

Anna Benach Gil
Claudia Sánchez Marín

**“PREVENCIÓ I DETECCIÓ DE LA IDEACIÓ SUÏCIDA A LES AULES: UNA
REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA”**

Projecte de Fi de Grau
Dirigit per Heidi Bartel Rodríguez-Maribona

Departament d’Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2019

Agraïments

El present treball d'investigació ha estat realitzat sota la supervisió de Heidi Bartel, a qui volem agrair profundament, per fer possible la realització d'aquest treball. Gràcies als seus coneixements, la seva dedicació, temps i paciència, aquest treball és la millor versió que podia arribar a ser.

També agrair a les nostres famílies, en especial a les nostres mares, per ser un suport incondicional en tot moment, ajudar-nos, i recolzant-nos durant tota aquesta trajectòria a ser les professionals que serem en breus. Us ho mereixeu tot.

La realització d'aquest Grau d'Infermeria, ens ha donat l'oportunitat i el luxe de conèixer persones meravelloses que ara han passat a formar part de la nostra vida. A tots ells, també us donem les gràcies, per ser com sou i per com ens feu ser.

I per últim, agrair als nostres amics més propers, els quals han viscut ben de prop els moments més durs, i sempre han sigut allà per oferir-nos un somriure o una paraula càlida.

ÍNDIX

RESUM/RESUMEN/ABSTRACT	7
1. INTRODUCCIÓ	13
2. OBJECTIUS.....	19
2.1. Generals	19
2.2. Específics	19
3. METODOLOGIA	21
3.1 Criteris d'inclusió.....	21
3.2 Criteris d'exclusió.....	22
4. RESULTATS I DISCUSSIÓ	23
4.1 Factors de risc de la ideació suïcida en l'adolescència	34
4.1.1 Gènere, edat i diversitat sexual	34
4.1.2 Abús sexual i relacions primerenques	36
4.1.3 Entorn social de l'adolescent	37
4.1.3.1 L'entorn familiar.....	37
4.1.3.2 Relacions interpersonals	39
4.1.4 Rendiment escolar.....	40
4.1.4.1 Bullying i cyberbullying	41
4.1.5 Salut mental	43
4.1.5.1 Depressió.....	44
4.1.5.2 Ansietat	44
4.1.5.3 Tèptatives prèvies	45
4.1.5.4 Consum de substàncies	46
4.1.5.5 Desesperança.....	47
4.1.5.6 Trastorns de la conducta alimentaria.....	47
4.1.5.7 Hiperactivitat	48
4.2 Eines/instruments de valoració de la ideació suïcida	48
4.2.1 Escala Paykel de ideació suïcida (Paykel Suicide Scale)	48
4.2.2 Escala de pensaments i conductes autolesives, adaptació espanyola de la SITBI.	49

4.2.3 Qüestionari de capacitats i dificultats (strengths and difficulties questionnaire, SQD)	49
4.2.4 Índex de Benestar Oersonal - versió escolar (personal wellbeing index-school children).....	50
4.2.5 BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II)	51
4.2.6 Youth Self Report (YSR).....	51
4.2.7 Adaptació espanyola del Coping Responses Inventory-Youth (CRI-Y) de Koos	52
4.2.8 Qüestionari de Cyrerbullying Breu (CB).....	52
4.2.9 Qüestionari de Consum de Substàncies Modificat - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	53
4.2.10 Versió espanyola de l'inventari clínic per adolescents de millon (millon adolescent clinical inventory, MACI).....	54
4.2.11 Qüestionari global school-based stuent health survey -GHHS-.	54
4.2.12 Young's Diagnostic Questionnaire (YDQ).....	55
4.2.13 Screener sum version del juvenile victimization questionnaire ..	55
4.3 Paper de la infermeria en el suïcidi adolescent	56
5. CONCLUSIONS	65
6. BIBLIOGRAFIA	69
ANNEXOS	75

RESUM

Introducció: El suïcidi és un problema de salut pública important en l'àmbit global, situant-se com una de les principals causes de mort en l'adolescència a l'Estat Espanyol. No obstant la rellevància del problema en aquesta etapa de la vida especialment vulnerable, al nostre territori no és possible trobar cap protocol específic dirigit a l'abordatge d'aquest fenomen a l'adolescència. La infermera d'Atenció Primària dintre dels programes de prevenció i promoció de la salut a les escoles, es situa com el professional idoni per detectar de forma precoç la ideació suïcida evitant un desenllaç fatal i hauria de disposar d'eines que li permetin identificar i valorar la presència de factors de risc.

Objectiu: Identificar els factors de risc i les eines de valoració de la ideació suïcida més adequades perquè la infermera d'Atenció Primària pugui aplicar-les a la població adolescent i així detectar la ideació i el risc de suïcidi a les aules i/o consulta.

Metodologia: Es duu a terme una recerca bibliogràfica a les bases de dades MEDES, Pubmed, Cuiden i Cinahl utilitzant les paraules clau: *"suicidio"*, *"adolescencia"*, *"riesgo"*, *"enfermeria"*, *"enfermera escolar"* i *"ideación suicida"*. S'obtenen un total de 21 articles que compleixen els criteris d'inclusió.

Resultats: Els estudis indiquen la presència de diversos factors de risc destacant dintre d'aquests els aspectes relacionats amb la salut mental, la presència d'abús sexual i les relacions primerenques, entre d'altres. En quant a les escales de valoració, el nombre més gran d'aquestes estan orientades a la detecció de la presència d'algun dels factors de risc de forma aïllada, trobant només dues escales específiques per a la valoració de la ideació suïcida. Els diferents autors assenyalen la importància del paper de la infermera tant en l'àmbit preventiu com de detecció d'aquest fenomen.

Conclusió: La identificació i coneixement dels factors de risc de la ideació suïcida i l'aplicació de les escales de valoració existents permet l'elaboració de protocols

d'abordatge del suïcidi a l'adolescència. La infermera escolar té un paper fonamental en la prevenció i detecció de la ideació suïcida en aquesta etapa raó per la qual es proposen una sèrie d'intervencions i eines, basades en la informació obtinguda a la present revisió bibliogràfica, que el professional infermer pot utilitzar a la seva pràctica.

Paraules clau: Suïcidi, adolescència, ideació suïcida, infermera escolar, infermeria, factors de risc.

RESUMEN

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública importante en el ámbito global, situándose como una de las principales causas de muerte en la adolescencia en España. No obstante la relevancia del problema en esta etapa de la vida especialmente vulnerable, en nuestro territorio no es posible encontrar ningún protocolo específico dirigido al abordaje de este fenómeno en la adolescencia. La enfermera de Atención Primaria dentro de los programas de prevención y promoción de la salud en las escuelas, se sitúa como el profesional idóneo para detectar de forma precoz la ideación suicida evitando un desenlace fatal y debería disponer de herramientas que le permitan identificar y valorar la presencia de factores de riesgo.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo y las herramientas de valoración de la ideación suicida más adecuadas para que la enfermera de Atención Primaria pueda aplicarlas a la población adolescente y así detectar la ideación y el riesgo de suicidio en las aulas y/o consulta.

Metodología: Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDES, Pubmed, Cuiden y Cinahl utilizando las palabras clave: "suicidio", "adolescencia", "riesgo", "enfermería", "enfermera escolar" e "ideación suicida". Se obtienen un total de 21 artículos que cumplen los criterios de inclusión.

Resultados: Los estudios indican la presencia de varios factores de riesgo destacando dentro de estos los aspectos relacionados con la salud mental, la presencia de abuso sexual y las relaciones tempranas, entre otros. En cuanto a las escalas de valoración, el mayor número de estas, están orientadas a la detección de la presencia de alguno de los factores de riesgo de forma aislada, encontrando sólo dos escalas específicas para la valoración de la ideación suicida. Los diferentes autores señalan la importancia del papel de la enfermera tanto en el ámbito preventivo como de detección de este fenómeno.

Conclusión: La identificación y conocimiento de los factores de riesgo de la ideación suicida y la aplicación de las escalas de valoración existentes permite la elaboración de protocolos de abordaje del suicidio en la adolescencia. La enfermera escolar tiene un papel fundamental en la prevención y detección de la ideación suicida en esta etapa por lo que se proponen una serie de intervenciones y herramientas, basadas en la información obtenida en la presente revisión bibliográfica, que el profesional enfermero puede utilizar en su práctica.

Palabras clave: Suicidio, adolescencia, ideación suicida, enfermera escolar, enfermería, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is an important public health problem in the global context, being one of the main causes of death in adolescence in Spain. Despite the relevance of the problem in this especially vulnerable stage of life, in our territory it is not possible to find any specific protocol aimed at adolescence. The Primary Care nurse within the programs of prevention and health promotion in schools is the ideal professional to detect early suicidal ideation avoiding a fatal outcome and should have tools to identify and assess the presence of risk factors.

Objective: To identify the most appropriate risk factors and assessment tools for suicidal ideation so that the Primary Care nurse can apply them to the adolescent population and detect the ideation and risk of suicide in the classroom and/or consultation.

Methodology: A bibliographic search is carried out in the databases MEDES, Pubmed, Cuiden and Cinahl using the key words: "suicide", "adolescence", "risk", "nursing", "school nurse" and "suicidal ideation". A total of 21 articles are obtained that met the inclusion criteria.

Results: The studies indicate the presence of several risk factors, highlighting within these the aspects related to mental health, the presence of sexual abuse and early relationships, among others. Regarding the rating scales, the largest number of these are oriented to the detection of the presence of some of the risk factors, finding only two specific scales for the assessment of suicidal ideation. The different authors point out the importance of the role of the nurse both in the preventive field and in the detection of this phenomenon.

Conclusion: The identification and knowledge of the risk factors of suicidal ideation and the application of the existing scales of assessment allows the elaboration of protocols to detect suicide in adolescence. The school nurse plays a fundamental role in the prevention and detection of suicidal ideation at this stage, so a series of

interventions and tools are proposed, based on the information obtained in the present bibliographic review, which the nursing professional can use in his or her practice.

Keywords: Suicide, adolescence, suicidal ideation, school nurse, nursing, risk factors.

