

# Factores de riesgo de las conductas suicidas en adolescentes, revisión de la literatura

## Risk factors for suicidal behaviors in adolescents, literature review.

Abigail Casas Muñoz,<sup>1</sup> Ángel Eduardo Velasco Rojano,<sup>1</sup> Aarón Rodríguez Caballero,<sup>1</sup> Nahomi Patricia Gallardo Pérez,<sup>2</sup> Karla Sánchez Olivera,<sup>3</sup> Corina García Piña,<sup>4</sup> Diana Molina Valdespino<sup>5</sup>

### Resumen

Las conductas suicidas se consideran una continuidad que van, desde aspectos cognitivos: ideación suicida y planeación suicida; hasta conductuales: intento suicida y suicidio. El suicidio en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial y ocurre más en países en desarrollo, donde la identificación temprana se complica debido a que los recursos y servicios son escasos y limitados. En México, la mortalidad por suicidios ha aumentado sostenida e ininterrumpidamente. De ahí la importancia de saber identificar los factores de riesgo en los pacientes, con enfoque en el modelo ecológico. Identificarlos oportunamente puede ayudar a prevenir su consumación y brindar un mejor tratamiento. El objetivo de esta revisión es brindar al personal de salud una revisión actualizada, sobre los factores de riesgo para las conductas suicidas en adolescentes desde el modelo ecológico, para que puedan realizar la identificación y atención temprana.

Con esta revisión podemos concluir que la conducta suicida es un fenómeno complejo, de orden biopsicosocial, de interés mundial y creciente entre la población adolescente y joven. El modelo ecológico permite identificar y analizar los factores de riesgos para las conductas suicidas en adolescentes, desde los niveles individual, familiar, comunitario y social. Conocer estos factores de riesgo es el primer paso para identificar y prevenir el suicidio. Existen algunas diferencias de género en estos factores de riesgo, que deben considerarse para la identificación de pacientes con conductas suicidas. Un grupo que requiere más investigación, son las personas que pertenecen a las comunidades indígenas.

**PALABRAS CLAVE:** Ideación suicida; Intento de Suicidio; Suicidio consumado; Factores de riesgo; Adolescente.

### Abstract

Suicidal behaviors are considered a continuum from cognitive aspects: suicidal ideation and suicidal planning, to even behavioral: suicide attempt and suicide. Adolescent suicide is a public health problem worldwide, and it occurs more in developing countries, where early identification is complicated due to scarce and limited resources and services. In Mexico, mortality from suicides has increased steadily and uninterruptedly. Hence, the importance of knowing how to identify patient risk factors, focusing on the ecological model. Identifying them promptly can help prevent their consumption and provide better treatment. This review aims to provide health personnel with an updated review of the risk factors for suicidal behavior in adolescents from the ecological model. So that they can carry out early identification and care.

With this review, we can conclude that suicidal behavior is a complex phenomenon of a biopsychosocial nature, of worldwide interest and growing among the adolescent and young population. The ecological model allows for identifying and analyzing risk factors for suicidal behavior in adolescents from the individual, family, community, and social levels. Knowing these risk factors is the first step in identifying and preventing suicide.

<sup>1</sup> Centro de Estudios Avanzados sobre Violencia – Prevención (CEAVI-P), del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

<sup>2</sup> Residente de primer año de Cirugía General, Hospital General Regional 251 Metepec IMSS, Estado de México.

<sup>3</sup> Curso de Especialidad en Pediatría, del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

<sup>4</sup> Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP), Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

<sup>5</sup> Servicio de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

**Recibido:** 19 de julio 2023

**Aceptado:** 13 de enero 2024

### Correspondencia

Abigail Casas Muñoz  
 abycas.md@gmail.com  
 ceavi@pediatria.gob.mx

### Este artículo debe citarse como:

Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano AE, Rodríguez-Caballero A, Gallardo-Pérez NP, Sánchez-Olivera K, García-Piña C, Molina-Valdespino D. Risk factors for suicidal behaviors in adolescents, literature review. Acta Pediatr Méx 2024; 45 (Supl 1): S60-S72.

There are some gender differences in these risk factors, which must be considered to identify patients with suicidal behaviors. A group that requires more research is the people who belong to indigenous communities.

**KEYWORDS:** Suicidal Ideation; Suicide attempted; Suicide completed; Risk factors; Adolescence.

## ANTECEDENTES

El suicidio es un problema de salud pública que impacta significativamente a jóvenes de todo el mundo al ser la cuarta causa más común de muerte para personas de 15 a 19 años a nivel mundial.<sup>1</sup> En América Latina y el Caribe la tasa de suicidio para personas de 15 a 29 años fue de 6,2 por 100.000 habitantes.<sup>2,3</sup> En México los casos de suicidio han aumentado constantemente durante los últimos 30 años,<sup>4,6</sup> la tasa estimada de suicidios entre jóvenes de 15 a 29 años aumentó de 8.1 muertes por cada 100,000 personas en 2015 a 10.4 por 100,000 en 2021.<sup>7</sup> La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2021 mostró que 5.3 % de los adolescentes de 10 a 19 años había intentado suicidarse al menos una vez en su vida, y 6.3 % había experimentado pensamientos suicidas.<sup>8</sup>

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la propia vida, ya sea por una acción u omisión.<sup>9</sup> Los suicidios consumados, es decir, aquellos con un desenlace fatal, se acompañan de un amplio espectro de pensamientos y comportamientos relacionados que se consideran parte de la conducta suicida; entre los que se pueden encontrar las ideas persistentes sobre la muerte, la ideación suicida o el pensar en quitarse la propia vida, los planes estructurados de suicidio y los intentos de suicidio con o sin autolesiones.<sup>10</sup>

