6 (DT=17,83)</p> <p>Género: 50,6% hombres y 49,4% mujeres.</p> <p>La muestra final fue de 4583 puesto que aquellos individuos con deterioro cognitivo severo (N=170) no se incluyeron</p>	<p>- Versión adaptada de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI 3.0)</p> <p>- Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)</p> <p>- Cinco pruebas de rendimiento en los dominios de aprendizaje y memoria a corto plazo, atención, trabajo y fluidez verbal.</p>	<p>- La depresión se asocia fuertemente con la ideación suicida.</p> <p>- El funcionamiento cognitivo deficiente se asocia con una mayor ideación suicida tanto en la población general como en las personas con depresión.</p>	<p>- Cuando la depresión afecta el funcionamiento cognitivo es más probable que se asocie con pensamientos suicidas.</p> <p>- Una cognición deficiente puede contribuir al inicio y mantenimiento de la ideación suicida.</p> <p>- Las personas que en algún momento han considerado el suicidio es altamente probable que tengan una función cognitiva peor que las que no lo han hecho.</p> <p>- Las personas con depresión con</p>
-------------------------------	------------------------------	---	--	---	---

antecedentes de ideación suicida tienen una peor función cognitiva.

Mérida-López et al. (2018)	Estudio 1: Prospectivo	Estudio 1: N= 438 adultos hispanohablantes residentes en el sur de España. Género: 270 mujeres (61,64%) y 168 hombres (38,36%)	- Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law (WLEIS)	- El malestar psicológico y la angustia psicológica correlacionan positiva y significativamente con el riesgo de suicidio.	- La inteligencia emocional correlaciona negativamente con la angustia psicológica y con el riesgo de suicidio.
	Estudio 2: Retrospectivo	Edad media: 33,21 años (DT=11'68; rango de edad: 17-62)	- La versión española de la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21)	- Cuestionario de conductas suicidas revisado (The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised)	- La angustia psicológica es un mediador significativo de la relación entre Inteligencia Emocional autoinformada y el suicidio.
		Estudio 2: N=330 estudiantes de grado de Málaga Género: 264 mujeres			

		(80%) y 66 hombres (20%) Edad media: 22,22 años (DT=5'53; rango de edad: 18-61)			
Parra-Urbe et al. (2017)	Observacional longitudinal	N= 1241 personas con un intento de suicidio evaluados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Parc Taulí (Barcelona) reclutadas durante un periodo de cinco años. Edad media:43,2 años	- DSM-IV-TR - Seguimiento médico previo - Historial clínico e informes médicos.	- La edad más joven, la presencia de trastornos de la personalidad y el trastorno por consumo de alcohol son factores de riesgo para el reintento de suicidio.	- Los reintentos de suicidio tienen más probabilidades en aquellas personas diagnosticadas con trastornos de personalidad del grupo B
Planellas et al. (2022)	Correlacional	N=1027 adolescentes de diez colegios de Barcelona ya	- Versión española del Big Five Inventory	- El neuroticismo como rasgo de personalidad se asocia con la conducta de riesgo suicida.	- La combinación de las dimensiones de personalidad evaluadas mediante el Big Five

alrededores (62,2% chicas y 37,8% chicos)	- Adaptación española del Youth Self Report (YSR)	- Una alta inestabilidad emocional incide en la conducta suicida cuando se combina con una apertura a la experiencia alta o baja.	Inventory permite detectar con mayor precisión a aquellos adolescentes con mayor riesgo de presentar conductas de riesgo suicida.
Edades: de 13 a 18 (DT= 1'29; edad media: 15,59)			
84,6% nacidos en España		- La combinación de neuroticismo alto y conciencia baja aumenta el riesgo de realizar conductas suicidas.	- El perfil de menor riesgo fue el de adolescente con alta estabilidad emocional y que a su vez no busquen nuevas experiencias, que no son creativos y que no están especialmente interesados en el arte o la estética. - Los adolescentes con bajo nivel de responsabilidad tienen un mayor riesgo de realizar

conductas suicidas que los adolescentes con un alto nivel de Responsabilidad.