1. INTRODUCCIÓ

El suïcidi es defineix segons la OMS en l'any 1986 com: *“Un acte amb un resultat letal, deliberadament iniciat i realitzat per el subjecte, coneixent o esperant el seu resultat letal i a través del qual pretén obtenir els canvis desitjats”*. El DSM-5 no tracta el suïcidi però sí la ideació suïcida, i ho enfoca no com a malaltia psiquiàtrica sinó com a expressió d'alguns trastorns mentals.¹

El suïcidi doncs, podria definir-se com un procés que passa per diferents etapes o expressions. La persona pot començar presentant una preocupació autodestructiva per després passar a planificar l'acte i posteriorment consumir-lo. És aquí on entra el concepte d'ideació suïcida, ja que aquesta significa l'aparició de pensaments sobre l'idea d'acabar amb la vida d'un mateix. Abans de l'acte consumat de suïcidi, existeix la ideació suïcida, circumstància especialment rellevant ja que permet realitzar una detecció primerenca d'aquesta ideació i poder implementar mesures de prevenció i tractament.²

En l'actualitat, el suïcidi se situa entre les quinze primeres causes de mort arreu del món i suposa el 50% de les morts violentes en homes i el 71% en les dones. La seva tendència és ascendent, ja que el 2012 es van donar 804.000 suïcidis a nivell mundial i s'estima que el 2020 la xifra de suïcidis consumats serà de 1.530.000.^{3,4}

A l'any 2012 es van comptabilitzar a nivell Europeu 200.000 suïcidis, convertint-se així en la primera causa de defunció del grup d'edat compost dels 15 als 29 anys⁵. I sense moure'ns d'Europa, es van registrar 10,91 morts per 100.000 habitants degudes a suïcidi en l'any 2015.⁶

Segons dades de l'any 2016, les més recents de l'Institut Nacional d'Estadística a Espanya es van suïcidar 10 persones al dia amb una diferència de sexes important sent els homes (74,60%) amb més prevalença que les dones (25,40%). Van haver-hi 3569 casos de suïcidi, 3 de cada 4 sent homes i 1 de cada 4 dones. La taxa de suïcidi d'aquest any és de 7,46 per 100.000 habitants.

Cada any entorn de 600.000 adolescents d'entre 14 i 28 anys es suïciden arreu del món, sent els països europeus els que més formen part d'aquest fenomen⁷.

Si s'indaga en les franges d'edat descobrim que el nombre de suïcidis en menors de 15 anys és de 12 casos, i en la franja d'edat de 15 a 29 anys és de 247 casos. En aquesta última franja d'edat esmentada, la tercera causa de mort és el suïcidi⁵, i entre els 15 i 19 anys forma part de una de les cinc primeres causes⁸. La tasa es de 0,17 i 3,47 per cada 100.000 habitants respectivament. Segons l'OMS, que utilitza una altre classificació de grups d'edat, a Espanya van haver 1,5 suïcidis per 100.000 persones en la franja d'edat de 10 a 19 anys, sent superior la taxa en els nens que en les nenes en relació de dos a un.³

Si ens centrem en l'àmbit català, les dades reflexen que al 2016, la tasa de suïcidis general va ser de 6.75 casos per 100.000 habitants⁹ i a l'any següent, al 2017, van produir-se 504 suïcidis¹⁰. No ha sigut possible trobar dades envers a les etapes de la infància i l'adolescència a l'àmbit català.

Aquestes dades reflecteixen la gran magnitud d'un problema que la mateixa OMS, ha volgut integrar dins del Pla d'acció de 2013-2020 de salut mental, amb l'objectiu de reduir en un 10% els índex de suïcidi.¹¹

Des del Departament de Salut de Catalunya i concretament en el Pla de Salut 2016-2020, els objectius al respecte del suïcidi van encaminats a reduir les taxes per sota de les de l'any 2010, taxes que malauradament no han sigut sensibles a les intervencions realitzades els darreres anys i que han pogut reduir-se al pla de salut anterior. També es proposa la instauració a tot el territori del denominat Codi Risc de Suïcidi per aconseguir que almenys un 80% dels casos que entren al programa siguin seguits de manera efectiva amb visites programades després de ser donats d'alta i conseqüentment valorats per professionals.¹²

Suïcidis per sexe i províncies any 2017							
	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Catalunya	Espanya	% Cat/Esp
Total	357	61	27	59	504	3.679	13,8
Homes	256	47	21	50	374	2.718	13,7
Dones	101	14	6	9	130	961	13,5

Taula 1. Registre dels suïcidis per sexe i províncies a l'any 2017. Font: Institut d'estadística de Catalunya.

El Codi Risc de Suïcidi com l'única eina estipulada per abordar aquestes situacions, comprèn actuacions assistencials i preventives que estan adreçades a persones que, al posar-se en contacte amb el sistema sanitari, presentin un risc suïcida. L'objectiu principal és assegurar una continuïtat de l'assistència després de que una persona hagi estat atesa per haver dut a terme conductes suïcides i així evitar i prevenir la seva repetició.¹³

Una aproximació al tema ens mostra l'existència d'una gran quantitat d'informació sobre el suïcidi, però la majoria d'aquesta està centrada en la població adulta. Com ja s'ha mencionat, l'etapa infantil i adolescent no està lliure de la presència de suïcidi, i no obstant el estudis i publicacions disponibles estan centrats majoritàriament en l'etapa de l'adulthood com s'ha remarcat anteriorment.

Respecte a les guies de pràctica clínica, la Guia de Prevenció i Tractament de la conducta suïcida, elaborada pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat està focalitzada principalment a la persona adulta, si bé tracta en alguns dels seus apartats la conducta suïcida en la infància i l'adolescència i remarca la importància de la prevenció i de la detecció de la ideació suïcida. També incideix en que no hi ha cap programa implementat de prevenció dirigida a adolescents amb risc de suïcidi.¹⁴

Per tant, és evident que el suïcidi és un problema de salut pública. Si ens referim a la etapa adulta podem observar que hi han mesures adients, sobretot en el seguiment de persones en risc de conducta suïcida. Però quan ens endinsem en el món de l'adolescència i la infància la cosa canvia i està clar que aquest col·lectiu queda més

desemparat i no hi han programes implementats per poder detectar i prevenir aquest tipus de conducta.

La manca de bibliografia sobre el suïcidi en l'etapa infantil és atribuïda per alguns autors al fet de que els nens menors de cinc anys, en general, no són capaços de distingir la vida de la mort. Per aquesta raó, neguen el seu caràcter irreversible, equiparant-ho a un viatge o a un somni. Els d'entre cinc i nou anys ja reconeixen la mort, però la personifiquen, és a dir, la consideren una mena de “alguna cosa dolenta que et pot atrapar”. Per tant, ho entenen com un estat evitable i que es pot alternar amb la vida, la qual cosa fa que no siguin conscients de que es un fet que implica el fi de la vida per sempre. Només després dels nou anys serà quan el nen entengui la mort com a un procés inevitable i universal, procés del qual el resultat serà el final de la vida corporal.¹⁵

No obstant això, l'etapa de l'adolescència és entesa per si sola com un factor de risc, a causa dels mateixos canvis que es produeixen dins d'aquesta etapa com són encarar molts canvis en un curt espai de temps, descobriment personal, etc. Igualment, és en aquesta etapa en la qual l'escola apareix com un dels espais més adients junt amb el de l'entorn familiar per desenvolupar accions preventives com el reconeixement precoç del nen i joves en situació d'aflicció o amb un alt risc de suïcidi, abordatge que s'ha de fer des de la involucració d'un equip pluridisciplinar i integrat dintre dels centres escolars.¹⁶

Aquí entra en joc la infermera escolar i el seu important paper, no només en la promoció i prevenció de la salut, sinó també com a professional idoni per a la detecció proactiva de conductes de risc i per suposat de la ideació suïcida.

La infermera escolar a Espanya, porta més de tres dècades exercint la seva tasca amb infants i joves, inicialment en Centres d'Educació Especial i, posteriorment, i després de successives legislacions al respecte, en Escoles Infantils, col·legis d'infantil, Primària i Secundària, tant públics com privats i concertats. La infermera en els centres educatius, integrada en la comunitat educativa, és un valor afegit, eficaç i eficient que juntament amb l'equip docent, treballa per normalitzar la vida diària del

nen amb necessitats educatives especials i malalties cròniques i fomenten hàbits de vida saludables a tota la població escolar i comunitat educativa.¹⁷

L'Associació Catalana d'Infermeria i Salut Escolar (ACISE), té estipulades les directrius sobre les funcions d'infermeria i salut escolar. Aquestes es van consensuar a nivell de l'Estat Espanyol a Gandia el 30/10/2009, durant el II Congrés Nacional d'Infermeria i Salut Escolar.¹⁸

Des d'Atenció Primària (AP), la infermera és capaç de detectar la ideació suïcida mitjançant el coneixement dels factors de risc que engloben el suïcidi i d'eines per detectar la pròpia ideació.

Dintre dels protocols que la infermera d'atenció primària duu a terme, es pot trobar el relatiu a les Activitats Preventives i de Promoció de la Salut a l'Edat Pediàtrica. En aquest protocol es tracta molt breument el suïcidi indicant com a senyal d'alarma les idees de suïcidi o pensaments persistents sobre la mort en l'etapa escolar dels 6 als 12 anys i ho segueix considerant una senyal d'alarma en la pubertat i l'adolescència, dels 12 als 14 anys.¹⁹

És un protocol molt elaborat i molt extens i tot i així el suïcidi és mínimament tractat. No s'hi exposen eines de detecció ni factors de risc que puguin ajudar a la infermera a detectar la ideació suïcida en aquell infant o adolescent.

Per tant queda evidenciat, no tan sols l'envergadura del problema de salut que representa el suïcidi adolescent, sinó també que infermeria d'Atenció Primària té un paper fonamental en la detecció primerenca de la ideació suïcida i que ha de disposar d'una guia d'actuació i de les eines necessàries per poder realitzar aquesta detecció de forma eficaç, ja sigui a la consulta del Centre d'Atenció Primària (CAP) o sigui dintre dels programes de Salut Escolar, justificant la pertinença i rellevància de la present recerca.

Sorgeixen doncs, els interrogants als que es pretén donar resposta amb aquesta investigació: quins son els factors i símptomes que propicien aquesta ideació suïcida i quins instruments de valoració pot utilitzar la infermera escolar per a detectar-los.

També és important comentar que la manca d'informació sobre com abordar el tema crea als professionals un cert estigma enfront a aquestes situacions, per això és important fer una recerca sobre què és el que s'ha de tindre en compte per poder tant detectar casos com evitar-los.