De acuerdo con los Centros para el control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), las conductas suicidas se pueden clasificar en tres grados o niveles de riesgo, el primero de planeación, el segundo de intentos y el tercero el suicidio consumado.<sup>11</sup> Cada nivel incrementa el riesgo para experimentar el siguiente, siendo el principal factor de riesgo para cometer el suicidio haber tenido intentos previos.<sup>12</sup>

La conducta suicida se puede prevenir, ya que se sabe que alrededor de la mitad de las personas que cometieron suicidios consumados consultaron con algún servicio de salud en los meses previos al suceso,<sup>13,14</sup> por esta razón es importante que los pediatras puedan identificar los factores de riesgo, para ubicar cuando niñas, niños y adolescentes necesitan una intervención oportuna que ayude a evitar que lleguen a un desenlace fatal. Si bien es cierto los pediatras no necesariamente son profesionistas en salud mental, deben poder dar atención de primer contacto, evaluar el riesgo y referir a la persona al servicio adecuado para su tratamiento.<sup>15</sup>

Las conductas suicidas son un fenómeno complejo y multifactorial, la literatura sobre factores de riesgo para la conducta suicida se concentra en su mayoría en países de altos ingresos y no existen suficientes estudios que organicen comprensivamente estos factores y sus posibles interacciones.<sup>16,17</sup>

Un modelo que puede permitir la organización de los factores de riesgo es el modelo ecológico de Bronfenbrenner, que desde la década de 1970 plantea que el desarrollo psicológico del ser humano se puede analizar a través de su interrelación con el entorno.<sup>18</sup> Esta perspectiva, sostiene que el ambiente es la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, y lo concibe como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en cuatro niveles concéntricos desde lo individual hasta lo social: el primer nivel u ontosistema se refiere a la persona, el segundo o microsistema se refiere a la familia, el tercero o exosistema a las comunidades y el cuarto o macrosistema a la sociedad en general. El modelo ecológico postula que la salud está influenciada por factores interrelacionados en estos cuatro niveles. Esta perspectiva fomenta la colaboración multisectorial y enfatiza el uso de datos para traducir la investigación en prácticas y políticas públicas.<sup>18</sup>

A continuación, se presenta una revisión de la literatura científica sobre los factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes, que se encuentra organizada de acuerdo con el modelo ecológico. Por lo que el objetivo del presente estudio es que las y los profesionales de la salud que atienden niñas, niños y adolescentes cuenten con información actualizada, completa y ordenada. Que les permita entender cuándo una niña, niño o adolescente podría tener riesgo de experimentar conducta suicida, para que puedan realizar la identificación y atención temprana. Para facilitar el trabajo de estos profesionales, se incluyen al final del documento la referencia para un curso sobre empoderamiento para personal de salud ante las conductas suicidas y un directorio de servicios amigables de salud en México.

## METODOLOGÍA

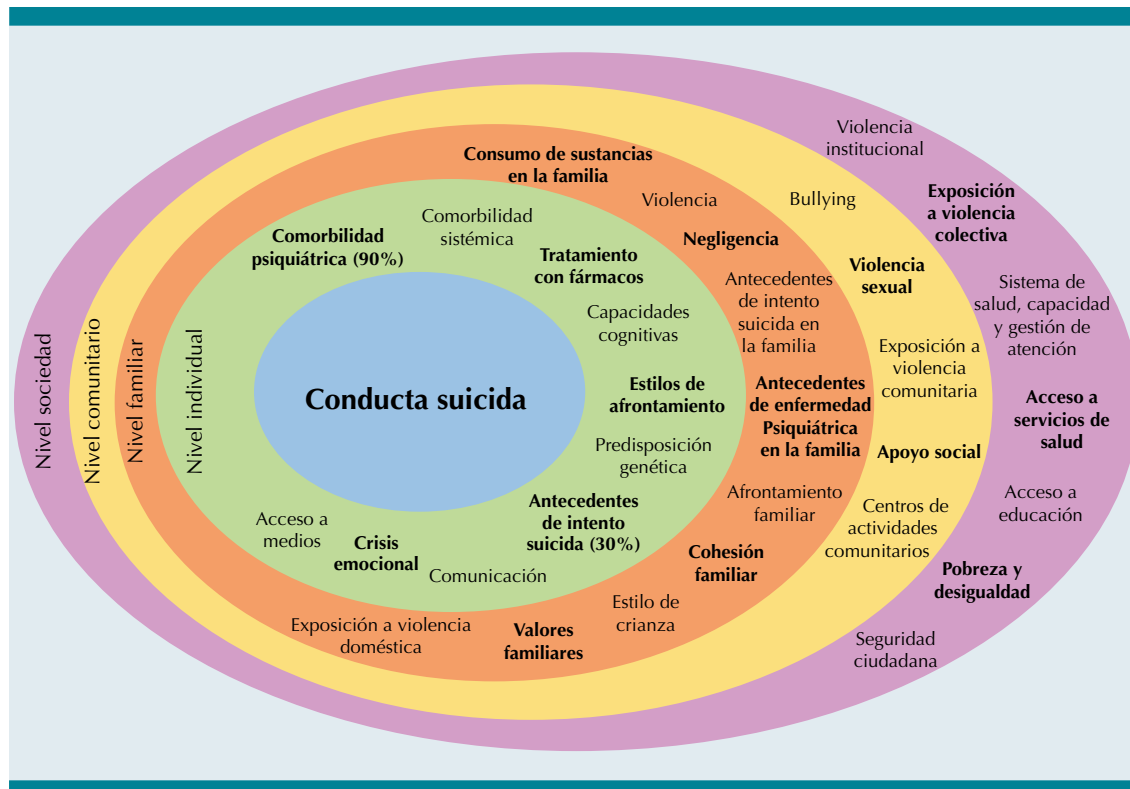
Se llevó a cabo una revisión cualitativa de la literatura. Se realizaron 13 búsquedas en la

base de datos PubMed, del 8 al 26 de mayo del 2023. Se utilizaron los términos MeSH: Suicide, Suicidal Attempted, Suicidal behaviour, Suicidal Ideation, Risk Factor, Adolescent, Children. Se emplearon los filtros de búsqueda: tiempo (10 años), tipo de artículo (Meta-Analysis, revisión sistemática) y edad (child: birth-18 years). Las búsquedas nos dieron como resultado treinta y siete artículos, los cuales se revisaron y analizaron. Se recolectaron todos los riesgos relativos (RR) y razones de momios u Odds Ratio (OR).