Quintana-Orts et al. (2019)	Experimental transversal	N=1665 estudiantes de seis escuelas de secundaria distintas de Málaga (España) Edad media: 13,98 años (DT=1'53; rango de edad:12-18)	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario del Proyecto Europeo de Intervención contra el Bullying (EBIPQ). - Versión Corta del Inventario de Depresión Infantil (CDI-S) - Cuestionario de conductas suicidas revisado (The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised) - Escala de Inteligencia Emocional de Wong y Law (WLEIS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Los síntomas depresivos correlacionan positivamente con el riesgo de suicidio, al igual que la falta de inteligencia emocional. - Ser o haber sido víctima de acoso escolar correlaciona positivamente con síntomas depresivo e ideación suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> - La inteligencia emocional es un recurso personal que ayuda a manejar el estado de ánimo depresivo, reduciendo la ideación suicida. - La inteligencia emocional protege contra las consecuencias psicológicas del acoso escolar. - La falta de inteligencia emocional tiene más impacto en las niñas.
------------------------------------	--------------------------	---	---	--	--

Rey et al. (2019)	Observacional transversal	N= 1617 adolescentes de varios institutos públicos de Málaga (Andalucía, España). 83,4% de la muestra era española. Edad media: 14'07 (DT=1'46; Rango: 12- 17) Género: 50,2% mujeres y 49,8% hombres.	<ul style="list-style-type: none"> - Subescala de Victimización del Cuestionario del Proyecto Europeo de Intervención contra el acoso (EBIP-Q) - Versión Corta del Inventario de Depresión (CDI-S) - Cuestionario de conductas suicidas revisado (The Suicide Behaviors Questionnaire- Revised) - Cuestionario de Gratitud. 	- Los adolescentes que sufren acoso escolar tienen más probabilidades de mostrar niveles más altos de depresión y de pensamientos y conductas suicidas.	<ul style="list-style-type: none"> - La victimización se correlaciona positivamente con síntomas depresivos y conductas suicidas. - Las niñas presentan puntuaciones más altas que los niños en síntomas depresivos y pensamientos y conductas suicidas. - La gratitud es un factor protector relevante para la prevención del riesgo de suicidio en víctimas de acoso escolar, pero solo para las niñas.
------------------------------	------------------------------	---	---	--	--

Sáenz-Aldea et al. (2022)	Observacional retrospectivo	<p>- El grupo de casos estuvo formado por personas cuya etiología médico-legal de muerte fue catalogada como suicidio en Cantabria entre enero de 2018 y diciembre de 2020.</p> <p>N=135 personas (78,5% fueron hombres y 21,5% mujeres). Edad media: 57,2 años.</p> <p>- El grupo control estuvo formado por N=372 personas</p>	<p>- Autopsias facilitadas por el Instituto de Medicina Legal de Cantabria</p> <p>- Historia clínica de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.</p> <p>- Se recolectaron las siguientes variables: edad, situación civil, situación laboral, nacionalidad, antecedentes de abuso o intentos de autolesión.</p> <p>- Se recolectaron además 25 variables relacionadas con la salud física y psiquiátrica.</p>	<p>- Los factores de riesgo de muerte por suicidio más robustos fueron la presencia de intentos previos de autolesión y la existencia de diagnóstico de patología psiquiátrica previa.</p> <p>- El cáncer y el dolor crónico bajo tratamiento con opioides se asocian significativamente con el suicidio.</p>	<p>- Predominio de suicidios en el grupo de edad de 40 a 59 años.</p> <p>- El ahorcamiento es el método de suicidio más utilizado en la muestra (45,3% de hombres y 20,7% mujeres). En las mujeres, el salto desde un lugar alto fue el método más utilizado (27,6%)</p> <p>- Vivir solo, estar divorciado/separado y estar desempleado son más frecuentes entre las personas que mueren por suicidio que en la población general.</p>
----------------------------------	-----------------------------	--	---	---	--