2. OBJECTIUS

2.1. GENERALS

1. Identificar els factors de risc i les eines de valoració de la ideació suïcida més adequades perquè la infermera d'Atenció Primària pugui aplicar-les a la població adolescent i així detectar la ideació i el risc de suïcidi a les aules i/o consulta.

2.2. ESPECÍFICS

1. Identificar l'eina de valoració més adient per que la infermera d'atenció primària l'utilitzi.
2. Elaborar propostes per al personal d'infermeria aplicables a les aules per a la detecció i la prevenció de la ideació suïcida.

3. METODOLOGIA

La recerca es va portar a terme durant els mesos de novembre i desembre de 2018 i es va elaborar a través de les bases de dades MEDES, Pubmed, Cuiden i Cinahl.

El motiu de l'elecció d'aquestes bases de dades va ser que aquestes són d'accés lliure, internacional i enfocades a la salut. A part d'això, en altres bases de dades com poden ser Cochrane, es van trobar exactament els mateixos resultats i van haver-hi d'altres que es van descartar per no ser adients així que es va decidir acotar i fer-la a través de les anteriorment mencionades.

A cada una de elles es va utilitzar el mètode de recerca avançada en el qual es van fer servir combinacions de diversos descriptors com són: “suicidio”, “adolescencia”, “riesgo”, “enfermeria”, “enfermera escolar” i “ideación suicida”, incloent a cadascuna d'elles l'operador booleà AND per unir-les.

Per a la recerca a la base de dades de Pubmed es va realitzar la traducció dels descriptors/paraules clau mitjançant un instrument de control terminològic, vocabulari estructurat i trilingüe anomenat Descriptors en Ciències de la Salut (DeCS) que tradueix les 15 categories del Medical Subjects Headings (MeSH) més la categoria de Salut Pública i Homeopatia.

Els criteris emprats per a la selecció dels articles van ser els següents:

3.1 CRITERIS D'INCLUSIÓ

- Elecció de documents primaris (llibres, revistes científiques, articles, tesis doctorals, revisions bibliogràfiques) en castellà, català i anglès.
- En un inici es va fer una recerca amb el límit dels 5 últims anys, però a causa dels escassos resultats que es van obtenir es va decidir ampliar-la a 10 anys. (2009-2019)

- Que abarquin l'adolescència.^a
- Mostra que es centri en els adolescents d'ambdós sexes.

3.2 CRITERIS D'EXCLUSIÓ

- Documents que no estiguin centrats en el període de l'adolescència.
- Documents als que l'accés al text complet ha sigut dificultós.

Un cop acotada la recerca d'informació, es va realitzar una primera lectura dels títols i resums escollint els que complien tots els criteris d'inclusió. De la recerca realitzada es van seleccionar articles i es van eliminar els duplicats.

a. Segons la OMS, l'adolescència és el període de creixement i desenvolupament que es produeix entre la infància i l'edat adulta, entre els 10 i els 19 anys.

4. RESULTATS I DISCUSSIÓ

Dels 195 documents que van sorgir de les diferents recerques, es van seleccionar un total de 38 articles, dels quals després de realitzar la lectura crítica d'aquests de manera íntegra es van acabar seleccionant un total de 21 que es mostren a la següent taula, i on es pot observar la recerca que es va utilitzar en cada base de dades amb les combinacions dels descriptors mencionats a la metodologia.

Taula 1. Recollida dels documents seleccionats.

Base de dades	Estratègia de recerca	Resultats	Seleccionats
MEDES	Suicidio AND adolescencia AND enfermeria	1	1
MEDES	Ideación suïcida AND adolescència	13	8
MEDES	Suicidio AND adolescencia AND riesgo	16	6
MEDES	Suicidio AND adolescència	25	0
MEDES	Suicidio AND enfermera AND escolar	1	0
PUBMED	Suicide AND adolescence AND suïcidal ideation AND Spain MESH Terms	19	1
CUIDEN	Suicidio AND adolescencia AND enfermeria	8	1
CUIDEN	Suicidio AND adolescencia AND riesgo	8	0
CUIDEN	Suicidio AND adolescència	34	0
CUIDEN	Suicidio AND enfermera AND escolar	0	0
CINAHL	Suicidio AND adolescencia AND	1	1

	enfermeria		
CINAHL	Suicide AND adolescent AND nurses	60	2
CINAHL	Suicidio AND adolescencia AND riesgo	3	1
CINAHL	Suicidio AND adolescència	6	0

Taula 2. Descripció dels articles seleccionats.

Autor (s) i data de publicació	Nom de l'article	Tipus de document	Edat i mida de la mostra	Resultats
Constanza S, Carmona J. 2018	<i>Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes</i>	Article de revisió bibliogràfic	-	Exposa que el risc de suïcidi en menors no escolaritzats és major. També ens dona informació sobre els factors relacionats amb la conducta suïcida. Aquests s'agrupen en quatre camps, que són: les emocions negatives i els factors estressants, les interaccions familiars, de parella i interpersonals, factors biopsicosocials i problemes laborals i de desigualtat social.
Garcia J, Garcia H et al. 2018	<i>Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio.</i>	Article de la revista Asociación Española de Neuropsiqu	-	Presenta dues perspectives de comprensió clínica del suïcidi: l'enfoc biomèdic i el contextual-fenomenològic. Aporta factors de risc útils per la recerca com són la pròpia adolescència i el ser

		iatría		membre del col·lectiu LGBT.
Sánchez M, Pérez A et al. 2018	<i>Ajuste emocional y comportamental en una muestra de adolescentes españoles.</i>	Estudi quantitatiu	Adolescents entre 14 i 19 anys. Mostra de 1664 participants de la Rioja (Espanya).	Van utilitzar diverses escales que van demostrar que aquells adolescents que refereixen grans problemes emocionals i de comportament informen de major ideació suïcida, més comportaments d'assetjament escolar (tant víctima com agressor) i major consum de tabac i cànnabis.
Rajamohan S, Sharkey P, Heavey, E. 2018	<i>Therapeutical approaches for suicidal adolescents</i>	Article de revista	-	Explica quins són els mètodes que els adolescents solen utilitzar per intentar suïcidar-se. Descriu els signes i símptomes de la depressió i els factors de risc de la ideació suïcida. També explica com afecten les xarxes socials a aquest fet i les intervencions recomanades per la infermera.
Villar-Cabeza F et al. 2018	<i>Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suïcida</i>	Estudi descriptiu transversal	Una mostra de 75 adolescents. Un 78,7% eren noies i un 21,3% nois. Amb una edat mitja de 14,84 anys (D=1,39) i un	L'estudi va extreure dos factors; un perfil externalitzant (72% dels casos) i l'altre internalitzant (28% dels casos). El perfil externalitzant és més propens a tenir ideació suïcida, i és el que la majoria d'adolescents presenta. Aporta percentatges sobre quins van ser els mètodes d'intents de

			rang d'entre 12 i 17 anys.	suïcidi de la mostra.
Bousoño M, Al-Halabí, 2017	<i>Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes</i>	Estudi epidemiològic, observacional, descriptiu i transversal	La mostra està composta per 1.026 subjectes en edat escolar. (51,66% nens, 48,34% nenes) D'una edat d'entre 14 i 16 anys amb una DT de 0,70. Eren de 12 centres educatius públics d'Oviedo, Gijón i Avilés.	Demostra una prevalença alta d'ús i abús de substàncies, d'internet i de psicopatologies en adolescents. A més, les temptatives suïcides prèvies, l'ús desadaptatiu o patològic d'internet, la presència de síndromes depressius, el consum d'alcohol i els problemes amb els companys són variables que prediuen la ideació suïcida.
Chamorro V. 2017	<i>La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detención del acoso escolar.</i>	Revisió bibliogràfica	-	Es va trobar que un factor de risc important era la falta de comunicació entre l'adolescent i els seus familiars directes. Els autors destaquen la importància de la figura de infermeria en l'àmbit escolar ja que es podria prevenir aquest tipus d'assetjament i consegüentment

				els intents suïcides per aquest principal motiu. Els docents també tenen un paper important per crear un clima positiu i adequat a l'aula i també per la detecció de casos.
Fonseca Pedrero E, Incahusti F. 2017.	<i>Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles</i>	Estudi quantitatiu	Una mostra de 1.664 participants (M = 16,12 anys; rang 14-19 anys)	L'estudi mostra que el 4,1% de la població estudiada havia intentat acabar amb la seva vida en l'últim any. Demostra que la ideació suïcida és present en la població adolescent i s'associa a un pitjor benestar emocional subjectiu i a problemes comportamentals i emocionals. Un 6,9% de la mostra va referir un nivell d'ideació suïcida que es considera elevat (puntuació de PSS de 4 o més).
Varela Basteiro O, Serrano Troncoso. 2017	<i>Ideación suicida y conductes autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria</i>	Estudi quantitatiu	Mostra de 109 pacients (M: 14,74 anys (DT:1,53); 87,2% dones)	Els adolescents amb TCA presenten més ideació suïcida que els que no pateixen aquest trastorn, amb una dada del 43,1% d'adolescents amb TCA que la presenten. Que l'adolescent presenti ideació suïcida no té relació amb que presenti també autolesions.
Victorio A, Tomás L.	<i>Prevención de conductas</i>	Revisió narrativa a	Articles amb diverses	La identificació dels factors de risc és important per la prevenció del

2017	<i>suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo.</i>	partir d'una recerca bibliogràfica.	mides de mostra (de 32 fins a 12.424) d'edats entre 10-19 anys d'adolescents espanyols.	suïcidi. L'afectació de les relacions familiars, els problemes escolars, ruptura de parella o que els pares s'oposin, i la depressió, poden donar lloc a conductes suïcides.
Carpio M ^a L, Redondo M ^a J et al. 2016	<i>Mortalidad e ingresos hospitalarios por violencia de los menores de 15 años en la Comunidad Valenciana (2007-2011)</i>	Estudi observacional, quantitatiu i retrospectiu.	Nens i nenes menors de 15 anys atesos a diversos hospitals de la Comunitat Valenciana per violències de el 2007 al 2011.	Els ingressos produïts per lesions autoinfligides van ser dos vegades majors que els produïts per agressions. Només el 17% dels ingressos per autoagressió tenien un diagnòstic psiquiàtric, el que fa pensar en un infradiagnòstic de la salut mental infantil. Factors de risc van ser el maltractament físic i abusos sexuals. Es van registrar 6 casos de suïcidi en nens de 10 a 14 anys, (més nens que nenes) per penjament, estrangulació i sufocació, i saltar des de un lloc elevat.
Morgan L. 2016	<i>Prevention starts with awareness.</i>	Article de la revista: National Association of School Nurses	-	El risc de suïcidi és significativament més alt (4 vegades més) en adolescents adoptats en front als que no ho són. Dóna informació sobre els factors de risc dels adolescents en general i dels que són adoptats.