El OR y el RR son las dos medidas de asociación más utilizadas en epidemiología. El cálculo directo de los riesgos es factible si se dispone de prevalencias o incidencias significativas. Los datos transversales pueden servir para calcular razones de momios (OR) a partir de prevalencias. Los diseños de estudios de cohortes permiten el cálculo directo de riesgos relativos (RR) a partir de incidencias. El OR describe la proporción de probabilidades de enfermedad dado el estado de exposición, o alternativamente la proporción de probabilidades de exposición dado el estado de enfermedad, es decir el incremento o la disminución del riesgo de presentar una condición dada.<sup>19</sup>

## FACTORES DE RIESGO

Para abordar las conductas suicidas se debe comenzar por la identificación de los factores de riesgo. Los cuales abarcan desde los sistemas sanitarios y la sociedad hasta los niveles comunitario, relacional e individual (**Figura 1**). Estos factores suelen actuar de forma acumulativa para aumentar la vulnerabilidad a la conducta suicida. Se han generado modelos para tratar de entender los factores de riesgo en las conductas suicidas,<sup>(20)</sup> sin embargo, consideramos que el modelo ecológico tiene ventajas sobre otros modelos, ya que nos proporciona información rápida y práctica sobre la identificación e interacción de estos factores de riesgo,<sup>(21)</sup> los cuales describimos a continuación.



**Figura 1.** Principales factores de riesgo y protección de las conductas suicidas en adolescentes por contextos (niveles), de acuerdo con el modelo ecológico. Creación propia.

### Factores de riesgo individuales y de la personalidad (ontosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes

En el **Cuadro 1** se enumeran los factores de riesgo relacionados con las características individuales y de personalidad de las y los adolescentes, con base en el incremento del riesgo que representan para cada una de las conductas suicidas. Estos factores están relacionados con el antecedente de conductas suicidas y el acceso a medios para hacerlo, la comorbilidad psiquiátrica y su tratamiento farmacológico, los problemas emocionales, el consumo o abuso de sustancias, pertenecer a minorías, las conductas de riesgo, comorbilidades sistémicas y

enfermedades crónicas. En este nivel destacan sobre todo: el antecedente de intento de suicidio previo, que puede incrementar hasta 31 veces el riesgo en los hombres ( $OR = 31.33$ ) de llevar a cabo un nuevo intento de suicidio; el antecedente de autolesiones que puede incrementar hasta 22 veces el riesgo ( $OR = 22.53$ ) de llevar a cabo un suicidio consumado;<sup>20,22</sup> los problemas emocionales que pueden incrementar en los hombres hasta 9 veces ( $OR = 8.78$ ) un intento de suicidio o hasta 5 veces ( $OR = 5.02$ ) que lleven a cabo un suicidio consumado; pertenecer a una minoría ( $OR = 5.87$ , para personas trans) o alguna subcultura ( $OR = 5.96$ ),<sup>23,24</sup> y comorbilidades como padecer cáncer ( $OR = 4.4$  a  $15.22$ ).<sup>25-32</sup>

**Cuadro 1.** Factores de riesgo a nivel individual (ontosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes (continúa en la siguiente página)

Factor de riesgo	Conductas suicidas*	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
<b>Antecedente de conductas suicidas y acceso a medios para suicidarse</b>				
Antecedente de autolesión		RR= 4.97 <sup>(34)</sup>	RR= 9.14 <sup>(34)</sup>	OR =22.53 <sup>(34)</sup>
Antecedente de intento suicida			OR m= 6.96 <sup>(33)</sup> OR h= 31.33 <sup>(33)</sup>	
Antecedente de ideación suicida			OR m= 4.39 <sup>(33)</sup> OR h= 3.97 <sup>(33)</sup>	
Acceso a medios para el suicidio			OR h= 1.6 <sup>(33)</sup>	OR h= 4.00 <sup>(33)</sup>
<b>Comorbilidad psiquiátrica y su tratamiento farmacológico</b>				
Antecedente de trastornos de salud mental			OR m= 3.37 <sup>(33)</sup> OR h= 4.27 <sup>(33)</sup>	OR m= 3.64 <sup>(33)</sup> OR h= 4.92 <sup>(33)</sup>
Desordenes afectivos o síntomas depresivos	OR= 6.04 <sup>(47)</sup> OR= 6.58 <sup>(21)</sup>	OR= 6.32 <sup>(48)</sup>	OR m= 1.5 <sup>(33)</sup> OR= 3.02 <sup>(48)</sup>	
Desordenes de ansiedad	OR= 3.5 <sup>(21)</sup>		OR m=2.03 <sup>(33)</sup> OR h=3.79 <sup>(33)</sup>	
Trastorno bipolar		RR = 7.66 <sup>(49)</sup>	OR m= 1.43 <sup>(33)</sup>	
Trastorno de conducta alimentaria			OR m= 5.27 <sup>(33)</sup>	
Uso de antidepresivos	RR= 1.38 <sup>(50)</sup>			
<b>Problemas emocionales</b>				
Conducta disruptiva			OR h= 8.78 <sup>(33)</sup>	OR h= 5.02 <sup>(33)</sup>
Desesperanza			OR=1.74 <sup>(33)</sup>	
Eventos negativos (e.g., muerte de un familiar, terminar una relación, peleas con personas cercanas, etc.)				OR m= 1.99 <sup>(33)</sup> OR h= 2.56 <sup>(33)</sup>
Problemas interpersonales			OR m= 1.13 <sup>(33)</sup>	
<b>Consumo o abuso de sustancias</b>				
Abuso de sustancias			OR m= 4.44 <sup>(33)</sup> OR h= 3.11 <sup>(33)</sup>	OR h= 5.26 <sup>(33)</sup>
Consumo de cannabis <15 años		RR= 3.97 <sup>(24)</sup>	RR= 5.23 <sup>(24)</sup>	
Inicio temprano del trastorno por consumo de cannabis		RR=3.33 <sup>(24)</sup>	RR= 4.14 <sup>(24)</sup>	
Alta frecuencia de consumo de cannabis			RR= 4.60 <sup>(24)</sup>	
Tabaquismo	OR = 3.69 <sup>(25)</sup>	OR= 3.79 <sup>(51)</sup>		
Abuso de alcohol			OR m= 2.69 <sup>(33)</sup> OR h= 2.14 <sup>(33)</sup>	
Inicio del consumo de alcohol <15 años			RR=1.79 <sup>(21)</sup>	
Exposición a humo de tabaco	OR = 1.37 <sup>(25)</sup>	OR=1.22 <sup>(28)</sup>		
Consumo de otras drogas			RR= 5.40 <sup>(21)</sup>	
<b>Pertenecer a minorías</b>				
LGBTQ+	OR = 3.5 <sup>(35)</sup>	OR= 4.11 <sup>(51)</sup>	OR homo= 3.71 <sup>(35)</sup> OR bis= 4.87 <sup>(35)</sup> OR trans= 5.87 <sup>(35)</sup>	

**Cuadro 1.** Factores de riesgo a nivel individual (ontosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes (continuación)

Factor de riesgo	Conductas suicidas*	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
Gay, Lesbiana, Bisexual		OR= 2.31 <sup>(48)</sup>	OR= 2.23 <sup>(48)</sup>	
Heterosexual con atracción o comportamiento hacia el mismo sexo		OR= 1.26 <sup>(48)</sup>	OR= 1.03 <sup>(48)</sup>	
Aun no definido su identidad sexual		OR= 2.64 <sup>(48)</sup>	OR= 1.61 <sup>(48)</sup>	
Subculturas alternativas (e.g., gótico, emo, punk)		OR = 3.41 <sup>(52)</sup>	OR = 5.96 <sup>(52)</sup>	
<b>Conductas de riesgo</b>				
Problemas legales	OR= 3.36 <sup>(47)</sup>			
Comportamiento sexual temprano ≥14 años		OR= 1.26 <sup>(48)</sup>	OR= 1.27 <sup>(48)</sup>	
Comportamiento sexual temprano ≤13 años		OR= 1.18 <sup>(48)</sup>	OR= 1.51 <sup>(48)</sup>	
Uso problemático (adictivo o compulsivo) de redes sociales		OR = 2.81 <sup>(26)</sup>		
<b>Comorbilidades y enfermedades crónicas</b>				
Trastornos del sueño		OR= 2.35 <sup>(36)</sup>	OR = 1.92 <sup>(36)</sup>	
Asma		OR= 1.52 <sup>(27)</sup>	OR = 1.60 <sup>(27)</sup>	OR= 2.14 <sup>(27)</sup>
Acné	OR= 1.50 <sup>(29)</sup>		OR= 1.51 <sup>(30)</sup>	
Dermatitis atópica	OR m= 1.11 <sup>(30)</sup>	OR m= 1.22 <sup>(30)</sup>	OR m= 1.28 <sup>(30)</sup>	
Psoriasis	OR= 1.25 <sup>(30)</sup>		OR= 1.40 <sup>(30)</sup>	
obesidad		OR= 1.13 <sup>(31)</sup>	OR= 1.65 <sup>(31)</sup>	
obesidad extrema		OR= 1.81 <sup>(31)</sup>	OR= 2.28 <sup>(31)</sup>	
Infección por <i>Toxoplasma gondii</i>	OR= 1.43 <sup>(32)</sup>			
Después del diagnóstico de Cáncer	RR=2.5 <sup>(29)</sup>			
Diagnóstico de melanoma	RR=1.20 <sup>(29)</sup>			
Cáncer de hueso			OR= 4.8 <sup>(53)</sup>	
Cáncer de mama			OR= 5.16 <sup>(53)</sup>	
Cáncer de vejiga urinaria			OR= 4.40 <sup>(53)</sup>	
Más de 5 años con diagnóstico de cáncer de riñón y pelvis.			OR= 15.22 <sup>(53)</sup>	
*Conductas suicidas sin especificar: puede referirse a ideación, intento o suicidio consumado		RR = Riesgo Relativo OR = Razón de Momios M = Mujeres H = Hombres	Homo = homosexual Bis = bisexual Trans = transexual	