				Utilitza la Brief Screen for Adolescent Depression (BSAD) per la detecció precoç de la depressió que s'ubica dins del programa de prevenció The Signs Of Suicide (SOS). La infermera té un paper molt important en la detecció i la prevenció d'aquests casos.
Riverón LJ, Velázquez RE. 2016	<i>Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas</i>	Article de revisió científica	-	Mostra diferents factors de risc a través de la revisió de diferents estudis. També parla de símptomes i de conducta. Informa de diferents tipus de prevenció en els quals s'inclou el tractament en l'àmbit escolar.
González A, Pereda N. 2015	<i>Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual</i>	Revisió sistemàtica de 16 estudis.	-	Relaciona a les víctimes d'abús sexual amb la alta freqüència d'ideació suïcida. Parlant de xifres, les víctimes d'abús sexual infantil tenen entre 2 i 3 vegades més risc de tindre ideació suïcida i entre 3 i 4 vegades més risc de intent de suïcidi.
Margarit A, Martinez L et al. 2015	<i>Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes</i>	Estudi quantitatiu retrospectiu	Adolescents d'entre 12 i 18 anys. Mostra de 241 pacients amb	Mostra que la temptativa de suïcidis en adolescents es més freqüents en dones i majoritàriament és a causa d'un acte impulsiu. Patologia

	<i>atendidos en Urgencias.</i>		temptativa suïcida visitats a un SUP de Barcelona entre el 2008 i 2012. Un 84,2% noies.	psiquiàtrica prèvia (sobretot depressió), antecedents familiars de suïcidi o temptatives prèvies són clars factors de risc.
Picazo-Zappino J. 2014	<i>El suicidio infanto-juvenil: una revisión</i>	Revisió bibliogràfica	-	Destaca com a factors de risc de la ideació suïcida: la depressió, la desesperança, la família problemàtica, el consum de substàncies tòxiques, malestar amb els pares, fracàs escolar amb pressió acadèmica, insatisfacció corporal, canvis de residència freqüents, desregulació afectiva, impulsivitat, trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, nivell econòmic baix, malalties cròniques, vivències traumàtiques (bèl·liques, abusos sexuals i maltractament físic) i els conflictes amb l'identitat sexual. Incideix amb la importància de no subestimar les autolesions.
Díaz de Neira M, García R, et	<i>Prevalencia y funciones de los pensamientos y</i>	Estudi quantitatiu	Un total de 267 adolescents	Es va trobar que de la mostra, un 20% presentaven ideació suïcida i un 4,5% intents de suïcidi.

al. 2013	<i>conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental.</i>		d'entre 11 i 18 anys de consultes externes de salut mental de Madrid.	Es va utilitzar la Escala de Pensamientos y Conductas Autolesivas (avalua la presència, freqüència i característiques de la ideació, planificació, gestos, intents de suïcidi i autolesions sense intenció suïcida), la qual permet obtenir informació clau per la intervenció clínica.
Soler L, Segura A et al. 2013.	<i>Polyvictimization and Risk for Suicidal Phenomena in a Community Sample of Spanish Adolescents</i>	Estudi quantitatiu	Una mostra de 923 adolescents d'entre 14 i 18 anys. Amb una edat mitja de 15,70 i una desviació de 1,2. Un 62,7% eren noies.	És un estudi en el qual els adolescents contesten un qüestionari específic per la victimització i estudien la relació entre la victimització soferta i la ideació suïcida i les autolesions. Mitjançant els tests aplicats, un 12,7% van indicar comportaments autolítics i un 7,8% van indicar ideació suïcida. També indica que els nois que presenten ideació suïcida tenen 3.5 vegades més risc de desenvolupar conductes autolítiques, mentre que per les noies això suposa un risc de 7,5 vegades més. Dels adolescents que van presentar ideació suïcida, un 75% també van presentar autolesions.
Carvajal G, Caro CV.	<i>Familia y escuela:</i>	Article de la revista	-	Dóna molta importància a la prevenció a causa de que la

2012	<i>escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería.</i>	<i>Avances en enfermería</i>		ideació suïcida a la adolescència augmenta la probabilitat de patir alteracions de salut mental. Els professionals de infermeria juguen un rol clau en la valoració, el maneig i la cura de les persones amb conducta suïcida. Molts signes d'alarma es confonen amb la conducta pròpia de l'edat, el que endarrereix la detecció precoç. L'escola i la família es presenten com dos escenaris de gran importància per a la prevenció, intervenció i aproximació dels professionals.
Kirchner T, Ferrer L et al. 2011	<i>Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento</i>	Estudi quantitatiu	Mostra de 1.171 estudiants de ESO (Ensenyança secundària obligatòria). Edat de la mostra: entre 12 i 16 anys.	Els resultats d'aquest estudi són que la prevalença del pensament suïcida de la mostra és del 12,5%. Relacionat amb l'edat, la ideació suïcida incrementa a mesura que aquesta augmenta. L'estratègia de descàrrega emocional com a forma d'afrontar els seus problemes és la més utilitzada tant per els nois com per les noies que reporten ideació suïcida. A més a més, utilitzen més estratègies d'evitació. També explica que la ideació suïcida va molt lligada a conductes autolesives, ja que un 58% dels adolescents que havien

				referit ideació suïcida han referit també conductes autolesives.
Martínez-Ortega JM. 2011.	<i>Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio</i>	Article de revista	-	Explica que l'associació entre el consum de cànnabis i el suïcidi pot estar influenciat per nombrosos factors de confusió com són: l'existència d'un trastorn psiquiàtric, determinants trets de personalitat, factors sociodemogràfics, vulnerabilitat genètica i consum d'altres substàncies addictives com el tabac. Consumir cànnabis augmenta en 4 el risc de patir depressió.

Posteriorment a analitzar cadascun dels documents descrits a la Taula 2, la informació obtinguda dels mateixos es van agrupar en diferents epígrafs:

4.1 Factors de risc.

4.2 Eines de valoració de la ideació suïcida.

4.3 Rellevància del paper d'infermeria en la detecció de la ideació suïcida.

Alguns dels articles, per les seves característiques, han estat classificats en més d'un epígraf, ja que abasten diversos punts a tractar. A continuació, es presenten els aspectes més rellevants dels articles seleccionats per a la revisió, els quals es troben dividits en els tres blocs esmentats anteriorment.

4.1 FACTORS DE RISC DE LA IDEACIÓ SUÏCIDA EN L'ADOLESCÈNCIA

4.1.1 GÈNERE, EDAT I DIVERSITAT SEXUAL

El gènere de l'adolescent implica diferències en el risc que aquests presenten envers la possibilitat de patir ideació suïcida, així ho fan saber varis autors^{20,21,22,23,24} amb diferències en quant a la prevalença, a la ideació i a les temptatives.

Centrant-nos en la ideació suïcida i en els nois, Margarit, Martinez²² en el seu estudi obté dades que revelen que els homes presenten ideació suïcida més estable i constant que les dones. En quant a les noies, aquestes presenten percentatges més alts en la ideació suïcida. Fonseca Pedrero et al²⁰ obté resultats que indiquen que la ideació suïcida és més present en noies que en nois. S'afegeix Bousoño et al²¹ estudiant el percentatge d'adolescents que presenten ideació suïcida, i aquests són que un 6,98% dels nois i un 8,06% de les noies en presenten. En un altre estudi de Soler et al²⁴, es conclou que les noies presenten un 18,92% d'ideació suïcida envers un 7,06% dels nois. En aquest mateix estudi, l'autor analitza el risc que l'adolescent presenta, segons el gènere, d'autolesionar-se si presenta ideació suïcida, i aquest risc es veu incrementat 3,5 vegades en nois i 7,5 vegades en noies.

Segons Margarit, Martinez²² i endinsant-se en els intents de suïcidi, el sexe masculí utilitza mètodes més violents a l'hora de realitzar l'intent. També comenta que presenten més trastorns antisocials i abusos de substàncies. Aquest fet podria concordar amb el que afirma Bousoño et al²¹ en el seu estudi, el qual revela que els homes presenten més temptativa prèvia de suïcidi que les dones, amb percentatges de 4,23% i 2,08% respectivament. Un altre autor, Carpio Gesta et al²³ en el seu estudi sobre la tipologia de morts dels menors de 15 anys que arribaven a urgències, centrant-se en les violentes i dividint-les en agressions i autoinflingides, conclou que tots els suïcidis es van produir en la franja d'edat entre 10 i 14 anys, succeint en nens 4,75 vegades més que en nenes. Per últim, Fonseca Pedrero et al²⁰ obté resultats que també assenyalen que els nois presenten més temptativa prèvia que les noies.

Es conclou doncs, després de totes les aportacions dels autors, que les temptatives de suïcidi són més prevalents en nois que en noies, i que en canvi la ideació suïcida és més prevalent en noies que en nois.

Encara que només dos autors relacionen el suïcidi amb l'edat,^{23,25} aquests són de gran pes ja que els seus estudis abarquen una gran quantitat de mostra, el primer de 1.771 estudiants i el segon que es tracta d'un estudi observacional, quantitatiu i retrospectiu d'una duració de 4 anys. El primer autor, Kirchner et al²⁵ observa en el seu estudi que a mesura que incrementa l'edat de l'adolescent, la presència d'ideació suïcida també ho fa. Esmenta que l'edat de més risc està entre els 14 i els 16 anys. Per altre banda, Carpio Gesta et al,²³ parla de suïcidis directament i no de ideació suïcida, i exposa els percentatges del seu estudi. En aquest estudi revela que tots els suïcidis es van produir en la franja d'edat d'entre 10 i 14 anys.

També trobem que García, Haro et al²⁶ descriu la pròpia adolescència com un factor de risc ja que es una etapa en la que han d'afrontar i resoldre una col·lecció de tasques evolutives que dicta la nostra societat com pot ser la formació de la identitat i l'elecció d'un projecte de vida.

Dins d'aquesta etapa, és especialment important, les situacions d'assetjament escolar i la diversitat sexual. En quant a la diversitat sexual, és un tema en el que pocs autors han entrat.^{15,26,27} García, Haro et al,²⁶ es un dels autors que més ha aportat, argumentat que el col·lectiu LGTB (de lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals) és un dels més vulnerables actualment. Entre els problemes derivats de la vida quotidiana de les persones d'aquest col·lectiu que cometen suïcidi o ho intenten, sobresurten els següents: situacions de estigmatització, marginació, discriminació, manca de suport, assetjament i rebuig social. Aquest autor afirma que hi ha estudis que confirmen la relació entre orientació homosexual i la manifestació d'idees i conductes suïcides en l'adolescència. Això s'ha relacionat més amb l'estrès patit per aquestes persones a causa d'actituds socials homòfobes que amb la pròpia orientació sexual. En efecte, el problema no és l'orientació en si mateixa, sinó estar lluitant per fer la seva vida en un entorn hostil i sense suports. Interessa destacar les xifres que aquest autor ens aporta; els joves gais i lesbianes tenen de dues a tres

vegades més probabilitats que els heterosexuals d'intentar suïcidar-se i també, es calcula que el 30% dels adolescents (menors de 20 anys) que se suïciden cada any són membres del d'aquest col·lectiu.

4.1.2 ABÚS SEXUAL I RELACIONS PRIMERENQUES

Són diversos els autors que afirmen que l'abús sexual és un factor de risc de la ideació suïcida.^{15,22,24,26,28,29}

Solet et al²⁴ en el seu estudi, conclou que haver patit qualsevol tipus de victimització augmenta el risc de tindre ideació suïcida. Entenent com a victimització, esdeveniments que engloben des de crims convencionals com poden ser robatoris, vandalisme, atracament o segrest, fins maltractaments ja siguin físics, psicològics o emocionals i l'abús sexual en totes les seves formes. És l'únic autor que parla del fenomen "victimització" com a tal, però no és l'únic que menciona l'abús sexual. Picazo Zappino¹⁵ parla d'alguns dels conceptes de la victimització sense fer-ne referència com a tal, utilitzant el terme "vivències traumàtiques" i englobant com a factors de risc vivències bèl·liques, abusos sexuals i el maltractament físic. El maltractament físic també és mencionat per altres autors^{27,29} com a factor de risc.

Profunditzant en l'abús sexual com a factor de risc en el suïcidi, Pérez, González et al²⁸ en el seu estudi, compara tant el risc d'ideació suïcida com el risc d'intent de suïcidi, amb el risc de menors que no han patit cap abús. Conclou que el fet de que l'adolescent hagués patit abusos sexuals durant algun moment de la seva vida, incrementa el risc de tindre ideació suïcida entre 2 i 3 vegades, i com a conseqüència d'aquesta ideació, augmenta el risc d'intentar suïcidar-se entre 3 i 4 vegades. Per altre banda, García, Haro et al²⁶ aporten xifres d'augment de risc diferents i enfocades des del punt de vista de les edats en les que s'ha sofert un abús sexual. Entre les edats de 4 i 12 anys, les xifres que aporten són d'un risc d'intent de suïcidi de 10,9 vegades més que els que no han patit abús sexual. Entre les edats de 13 i 19, aquest risc augmenta un 6,1 comparat amb adolescents que no n'han patit. Són xifres alertadores i a tindre en compte.

En el mateix estudi de Pérez, González et al²⁸ també es menciona que algunes de les víctimes d'abús sexual acaben consumint substàncies (53,33%), tenint baixa autoestima (40%), depressió (40%), alteracions alimentàries (33,33%), desesperança (26,76%), conducta antisocial (26,67%), conductes sexuals de risc (20%) i relacions sexuals primerenques (20%). Aquest fet, augmenta encara més el risc d'ideació suïcida ja que molts d'aquests factors també estan relacionats amb un increment de la mateixa, més endavant es profunditza més en això, a l'apartat de salut mental.

Pérez Amezcua et al,²⁹ un dels autors que forma part de la revisió d'en Victorio i Tomàs, afirma al igual que ho fan anteriors, que l'abús sexual és un factor de risc i aporta un percentatge que afirma que l'abús sexual incrementa en un 92% la ideació suïcida. Per altre banda, va identificar que l'haver tingut relacions sexuals estava significativament associat amb la ideació suïcida, en un 28% més en comparació dels que no havien iniciat la seva vida sexual. Les dones van presentar un 80% més de possibilitats d'ideació suïcida al haver iniciat de manera primerenca relacions sexuals que no pas els homes.

4.1.3 ENTORN SOCIAL DE L'ADOLESCENT

4.1.3.1 L'entorn familiar

Pel que fa a l'entorn familiar, Díaz de Neira et al³⁰ ens mostra en el seu estudi format per una mostra d'adolescents que acut a les consultes externes d'un centre de salut mental, assenyala que un 20,6% presenten ideació suïcida i troba que de la mostra total d'adolescents el 25,2% tenen mares amb antecedents psiquiàtrics, i el 9% pares amb els mateixos antecedents.

Els antecedents familiars de suïcidi és un punt en el que molts autors coincideixen. Argota Matos et al²⁹, autor citat en la revisió de Victorio i Tomás va detectar en una mostra d'adolescents els quals havien intentat suïcidar-se, que el 19,7% d'aquests presentaven antecedents familiars de suïcidi, els quals són considerats com a hereditaris. Altres autors, com Pázez et al²⁹, Cortés Alfaro²⁹ et al citats ambdós a la revisió de Victorio i Tomàs, Pizaco Zappino¹⁵ i Margarit, Martínez²² assenyalen que

els antecedents de suïcidi familiar són un factor de risc per a la ideació suïcida en l'adolescència, explicitant Picazo Zappino¹⁵ que aquest fet provoca que l'adolescent tingui un major risc de autoagredir-se, ja sigui per transmissió genètica, per herència de trastorns mentals o per compartir els mateixos factors ambientals nocius.

Com podem veure, una part substancial dels autors coincideixen en la prevalença dels antecedents familiars de salut mental com a factor de risc a tindre en compte en la població adolescent.

Igualment, dintre de l'àmbit familiar, diferents autors mencionen les problemàtiques familiars com a un factor important en el risc d'ideació suïcida durant l'etapa de l'adolescència.^{29,15,27}

Pérez Olmos et al,²⁹ autor el qual forma part del treball realitzat per Victorio i Tomás, per exemple, va observar que en la seva mostra d'adolescents que van intentar suïcidar-se, el 83,5% tenien problemes amb els pares, el 72,3% van referir que els seus progenitors tenien conflictes entre ells, el 58,8% indicava estrès a causa dels problemes familiars i el 54% referia rivalitat entre els germans. Per altre banda, Argota Matos et al,²⁹ aporta una altra xifra envers la quantitat d'adolescents que havien tingut comportaments suïcides i la relació amb la seva família; conclou que un 69,1% de les famílies dels adolescents presentaven disfuncionalitat, és a dir, relacions conflictives. Seguint amb les relacions conflictives, Pérez Amezcua et al²⁹ va obtenir en una mostra d'adolescents que també presentaven ideació suïcida que el 30% d'aquests tenien poca comunicació amb els pares.

Altres autors, no aporten xifres però si anomenen quines són les problemàtiques familiars que més risc d'ideació suïcida provoquen en l'adolescent. Cortés Alfaro et al²⁹ descriu que tindre una falta d'afecte per part dels pares, i que l'adolescent no confii en els seus progenitors són factors de risc d'ideació suïcida relacionats amb la dinàmica familiar. Picazo Zappino¹⁵ coincideix amb l'anterior autor, anomenant la falta d'afecte per part dels progenitors i a més afegeix altres aspectes com són la falta de comunicació intrafamiliar, la cohesió entre els membres de la família i les discussions.

Com podem observar, l'entorn familiar de l'adolescent influeix en el seu benestar i salut mental, doncs una gran quantitat d'adolescents que havien tingut algun intent suïcida van referir tindre problemes amb els pares, o bé una relació inestable en general amb la família.

Hi han altres situacions familiars que són mencionades de manera aïllada per dos autors diferents. Morgan³¹ afirma que els adolescents adoptats tenen quatre vegades més de possibilitats de cometre suïcidi que els adolescents biològics. Únicament Picazo Zappino¹⁵ nombra els freqüents canvis de residència i el nivell socioeconòmic baix com a factor de risc.

4.1.3.2 Relacions interpersonals

Endinsant-nos en les relacions interpersonals de l'adolescent, Hernández Cervantes et al,²⁹ autor referenciat a la revisió bibliogràfica de Victorio i Tomás identifica com a factor de risc la dificultat en les relacions interpersonals sense centrar-se o diferenciar entre relacions de parella, relacions amb els pares o les amistats com els autors anteriors ho han fet. En el seu estudi, Constanza i Carmona³², determinen que els adolescents espanyols més propensos a presentar ideació suïcida són els pessimistes, els que tenen menys habilitats socials i els que tenen un menor recolzament social.

Les relacions que els adolescents mantenen amb la seva parella són un factor de risc, tant pel mal desenllaç d'aquesta, com una relació turmentosa.

En la revisió de Victorio i Tomás²⁹ podem trobar que els diferents autors estudiats exposen diversos factors que envolten les relacions interpersonals: Argota Matos et al, va observar a través de les dades obtingudes en el seu estudi, que les relacions amoroses eren un dels factors de risc més importants de ideació suïcida en adolescents, ja que un 16,9% dels que havien intentat suïcidar-se ho havien fet per problemàtiques de parella.

En la mateixa revisió, altres autors ja mencionats, com són Cortés Alfaro²⁹, Pérez Olmos et al²⁹ i per altre banda Serrano autor mencionat per la revisió de Riverón,

Velázquez et al³³ afirmen que els conflictes amb la parella i no poder comptar amb aquesta en les situacions difícils, són un risc a tindre en compte en la presència d'ideació suïcida en aquesta etapa.

Seguint amb les relacions de parella, Argota Matos et al²⁹ també afegeix que l'oposició per part dels pares a les relacions amoroses dels adolescents és un desencadenant de l'intent suïcida. Ja que en el seu estudi un 5,7% de la mostra va patir una oposició per part dels pares en les seves relacions de parella. És l'únic autor que ho menciona, però el percentatge mostra que més de 5 de cada 100 adolescents que havien intentat treure's la vida havien passat per aquesta situació, així que és un factor a considerar ja que el desenllaç del menor en aquest cas és la mort i té suficient pes com per ser destacat.