### Factores de Riesgo a nivel familiar (en el microsistema)

En el **Cuadro 2** se resumen los factores de riesgo relacionados con la familia y sus interacciones. Se han encontrado fuertes asociaciones entre las tendencias suicidas en jóvenes y el maltrato infantil, con un incremento en el riesgo de consumir un suicidio de hasta 34 veces (OR = 33.77) en los adolescentes hombres que lo han vivido y un incremento de 11 veces (OR = 11.02) en las mujeres adolescentes. El antecedente de conductas suicidas previas en miembros de la familia también incrementa el riesgo tanto en hombres (OR = 7.83) como en mujeres (OR = 5.68) adolescentes de consumir un suicidio.<sup>33,34</sup> La vulnerabilidad en los jóvenes con antecedentes familiares de trastornos mentales o comportamiento suicida puede reflejarse en sus tendencias a experimentar mayores tasas de

trastornos mentales o de abuso de sustancias y comportamientos suicidas.<sup>33</sup> De aquí la importancia de que el personal de salud que atiende a niñas, niños y adolescentes conozca y esté sensibilizado sobre estos factores de riesgo, así como con instrumentos para la detección oportuna de estas problemáticas que afectan la dinámica familiar y pueden ir gestando en niñas, niños y adolescentes el riesgo de que desarrollen en la adolescencia conductas suicidas. Para poder llevar a cabo una detección temprana, así como una atención y/o derivación oportuna para su atención.

### Factores de Riesgo a nivel comunitario (en el exosistema)

Los factores de riesgo que se han asociado con las conductas suicidas en el nivel comunitario están relacionados sobre todo con las experien-

**Cuadro 2.** Factores de riesgo a nivel familiar (microsistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes

Factor de riesgo	Conductas Suicidas*	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
<b>Violencia</b>				
Maltrato infantil			OR m= 3.77 <sup>(33)</sup> OR h= 2.76 <sup>(33)</sup>	OR m=11.02 <sup>(33)</sup> OR h= 33.77 <sup>(33)</sup>
Abuso: Sexual Físico Emocional			OR= 3.73 <sup>(22)</sup> OR= 4.11 <sup>(22)</sup> OR= 3.98 <sup>(22)</sup>	
<b>Negligencia física</b>			OR= 3.42 <sup>(22)</sup>	
<b>Situaciones que pueden generar disfunción familiar</b>				
Historia familiar de conductas suicidas			OR h= 2.84 <sup>(33)</sup>	OR m= 5.68 <sup>(33)</sup> OR h = 7.83 <sup>(33)</sup>
Historia familiar de trastornos de salud mental, abuso de alcohol u otras sustancias			OR m= 2.27 <sup>(33)</sup> OR h= 2.63 <sup>(33)</sup>	
Divorcio o separación de los padres			OR h= 1.56 <sup>(33)</sup>	
Nivel educativo de los padres bajo			OR = 1.12 <sup>(54)</sup>	
*Conductas suicidas sin especificar: puede referirse a ideación, intento o suicidio consumado			RR = Riesgo Relativo OR = Razón de Momios M = Mujeres H = Hombres	



cias de violencia entre los pares u otras personas cercanas o conocidas (**Cuadro 3**). La violencia por *bullying*, *ciberbullying* y/o ambas son de los factores que mayormente incrementan el riesgo de desarrollar conductas suicidas. Por ejemplo, el *bullying* puede incrementar hasta seis veces (OR = 6.30) el riesgo de desarrollar intentos de suicidio entre las mujeres adolescentes y cuatro veces entre los hombres (OR = 3.8). La combinación de *bullying* y *ciberbullying* puede incrementar hasta ocho veces (OR = 7.8) el riesgo de desarrollar ideación suicida entre las y los adolescentes. Otra experiencia violenta, como la violencia sexual forzada, la cual puede presentarse tanto a nivel familiar como comunitario, puede incrementar cinco veces (OR 5.12) el

riesgo de desarrollar ideación suicida. Conocer la relevancia de estos factores de riesgo, nos debe llevar a buscar su identificación temprana, y a poner especial atención actualmente por el aumento de estas problemáticas en nuestro país.<sup>33-35</sup>

### Factores de Riesgo a nivel social (en el macrosistema)

A nivel social, el factor que se ha relacionado el desarrollo de conductas suicidas es la inseguridad alimentaria [Riesgo Relativo (RR) = 1.92],<sup>36</sup> específicamente para la ideación suicida se incrementa el riesgo 1.6 veces (RR = 1.56) (36) y para el intento de suicidio se incrementa dos veces (RR = 1.90).<sup>36</sup>

**Cuadro 3.** Factores de riesgo a nivel comunitario (exosistema) relacionados con las conductas suicidas en adolescentes

Factor de riesgo	Conductas Suicidas	Ideación suicida	Intento de suicidio	Suicidio consumado
<b>Violencia</b>				
<i>Bullying</i>			OR m= 6.30 <sup>(33)</sup> OR h= 3.8 <sup>(33)</sup>	
<i>Ciberbullying</i>		OR = 1.5 <sup>(23)</sup>	OR = 2.1 <sup>(23)</sup>	
<i>Bullying</i> y <i>ciberbullying</i>		OR= 7.8 <sup>(51)</sup>		
Violencia comunitaria			OR m= 1.68 <sup>(33)</sup> OR h= 1.83 <sup>(33)</sup>	
Violencia sexual		OR m= 1.86 <sup>(37)</sup>	OR m= 1.94 <sup>(37)</sup> OR h= 3.32 <sup>(37)</sup>	
Forzado a tener relaciones sexuales		OR=5.12 <sup>(51)</sup>		
Violencia de pareja			OR m= 2.19 <sup>(33)</sup>	
Amenaza de publicar medios sexualmente explícitos sin consentimiento		OR= 1.88 <sup>(55)</sup>	OR= 3.56 <sup>(55)</sup>	
Publicación no consensuada de medios sexualmente explícitos		OR= 1.82 <sup>(55)</sup>	OR= 2.2 <sup>(55)</sup>	
<b>Otras</b>				
Exposición a conductas suicida Un año después			RR = 1.93 <sup>(56)</sup> RR= 1.70 <sup>(56)</sup>	
Ausentismo escolar		OR = 1.20 <sup>(57)</sup>		
*Conductas suicidas sin especificar: puede referirse a ideación, intento o suicidio consumado			RR = Riesgo Relativo OR = Razón de Momios M = Mujeres H = Hombres	