Els conflictes amb les amistats són també un factor de risc a tenir en compte, així ho afirmen Díaz de Neira et al³⁰ i Serrano³³. A més a més, Díaz de Neira et al, destaca com a dada important en el seu estudi; el problema més reportat pels adolescents van ser els conflictes amb les amistats amb un percentatge del 23,6%.

Fonseca Pedrero et al²⁰ demostra en el seu estudi que els adolescents que van presentar ideació suïcida també van presentar majors dificultats emocionals i conductuals, i també un baix benestar de satisfacció amb la seva vida menor en comparació amb la resta de la mostra adolescent que no presentava ideació suïcida.

4.1.4 RENDIMENT ESCOLAR

El rendiment escolar durant l'etapa de l'adolescència sembla ser de gran rellevància. García, Haro et al²⁶ i Picazo Zappino¹⁵ indiquen que el fracàs escolar és un factor de risc que pot desencadenar la ideació suïcida. L'últim autor relaciona el fracàs escolar com a factor de risc únicament si aquest es troba associat a una forta pressió acadèmica, a una insatisfacció personal amb els resultats acadèmics obtinguts i a una falta de suport per part de la família, majoritàriament. García, Haro et al,²⁶ no obstant això, no associa el fracàs escolar amb cap altre factor, però sí que assenyala un percentatge d'adolescents en els quals aquest fracàs escolar actua com a desencadenant de suïcidi, aquest percentatge és d'un 70%.

Altres autors referenciats de la mateixa revisió²⁹ com Hernández Cervantes et al, Pérez Amezcua i Pérez Olmos et al engloben com a factor de risc de la ideació suïcida el fet de tindre problemes o dificultats escolars. Pérez Olmos et al²⁹ en el seu estudi conclou que un 37,6% dels adolescents que havien abandonat els estudis i havien sigut atesos per intent de suïcidi, presentaven problemes escolar en el moment de l'intent.

Relacionat amb l'autor anterior, el seu estudi ens mostra que un 24,7% dels adolescents que havien intentat suïcidar-se havien abandonat els estudis, i que d'aquest tant per cent, un 32% tenia problemes amb els professors. Cap altre autor menciona aquests factors, però els percentatges que aporta Pérez Olmos et al són rellevants tot i la quantitat mostral. Argota Matos et al²⁹ aporta a través del seu estudi que el 5,7% dels adolescents presentaven rebuig escolar.

Argota Matos et al²⁹ relaciona el nivell d'estudis amb la ideació suïcida, i especifica que els preuniversitaris són els que major risc presenten amb un 49,3%. És l'únic autor que parla i relaciona el nivell d'estudis amb la ideació suïcida, i la mida de la seva mostra ens indica poca rellevància, al ser aquest de 71 participants.

El fet de perdre algun any de curs durant l'etapa escolar, com ara repetir curs o perdre algun any degut a malaltia o a altres factors, és un factor de risc segons Carvajal i Caro.²⁷

Romero et al²⁹ el qual forma part de la revisió de Victorio i Tomàs, a través d'entrevistes va poder observar que els adolescents mencionaven que les situacions més estressants per ells eren: un baix rendiment acadèmic (32%), situacions de indisciplina o càstig (26%), fer un examen (25%), entrega de notes (11%) i exposar (6%).

4.1.4.1 Bullying i cyberbullying

El bullying i el cyberbullying són esmentats per Sánchez-García et al³⁴ com a fenòmens habituals en l'etapa escolar, ell mateix ens aporta dades d'importància: un 5,6% de la seva mostra, formada per adolescents en etapa escolar, percep

assetjament escolar en el seu centre diversos cops a la setmana i que un 2% dels adolescents refereixen patir cyberbullying.

Varis autors assenyalen el fenomen bullying, el qual es defineix com un anglicisme que és equivalent a l'assetjament escolar com a factor de risc en l'adolescència. Picazo Zappino¹⁵ només menciona aquest factor de risc sense indagar més. En canvi, Chamorro-Aguado³⁵ també afirma que el bullying és un factor de risc i afegeix que si aquest fenomen no es resol en un curt espai de temps pot causar una sèrie d'efectes negatius com són: baixa autoestima, trastorns emocionals, depressió, ansietat, pensaments suïcides, fracàs escolar, sentiment de culpabilitat, alteracions de la conducta (timidesa, aïllament social, soledat), baixa satisfacció familiar i rebuig a anar a l'escola el que podria derivar a un abandonament del estudis. Algunes d'aquestes conseqüències derivades del bullying estan estretament relacionades amb la ideació suïcida, per això el factor de risc de bullying en sí és de gran importància.

Un altre fenomen similar, anomenat cyberbullying, el qual es defineix com un assetjament però viscut a través de les xarxes socials, és mencionat sobretot en els estudis i articles més recents per varis autors.^{26,15,36,34} El cyberbullying es descriu com un assetjament viscut a través de les xarxes socials. García, Haro et al²⁶ afirma que el cyberbullying és un fenomen de gran importància, degut a la facilitat en l'actualitat a l'hora d'accedir a les noves tecnologies, ja que aquestes permeten la difusió de continguts humiliants a través de l'anonimat de l'abusador. Les noies són més vulnerables a aquest tipus de situacions. Rajamohan et al³⁶ afegeix que aquest tipus d'assetjament pot incrementar el risc de voler fer-se mal i de tenir idees suïcides ja que sentiments com la desesperança, sentir que no tenen connexió, i estrès emocional són clars factors de risc. Aquest mateix autor, també relaciona l'ús d'Internet amb un major risc d'ideació suïcida, ho argumenta dient que hi ha associació quan l'adolescent visita pàgines web o perfils de xarxes socials que inciten a tenir comportaments suïcides, ja que això incrementa el risc de que el propi adolescent dugui a terme aquestes conductes. Adverteix que els pares dels adolescents i professors haurien d'educar-los sobre com navegar de manera sana i segura.

4.1.5 SALUT MENTAL

La salut mental, és entesa segons l'OMS com: *“l'estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot enfrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat”*.³⁷ Aquesta, és el factor de risc més destacat de tota la revisió bibliogràfica duta a terme, sent mencionat per la pràctica totalitat dels autors consultats.^{15,16,21,22,27,29,30,33,34,38,39}

La importància de la salut mental en l'adolescència queda reflexada per diferents estudis, els quals mostren que en aquesta etapa la salut mental es troba en risc, i que els percentatges d'ideació suïcida són alts. Sánchez García et al³⁴ va descobrir que en una mostra d'adolescents en etapa escolar, el 7,7% d'aquests adolescents presenta risc de tindre una salut mental alterada, i que un 13,4% es troba en la franja de puntuació límit.

Un altre autor, Díaz de Neira et al³⁰, presenta percentatges envers una mostra d'adolescents que acudeixen a consultes externes de salut mental, i revela que del total d'adolescents un 42,7% presenten antecedents psiquiàtrics. Continuant amb ells, Margarit, Martínez²² descobreix que d'entre el 20 i el 47% dels adolescents psiquiàtrics realitza una temptativa de suïcidi abans del 18 anys. Reafirmant la importància que té l'antecedent de salut mental en l'adolescent, Acosta³³ el qual forma la revisió de Riverón, Velázquez et al, en el seu estudi tipus cas-control, analitza que els factors de risc de la conducta suïcida que van estar presents tant en els adolescents de l'estudi, com en els seus familiars van ser els trastorns psiquiàtrics.

Carvajal i Caro²⁷ en la seva revisió va trobar que diversos autors afirmaven que la ideació suïcida és un fenomen que augmenta la probabilitat de disfunció psicològica, emocional i interpersonal posterior a la pròpia ideació i també influeix en patir alteracions relacionades amb la salut mental. És per això que els conceptes d'ideació suïcida i salut mental estan tan estretament relacionats.

4.1.5.1 Depressió

La depressió és mencionada com a factor causal més freqüent de la ideació suïcida per una gran quantitat d'autors.^{15,21,22,27,29,33,38} Observem que existeix una controvèrsia entre els autors, Mosquera³³ mencionat per la revisió de Riverón, Velázquez et al, comenta en la seva revisió que el trastorn bipolar i l'esquizofrènia són factors de risc més importants i amb major evidència que no pas la depressió. Però no aporta cap dada quantitativa ni cap percentatge, és l'únic autor que ha posat en dubte la rellevància de la depressió com a factor de risc.

Entrant en percentatges de la depressió com a factor de risc causal, Margarit, Martínez²² comprova en la mostra del seu estudi, el qual es tracta d'adolescents tractats a un servei d'urgències per temptativa de suïcidi, que el 90% d'aquests presenten alguna patologia psiquiàtrica, i que la més predominant és la depressió major. Bousoño et al²¹ estudia diferents característiques dels adolescents, i entre elles si presenten o no ideació suïcida. D'aquests adolescents, un 15,04% presenten ideació suïcida, i dels que la presenten un 48,05% tenen característiques depressives. Un altre autor, Pérez Amezcua et al²⁹ afirma que presentar simptomatologia depressiva augmenta en un 51% les possibilitats d'intent suïcida. I en la mateixa revisió, Argota Matos et al²⁹ considera com a factor de risc de suïcidi adolescent la depressió en un 4,2% dels casos.

Observem que dels autors que han aportat percentatges, alguns han conclòs i afirmat la importància de la ideació suïcida amb uns percentatges elevats i alarmants.^{21,22,29}

4.1.5.2 Ansietat

Indagant més en la salut mental, l'ansietat és esmentada per Pérez Amezcua et al²⁹ i Díaz de Neira³⁰. Ambdós autors aporten xifres que han trobat en els seus respectius estudis; el primer autor observa en el seu estudi que un 28% dels adolescents en etapa escolar presenten ansietat i que aquest fet està relacionat amb un augment de la ideació suïcida, i el segon autor conclou que un 11,4% dels adolescents presenten ansietat.

L'ansietat doncs, només és mencionada com a factor de risc per dos autors, però els percentatges que faciliten són elevats i a tindre en compte, afegit a que la mostra analitzada és elevada i rellevant.