### Factores de riesgo por Género

Al analizar el incremento en el riesgo de desarrollar conductas suicidas, podemos remarcar que identificamos algunas diferencias por género. En lo que respecta a los intentos de suicidio en los adolescentes hombres, los siguientes factores incrementan más el riesgo que en las mujeres: el antecedente de intento de suicidio (OR 31.33 vs 6.99),<sup>20</sup> la conducta disruptiva (problemas para controlar sus emociones y su comportamiento, llevándolo a problemas de comportamiento con las normas sociales y la autoridad) (OR 8.78)<sup>33</sup> y la violencia sexual (3.32 vs 1.94).<sup>37</sup> Para el suicidio consumado en los hombres, los factores que incrementan más el riesgo están relacionados con vivir maltrato infantil (OR 33.77 vs 11.02) y el abuso de sustancias (OR 5.26) (33).<sup>33</sup>

En cambio, para las mujeres en lo referente a los intentos de suicidio, el *bullying* (OR 6.3 vs 3.8),<sup>33</sup> incrementa más el riesgo que para los hombres.

En lo que respecta a los factores de riesgo para las personas que pertenecen a la comunidad LGBTQ+, se ha reportado mayor riesgo para intentos de suicidio, en quienes se identifican como transexuales (OR 5.87) y bisexuales (OR 4.87).<sup>22,23</sup>

### Factores de riesgo en personas que pertenecen a comunidades indígenas

México es uno de los países con mayor diversidad cultural a nivel mundial, existen 68 pueblos indígenas oficialmente reconocidos. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2020 del INEGI, el 6.14% de la población habla alguna lengua indígena; y el 18.41 % de la población se autoidentifican como personas indígenas.<sup>38</sup> Existen estudios de conductas suicidas en adolescentes que se han enfocado en la identificación de factores de riesgos asociados a factores sociales, familiares, socioeconómicos, individuales o clínicos. Sin embargo, hay una

ausencia importante de datos desagregados por condición específica de los sujetos -más allá del sexo y la edad-, como son los factores culturales vinculados a las conductas suicidas. Especialmente, los que se refieren a los procesos de identidad étnica entre los adolescentes de regiones con alta proporción de población indígena o con conflictos interétnicos importantes, realidad común en gran parte del país y de otros países Latinoamericanos.<sup>39</sup> En el año 2009, en la Observación General N°11, el Comité de los Derechos del Niño mencionaba que “En algunos Estados partes, las tasas de suicidio de los niños indígenas son considerablemente más altas que las de los niños no indígenas. En esas circunstancias, los Estados deberían formular y aplicar una política de medidas preventivas y velar por que se asignen más recursos financieros y humanos a la atención de salud mental para los niños indígenas, de forma tal que se tenga en cuenta su contexto cultural, previa consulta con la comunidad afectada. Para analizar y combatir las causas de ese fenómeno el Estado parte debería entablar y mantener un diálogo con la comunidad indígena”.<sup>40</sup> Por lo que es importante el planteamiento sobre hacer investigación en las comunidades indígenas, para poder identificar sus factores de riesgo y como tratarlos. Tal es el caso del estrés que sufren por integrarse a la sociedad occidental, lo cual puede llevarlos a pensamientos suicidas e incluso intentos.<sup>41</sup>

### IMPLICACIONES ECONÓMICAS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Es importante tener en cuenta los costos que generan las conductas suicidas. Se tienen pocos estudios económicos del costo que generan, que incluyen los costos directos, que son los costos de atención médica (especialmente departamentos de emergencia y hospitalización), transporte en ambulancia e investigaciones por parte de médicos forenses. Pero también los costos indirectos, que son principalmente pérdidas de productividad por muerte prematura

o pérdida de tiempo por lesiones. Los costos económicos indirectos consisten en el valor actual neto de los sueldos y salarios futuros, los beneficios complementarios y el valor de la productividad familiar perdida o reducida por el suicidio o intento de suicidio. Estos costos indirectos son los que mayor repercusión económica tienen.<sup>42</sup> También hay información del costo económico de los intentos suicidios en pacientes con alguna enfermedad mental. Los costos médicos directos en salud tras un intento de suicidio son significativos y aumentan conforme se presentan nuevos intentos, al igual que el tipo de método que utilice para un intento suicida.<sup>43</sup> Si bien los costos emocionales del suicidio y del intento suicida son difíciles de estimar, sabemos que estos afectan directamente a la familia e incluso a la comunidad, ya que puede ser un factor de riesgo para que algún miembro cercano presente un intento suicida.<sup>44</sup> Es por esto que debemos siempre tener presente que cada muerte por suicidio representa una tragedia individual y se estima que afecta indirectamente a muchas personas, incluidos familiares, amigos y la comunidad. Simplemente no conocemos la escala y la magnitud de las personas afectadas por el suicidio, y la prevalencia de aquellos en la sociedad que pueden necesitar tanto la prevención del suicidio como el apoyo y los servicios posteriores cuando se cometió un suicidio.<sup>45</sup> De ahí la importancia de poder detectar a tiempo las posibles conductas suicidas y prevenir tanto los costos como un posible fatídico desenlace.