4.1.5.3 Tèmpatives prèvies

Els intents previs de suïcidi són un dels factors amb més pes en la ideació suïcida, així ho argumenten recolzant-se en l'evidència dels seus estudis molts dels autors consultats.^{21,22,27,29,38}

Pérez Olmos et al²⁹ exposa que l'intent de suïcidi és el factor de risc que més pes té, i també en el seu estudi, descobreix que el factor de risc més prevalent en la seva mostra era l'intent suïcida previ. Les dades que va extreure van ser que un 27,2% havia intentat suïcidar-se prèviament. Aquests, anaven d'un a quatre intents segons els registres de la història clínica, ja que va ser un estudi retrospectiu.

Els altres autors aporten xifres. Bousoño et al²¹ conclou en el seu estudi que les dones (4,23%) presenten més tèmpatives de suïcidi prèvies que els homes (2,08%). El total de tèmpativa prèvia de suïcidi de la mostra, independentment de si presenten ideació suïcida o no, és d'un 7,31%. Ara bé, en quant als subjectes que presenten ideació suïcida i han realitzat tèmpativa prèvia aquest percentatge incrementa i resulta en un 23,38%. Un altre autor, Argota Matos et al²⁹, també afegeix xifres sobre la tèmpativa prèvia de suïcidi de la seva mostra i aquesta és d'un 8,4%.

Margarit, Martínez²² està d'acord amb l'autor anterior i també exposa que l'intent de suïcidi previ és un dels factors amb més rellevància. En el seu estudi, amb una mostra formada per adolescents atesos en serveis d'urgències per tèmpatives de suïcidi, revela una dada interessant: que les taxes de reintent de suïcidi en adolescents es troben al voltant d'un 6-14% durant el primer any de seguiment. Són xifres molt altes i per això aquest adolescent ha de rebre suport exhaustiu després d'un intent de suïcidi. Aquest mateix autor afirma que la ideació suïcida estava present de forma estable en un 24,5% de la mostra abans de que aquesta intentés acabar amb la seva vida.

4.1.5.4 Consum de substàncies

El consum de substàncies és mencionat relacionant-se amb una menor eficàcia dels mecanismes d'afrontament i una conseqüent ideació suïcida provocada per sentiments de desesperança i impotència que aquesta menor eficàcia dels mecanismes d'afrontament causa.^{15,21,27,29,33,39}

Concretament, Martínez Ortega³⁹ parla sobre el consum de cànnabis i el relaciona amb la ideació suïcida argumentant que és un factor causal indirecte ja que afavoreix o genera altres situacions que sí són factors causals directes i incrementen el risc de suïcidi i de ideació suïcida. Aquestes situacions són: el consum d'altres substàncies addictives, el desenvolupament d'una patologia psiquiàtrica i tindre trets de la personalitat com "recerca de novetat". El mateix autor també afirma que el consum de tabac està associat a la conducta suïcida tant en la població general com en la població psiquiàtrica i argumenta que a més dependència nicotínica, més risc de suïcidi. Valdivia³³, el qual apareix en la revisió de Riverón, Velázquez et al, també recolza en el seu estudi que el consum de tabac està associat a la ideació suïcida, associant-ho a una baixa autoestima, alt nivell de desesperança i a la presència de simptomatologia depressiva.

Altres autors aporten xifres de consum de substàncies durant l'adolescència i les classifica en tipus de substància. Pérez Olmos et al²⁹ observa que un 12,8% de la mostra consumeix habitualment alcohol. Pérez Amezcua et al²⁹ en el seu estudi relaciona aquest consum d'alcohol amb la ideació suïcida i aquesta és d'un 60%, en canvi un altre autor, Bousoño et al²¹ relaciona el consum d'alcohol amb un percentatge del 32,47%. En quant al tabac, el primer autor exposa que un 4,2% de la mostra en consumeix habitualment, i el segon autor relaciona aquest consum amb un 30% de ideació suïcida, el tercer però, aporta dades diferents, d'un 11,69%. Per últim, el primer autor dóna xifres de consum d'altres tòxics com la marihuana (4,2%), la cocaïna (4,2%), la combinació d'èxtasis i cocaïna (1%) i morfina (1%). El segon autor, ho relaciona amb un 22% d'ideació suïcida i el tercer amb un 19,48%.

Com podem observar, la relació entre el consum de substàncies i la presència d'ideació suïcida és forta i prevalent. L'alcohol és la substància més consumida per els adolescents, i també la que més ideació suïcida provoca, seguida del tabac. Els percentatges en quant a ideació suïcida varien entre autors, però són igualment alarmants. Menys en el cas de les drogues en general, que s'aproximen bastant en els valors de les xifres de percentatges.

4.1.5.5 Desesperança

Altres autors parlen del concepte de desesperança com a factor de risc de la ideació suïcida adolescent.^{15,29,33}

La desesperança, segons Picazo Zappino¹⁵ és l'estat que es defineix com un sistema d'esquemes cognitius que tenen en comú expectatives negatives envers al futur; sota aquestes circumstàncies les idees de suïcidi poden entendre's com a una expressió extrema del desig d'escapar del que semblen problemes sense solució o de situacions desagradables. L'etapa adolescent representa un període crític en la que es produeixen canvis estressants com l'adaptació a una nova corporalitat, l'adquisició d'un rol definitiu, la construcció d'un projecte de vida motivant i el desenvolupament d'un procés d'autonomia que pot conduir a un distanciament de les figures d'autoritat i generar sentiments de soledat, frustració i angoixa, tots aquests justifiquen una major propensió a la desesperança. El propi autor que defineix així la desesperança, considera que aquesta és un factor predictor de la ideació suïcida, així com altres autors que també ho consideren com Hernández Cervantes et al²⁹, Cortés Alfaro et al²⁹ i Mosquera L³³.

4.1.5.6 Trastorns de la conducta alimentaria

Els trastorns de la conducta alimentaria (TCA) també poden estar relacionats amb que l'adolescent presenti ideació suïcida.^{16,30,38} En aquest cas només tres autors aporten informació per classificar-la com un factor de risc, però dos d'ells ho fan amb xifres contundents. Varela Besteiro et al¹⁶, en el seu estudi en el qual avaluen a 109 pacients amb TCA, conclouen que un 43,1% dels adolescents presenten ideació suïcida.

Díaz de Neira et al³⁰ analitza una mostra d'adolescents, però no la relaciona amb la ideació suïcida de manera directe, però sí indirecta tractant els TCA que són conductes autoagressives i les quals engloben un 20% d'ideació suïcida i un 4,5% d'intents de suïcidi. Els percentatges que extreu de l'estudi ens indiquen que un 4,5% de la població adolescent presenta un TCA, per tant és una xifra que el personal sanitari no ha de passar per alt.

4.1.5.7 Hiperactivitat

La hiperactivitat, com hem pogut observar al durant la revisió, no és un fet molt rellevant per els autors que condueixi a la ideació suïcida, tot i que sí que és mencionada per dos estudis: Bousoño et al²¹ és un dels autors que en parla i ens mostra que la hiperactivitat va tenir un 25,97% de prevalença en la mostra del seu estudi i Picazo Zappino J¹⁵ ens mostra que la desregulació afectiva, la impulsivitat, el trastorn per dèficit d'atenció i la hiperactivitat estan estretament relacionats amb la ideació suïcida.

4.2 EINES/INSTRUMENTS DE VALORACIÓ DE LA IDEACIÓ SUÏCIDA

En quant als instruments de mesura utilitzats en la bibliografia consultada, podem distingir dos grans grups: aquells dirigits específicament a detectar la ideació suïcida tals com l'Escala Paykel i l'escala de pensaments i conductes autolesives (SITBI). L'altre grup enfocat a avaluar la presència d'algun dels factors de risc com les altres escales que ens indiquen la presència o no de conductes autolesives, consum de tòxics, entre d'altres. Respecte al primer grup, trobem:

4.2.1 ESCALA PAYKEL DE IDEACIÓN SUÏCIDA (PAYKEL SUICIDE SCALE)

Fonseca Pedrero et al²⁰, descriu aquesta eina en el seu estudi com una eina dissenyada per avaluar la ideació suïcida i el comportament suïcida la qual valora diferents ítems, en total 5 (Taula 3). El marc temporal que engloba les preguntes és

durant l'últim any i el sistema de resposta és dicotòmic, és a dir, de Sí/No, tenint el sí un valor de 1 i el no un valor de 0. Per tant, a major puntuació major freqüència i gravetat de ideació suïcida. Es considera que la resposta afirmativa al 3er o al 4t ítem indica la presència de pensaments suïcides, i la resposta afirmativa a la 5ena indica temptativa de suïcidi prèvia.

A Espanya no s'han estudiat les seves propietats psicomètriques, però ha estat utilitzada en varietat d'estudis i projectes, com per exemple el projecte internacional SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) en el qual participaven molts països entre els quals Espanya, és a dir, que està validada en el nostre país.

Per a la infermeria, resulta ser una eina simple, degut a que només consta de 5 ítems, i també resulta directe i clara per la simplicitat de comprensió dels ítems.

4.2.2 ESCALA DE PENSAMENTS I CONDUCTES AUTOLESIVES, ADAPTACIÓ ESPANYOLA DE LA SITBI.

Díaz de Neira et al³⁰, en el seu estudi utilitza aquesta escala per avaluar la presència, freqüència i característiques de la ideació suïcida, la planificació suïcida, els gestos de suïcidi, els intents de suïcidi i les autolesions sense intenció suïcida.

És una eina útil per a la infermera, però és molt extensa. Està clarament dividida en varis apartats d'interès, si s'escull el que el professional vol valorar pot ser útil, però perd validesa ja que és necessari contestar tots els ítems i són molts. En aquest cas, infermeria pot indagar i valorar aspectes com la ideació suïcida entre d'altres.

En l'altre grup d'escales aplicables com a eina d'infermeria i utilitzades en els estudis esmentats anteriorment, es classifiquen les escales que determinen la presència o no de factors de risc:

4.2.3 QÜESTIONARI DE CAPACITATS I DIFICULTATS (STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE, SQD)

Fonseca Pedrero et al²⁰, defineix aquesta eina com un instrument de mesura que avalua les dificultats emocionals i conductuals i per valorar les capacitats en l'àmbit

social. Consta de 25 ítems i aquests es divideixen en 5 sub escales, de 5 ítems cadascuna. Aquestes són: dificultats emocionals, problemes de conducta, dificultats de hiperactivitat, problemes amb companys i conducta pro social. Les primeres 4 sub escales formen una puntuació de total de dificultats, i a major nivell de puntuació major grau de dificultats emocionals i conductuals. En canvi, la última sub escala es correspon amb un pitjor ajustament del comportament a menor nivell de puntuació al realitzar l'escala. El seu sistema de resposta és el de Likert, el que significa que són 3 opcions de resposta: 0 (no, mai), 1 (a vegades) i 2 (sí, sempre). Aquest estudi demostra que les persones que van presentar ideació suïcida també van presentar en aquest qüestionari majors dificultats emocionals i conductuals.