## CONCLUSIONES

La conducta suicida es un fenómeno complejo y de orden biopsicosocial, de interés mundial y un problema de salud pública de creciente frecuencia entre la población adolescente y joven. El modelo ecológico nos permite identificar y analizar los factores de riesgos para las conductas suicidas en adolescentes, desde los niveles individual, familiar, comunitario y social. Cono-

cer estos factores de riesgo son el primer paso para identificar y prevenir el suicidio. Existen algunas diferencias de género en estos factores de riesgo, que deben considerarse para la identificación y atención de las y los adolescentes con conductas suicidas. Un grupo que requiere más investigación, son las personas que pertenecen a las comunidades indígenas.

## Recomendaciones para el personal de salud

El personal de salud que atiende niñas, niños y adolescentes tiene una oportunidad única para detectar los factores de riesgo asociados con las conductas suicidas, ya que son parte de la primera línea en la atención de salud de niñas, niños y adolescentes, además de ser uno de los primeros contactos para pedir ayuda que las personas buscan ante las preocupaciones familiares. Por lo anterior, y considerando las graves consecuencias de este problema de salud pública, es necesario que brinden una atención integral a la persona, sus familias, sus comunidades y las sociedades en general.

Una vez que el personal de salud identifica alguno de estos factores es importante que conozca y se apegue a las guías nacionales e internacionales para el manejo de la conducta suicida en niñas, niños y adolescentes.<sup>15</sup> Los pasos a seguir son:

1. Evaluar si existe un riesgo de autolesión/ suicidio y si el riesgo es inminente. Para hacer esto puede usar la herramienta ASQ-MODORIS,<sup>46</sup> que es parte del Modelo dinámico de órdenes de riesgo de suicidio propuesto por la Secretaría de Salud a través del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio, se trata de un instrumento de cinco preguntas con instrucciones para determinar los niveles de riesgo y poder referir a instituciones de salud de primer, segundo o tercer nivel si es necesario.

2. No deje sólo a la persona y explique la situación a su familia.
3. Canalice al servicio de salud adecuado si tiene la posibilidad.

Para que pueda apoyarse para practicar como hacer la evaluación del riesgo le compartimos el curso gratuito prevención del suicidio para trabajadores de atención primaria de la salud de la Organización Panamericana de la Salud en la siguiente liga: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14615:paho-launches-virtual-course-on-suicide-prevention-for-primary-healthcare-workers&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14615:paho-launches-virtual-course-on-suicide-prevention-for-primary-healthcare-workers&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)

Y para apoyarle en la canalización le presentamos el directorio de servicios amigables de salud en México: <https://dgb.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2023/05/Directorio-Servicios-Amigables-2023>.

### Agradecimiento

Agradecemos la colaboración documental de este trabajo al Dr. Enrique Moreno Alanís, a la Dra. Patricia Solís Iniesta y a la Lic. Pamela Karisni Ortiz Hernández.

### REFERENCIAS

1. Ghebreyesus T. The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health [Internet]. Geneva; 2019 Jan. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/89966>
2. The World Bank. The World Bank. 2023.p. 1–5 Tasas de mortalidad por suicidio. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?locations=XP>
3. Bando DH, Brunoni AR, Fernandes TG, Benseñor IM, Lotufo PA. Taxas de suicídio e tendências em São Paulo, Brasil, de acordo com gênero, faixa etária e aspectos demográficos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(3):286–93.
4. Sánchez-Cervantes FS, Serrano-González RE, Márquez-Caraveo ME. Suicides in adolescents younger than 20-year-olds. *Mexico 1998-2011*. *Salud Mental*. 2015;38(5):379–89.
5. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016;3(1):2016–25.
6. Luna-Contreras M, Dávila-Cervantes CA. Effects of depression and self-esteem on suicide ideation in high school adolescent students in Mexico City. *Papeles Poblac*. 2021;26(106):75–103.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Día mundial para la prevención del suicidio: datos nacionales comunicado de prensa número 542/23. Mexico City; 2023 Sep [cited 2023 Oct 5]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP\\_Suicidio23.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf)
8. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Design of the Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 and planning and design of the Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex*. 2022;64(5):522–9.
9. Pan American Health Organization. Suicide mortality in the americas. in: suicide mortality in the americas. Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2021. p. 1–80. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275124765>
10. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Dec 1 [cited 2023 Oct 5];5(1):1227–39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/>
11. Campillo-Serrano C, Fajardo-Dolci G. Suicide prevention and suicidal behavior. *Gac Med Mex*. 2021 Sep 1;157(5):564–9.
12. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. 1st ed. Vol. 1, Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. 1–147 p.
13. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex*. 2010;52(4):292–304.
14. Valdez-Santiago R, Villalobos-Hernández A, Arenas-Monreal L, Benjet C, Vázquez-García A. Suicidal behavior in Mexico: comparative analysis between adolescent and adult population. *Salud Publica Mex*. 2023;65.
15. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme, World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings : mental health gap action programme (mhGAP). 164 p.
16. Breslin K, Balaban J, Shubkin CD. Adolescent suicide: What can pediatricians do? Vol. 32, *Current Opinion in Pediatrics*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 595–600.
17. Casas-Muñoz A, Velasco-Rojano ÁE, Rodríguez-Caballero A, Prado-Solé E, Álvarez MG. ACEs and mental health problems as suicidality predictors in Mexican adolescents. *Child Abuse Negl*. 2023;
18. Bronfenbrenner U, Evans GW. *Developmental Science in the 21 st Century: Emerging Questions, Theoretical Models, Research Designs and Empirical Findings*. 2000.
19. Schmidt CO, Kohlmann T. When to use the odds ratio or the relative risk? Relative Risk and odds ratio in epidemiology. *Int J Public Health*. 2008;53:165–7.

20. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2018;373(1754).
21. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*. 1994;3(2):1643–7.
22. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegaro VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res*. 2017;256:353–8.
23. Suzuki K, Asaga R, Sourander A, Hoven CW, Mandell D. Cyberbullying and adolescent mental health. *Bullying: A Public Health Concern*. 2013;31(3):73–88.
24. Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME, Menendez D. Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *J Psychiatr Res*. 2017;91:74–82.
25. Chen VCH, Kuo CJ, Wang TN, Lee WC, Chen WJ, Ferri CP, et al. Suicide and other-cause mortality after early exposure to smoking and second hand smoking: A 12-year population-based follow-Up study. *PLoS One*. 2015;10(7):1–12.
26. awachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Community Health* (1978). 1996;50(3):245–51.
27. Zhang Y, Cheng J, Li Y, He R, Choudhry AA, Jiang J, et al. Suicidality among patients with asthma: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;256(June):594–603.
28. Guan Q, Huan F, Wang Y, Wang L, Shen L, Xiong J, et al. The relationship between secondhand smoking exposure and mental health among never-smoking adolescents in school: Data from the Global School-based Student Health Survey. *J Affect Disord*. 2022;311(May):486–93.
29. Gupta MA, Pur DR, Vujcic B, Gupta AK. Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clin Dermatol*. 2017;35(3):302–11.
30. Barlow R, Payyazhi G, Hogan S, Grindlay D, Choi D, Verma M, et al. Suicide and Suicidality in Children and Adolescents with Chronic Skin Disorders: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2023;103(7):1–7.
31. Zeller MH, Reiter-Purtill J, Jenkins TM, Ratcliff MB. Adolescent suicidal behavior across the excess weight status spectrum. *Obesity*. 2013;21(5):1039–45.
32. Soleymani E, Faizi F, Heidarimoghadam R, Davoodi L, Mohammadi Y. Association of *T. gondii* infection with suicide: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–7.
33. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019;64(2):265–83.
34. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, García-Anguita A, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(10):733–41.
35. Di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide among Sexual Minority Youths. *JAMA Pediatr*. 2018;172(12):1145–52.
36. Liu JW, Tu YK, Lai YF, Lee HC, Tsai PS, Chen TJ, et al. Associations between sleep disturbances and suicidal ideation, plans, and attempts in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sleep*. 2019;42(6):1–10.
37. Baiden P, Xiao Y, Asiedua-Baiden G, LaBrenz CA, Boateng GO, Graaf G, et al. Sex differences in the association between sexual violence victimization and suicidal behaviors among adolescents. *J Affect Disord Rep*. 2020;1(September):100011.
38. Mamo D, Parellada A, Rose G, Sierra SP, Thorsell S. THE INDIGENOUS WORLD 2023. 2023. 720 p.
39. Tereucán Angulo J, Briceño Olivera C, Gálvez-Nieto JL, Hauri Opazo S. Identidad étnica e ideación suicida en adolescentes indígenas. *Salud Publica Mex*. 2017;59(1):5–6.
40. Unicef. Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. *Crc/Gc/2001/1*. 2001;1–350.
41. Cruz Pérez O, Lara García GA. Problemáticas psicosociales en adolescentes de una comunidad indígena de Chiapas, México. primera ed. Mntebello. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México: UNICACH; 2015. 132 p.
42. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav*. 2016;46(3):352–62.
43. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Direct medical costs of suicide attempts by patients in Columbia's Antioquia Mental Hospital. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2020;42:1–8.
44. Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(10):1489–99.
45. Ceren J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(2):529–34.
46. Vázquez García A. Evaluación del Riesgo Suicida Tamizaje ASQ MODORIS PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. Mexico City; 2022 Jan.
47. Soto-Sanz V, Castellví P, Piqueras JA, Rodríguez-Marín J, Rodríguez-Jiménez T, Miranda-Mendizabal A, et al. Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behaviour in young people: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(1):5–19.

48. Zhao Y, Montoro R, Igartua K, Thombs BD. Suicidal Ideation and Attempt Among Adolescents Reporting “Unsure” Sexual Identity or Heterosexual Identity Plus Same-Sex Attraction or Behavior: Forgotten Groups? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(2):104–13.
49. Johnstone OK, Marshall JJ, McIntosh LG. A Review Comparing Dialectical Behavior Therapy and Mentalization for Adolescents with Borderline Personality Traits, Suicide and Self-harming Behavior. *Adolesc Res Rev*. 2022;7(2):187–209.
50. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(12):1358–67.
51. Baiden P, Tadeo SK. Investigating the association between bullying victimization and suicidal ideation among adolescents: Evidence from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Child Abuse Negl*. 2020;102(February):104417.
52. Hughes MA, Knowles SF, Dhingra K, Nicholson HL, Taylor PJ. This corrosion: A systematic review of the association between alternative subcultures and the risk of self-harm and suicide. *British Journal of Clinical Psychology*. 2018;57(4):491–513.
53. Zhou H, Xian W, Zhang Y, Yang Y, Fang W, Liu J, et al. Suicide among cancer patients: adolescents and young adult (AYA) versus all-age patients. *Ann Transl Med*. 2019;7(22):658–658.
54. Chen PJ, MacKes N, Sacchi C, Lawrence AJ, Ma X, Pollard R, et al. Parental education and youth suicidal behaviours: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022;31.
55. Srivastava A, Rusow J, Schragger SM, Stephenson R, Goldberg JT. Digital Sexual Violence and Suicide Risk in a National Sample of Sexual Minority Adolescents. *J Interpers Violence*. 2023;38(3–4):4443–58.
56. Randall JR, Nickel NC, Colman I. Contagion from peer suicidal behavior in a representative sample of American adolescents. *J Affect Disord*. 2015;186:219–25.
57. Epstein S, Roberts E, Sedgwick R, Polling C, Finning K, Ford T, et al. School absenteeism as a risk factor for self-harm and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(9):1175–94.