Dos principals handicaps d'aquesta escala són, no només la falta de validació en el nostre àmbit, sinó el fet de que es necessita d'un temps bastant ampli per a poder-la realitzar i la infermera a la consulta no en disposa.

4.2.4 ÍNDEX DE BENESTAR PERSONAL-VERSIÓ ESCOLAR (PERSONAL WELLBEING INDEX-SCHOOL CHILDREN)

Fonseca Pedrero et al²⁰, també utilitzen aquest índex, el qual avalua el benestar subjectiu en nens i adolescents en edat escolar (Taula 4). Defineixen el benestar emocional com a una avaluació de les pròpies vivències i experiències. Explica doncs que aquest benestar és un indicador de qualitat de vida. Aquest índex es compon d'un total de 8 ítems. Les respostes oscil·len entre puntuacions del 0 al 10, sent el número 0 molt descontent i el número 10 molt content. El primer ítem analitza la vida de manera general sense especificar, i els altres ítems restants inclouen la satisfacció amb diferents aspectes de la vida com: el nivell de vida, la salut, la seguretat, els propòsits aconseguits, el futur, els grups de gent dels quals formen part i les relacions que tenen amb les altres persones.

Aquest índex és de gran utilitat per a la infermera degut a la seva brevetat, simplicitat i claredat de la formulació de les preguntes. El sistema de resposta és fàcil i hi ha una versió escolar que proporciona informació rellevant, que no tracta directament el suïcidi però serveix per detectar quan algun àmbit de la vida de l'adolescent està

alterat. En quant a aquest índex, s'han mostrat propietats psicomètriques adequades en estudis previs internacionals i nacionals. Està aprovada en l'àmbit espanyol, segons la informació extreta de l'article de Casas, Sarriera et al.⁴⁰

4.2.5 BDI-II: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BECK DEPRESSION INVENTORY-II)

Varela Besteiro et al¹⁶ descriu aquest inventari com a eina per avaluar de forma àmplia la gravetat i la intensitat de l'existència de simptomatologia depressiva (Taula 5). Consta de 21 ítems, amb quatre opcions de resposta. A major puntuació, major gravetat de simptomatologia, i aquesta oscil·la entre puntuació de 0 a 63.

En un estudi sobre la validesa predictiva d'aquest inventari es va veure que els subjectes amb una puntuació major o igual a dos en aquest ítem van ser 6,9 vegades més propensos a cometre suïcidi que en subjectes amb puntuacions inferiors a dos.⁴¹ Com a eina per a la infermera, és de gran utilitat ja que la depressió i tots els ítems que aquesta escala valora són importants per valorar el risc de ideació suïcida. És una escala llarga però aplicable segons en quin entorn, consulta o aula. Aquesta escala està recomanada per la GPC (Guia de Pràctica Clínica) de prevenció i tractament de la conducta suïcida.¹⁴

4.2.6 YOUTH SELF REPORT (YSR)

Kirchner et al²⁵ utilitzen aquesta eina en el seu estudi i la descriuen com a un instrument per a avaluar la psicopatologia adolescent com a dos grans dimensions bipolars: l'externalització i la internalització. Les preguntes van referides a els últims 12 mesos. El sistema de resposta que utilitza és l'escala Likert de 3 punts. Inclou dues preguntes directament relacionades amb la conducta autolesiva-suïcida i amb la ideació suïcida.

No es considera la utilització d'aquesta eina en el camp de la infermeria, ja que el que valora és el perfil de la personalitat de l'adolescent i no és un clar factor de risc com hem pogut observar a l'anterior apartat, a més a més tampoc està validada a Espanya. El perfil l'adolescent, tant si és d'externalització com si és de internalització

no estan estretament relacionades amb l'assumpte que ens concerneix, que és el suïcidi. Sí que consta de dues preguntes relacionades amb la conducta autolesiva-suïcida i amb la ideació suïcida però no són rellevants segons l'anàlisi realitzat dels articles.

4.2.7 ADAPTACIÓ ESPANYOLA DEL COPING RESPONSES INVENTORY-YOUTH (CRI-Y) DE KOOS

Kirchner et al²⁵ descriuen aquesta eina com a instrument per a avaluar els estils d'afrontament de problemes basats en l'aproximació al problema com ara el anàlisi lògic, la reavaluació positiva, la recerca de guia i suport i la resolució de problemes. També avalua per altre banda les estratègies basades en l'evitació de problemes com ara l'evitació cognitiva, l'acceptació-resignació, la recerca de recompenses alternatives i la descàrrega emocional.

No es considera d'utilitat aquesta eina per valorar la ideació suïcida en els adolescents ni aplicable en una consulta o aula per la infermera, a causa del llenguatge que s'utilitza en la mateixa. Validada a Espanya, degut a la seva adaptació al nostre idioma.

4.2.8 QÜESTIONARI DE CYRERBULLYING BREU (CB)

El qüestionari de cyberbullying és un instrument que valora comportaments de bullying i cyberbullying i que s'estructura al voltant d'una sèrie de dimensions que s'han de tenir en compte: el bullying tradicional, l'accessibilitat a les Tecnologies d'Informació i Comunicació (TICs) (a Internet i al telèfon mòbil), el cyberbullying a través d'Internet pels mòbils.

És una eina útil, però de llarga durada a l'hora d'haver de respondre'l. Es considera que hi han altres maneres d'esbrinar si aquest pateix cyberbullying, com per exemple durant la consulta formulant preguntes envers el tema, o utilitzant altres escales que ho pregunten de forma més breu. Aquest qüestionari no es troba validat en el territori nacional.

4.2.9 QÜESTIONARI DE CONSUM DE SUBSTÀNCIES MODIFICAT - ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST)

Aquest qüestionari es basa en una entrevista que s'utilitza com a eina de cribratge per la detecció de consumidors de drogues desenvolupada per la OMS. Consta de diversos ítems que avaluen la freqüència del consum en els tres mesos anteriors a la realització del qüestionari. Es troba validada a l'àmbit espanyol.

En l'estudi de Sánchez, García et al³⁴ es van utilitzar dues de les qüestions de la ASSIST. L'ítem 1, que preguntava: "Al llarg de la teva vida, quina de les següents substàncies has consumit alguna vegada? en la qual els participants han de respondre en un format de resposta dicotòmic (Sí/No) per a les següents substàncies:

- a. Tabac (cigarrets, cigars havans, tabac de mastegar, pipa, etc.)
- b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, destil·lats, etc.)
- c. Cànnabis (marihuana, cost, herba, haixix, etc.)
- d. Altres (per exemple: cocaïna, amfetamines, inhalants, al·lucinògens, opiàcis, etc.).

I l'ítem 2, en el cas de contestar afirmativament a algunes de les substàncies de l'ítem 1, preguntava sobre la freqüència de consum en els últims tres mesos.

La utilització d'aquesta escala per infermeria pot ser útil si es vol determinar quines substàncies consumeix l'adolescent i amb quina freqüència. Per altre banda considerem que infermeria pot abordar aquest tema de manera verbal i obtenir els mateixos resultats.

4.2.10 VERSIÓ ESPANYOLA DE L'INVENTARI CLÍNIC PER ADOLESCENTS DE MILLON (MILLON ADOLESCENT CLINICAL INVENTORY, MACI)

Villar Cabeza et al³⁸ utilitza aquest instrument en el seu estudi per valorar els trets de personalitat i les preocupacions dels adolescents, així com la gravetat d'aquestes. Consta de 160 ítems de resposta dicotòmica veritable o fals repartits en 31 escales. Aquestes escales s'agrupen en:

- Una escala que dóna validesa del protocol (fiabilitat).
- Tres escales que permeten mesurar les tendències de resposta dels subjectes (transparència, desitjabilitat i alteració).
- Dotze escales que reflexen els trets i característiques de les personalitats dels adolescents (inhibit, pessimista, submís, histriònic, introvertit, egocèntric, rebel, grosser, conformista, oposicionista, autopunitiu i tendència límit).
- Vuit escales de preocupacions expressades que se centren en els sentiments i les actituds de l'adolescent que poden ser font de preocupació o conflicte per ells (difusió de la identitat, desvalorització d'ell mateix, insatisfacció corporal, incomoditat sexual, inseguretat amb els iguals, insensibilitat social, discordança familiar i abusos durant la infància).

És un inventari de una duració i quantitat d'ítems massa llarg, per el qual no és viable per a la utilització en la infermeria. A més, no es troba validada a Espanya.

4.2.11 QÜESTIONARI GLOBAL SCHOOL-BASED STUDENT HEALTH SURVEY -GHHS-

Bousoño et al²¹ va utilitzar aquest qüestionari per valorar el consum de substàncies en la mostra d'adolescents. Considerant-se com a punts de tall per l'alcohol; consumir qualsevol quantitat d'alcohol dos o més vegades a la setmana, per el consum de drogues; haver consumit drogues il·legals al menys tres vegades al llarg de la seva vida, i per el consum de tabac fumar més de deu cigarretes al dia.

Es pot considerar una eina d'utilitat si és d'interès saber el consum de substàncies de l'adolescent, però no es considera de gran importància per a detectar la ideació suïcida. Es pot tractar aquest tema a la consulta d'infermeria, ja que es considera com en el cas anterior, que és més factible tractar el tema a través de l'anamnesi, i preguntant-li a la persona directament. A més, no està validada en l'àmbit espanyol.

4.2.12 YOUNG'S DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE (YDQ)

Bousoño et al²¹ utilitza aquesta eina per a avaluar l'ús patològic d'Internet en els adolescents. Aquesta eina consta de 8 ítems, la puntuació d'aquests reflexa vuit dels nou criteris per el trastorn de joc en Internet en el DSM-5. En funció de les respostes dels subjectes es van dividir en tres categories d'ús d'Internet, assignant un punt a cada resposta afirmativa. D'aquesta manera, els subjectes que havien respost entre 0 i 2 respostes afirmatives formaven part del grup d'ús adaptatiu a Internet. L'ús desadaptatiu a Internet el formarien els subjectes que n'haguessin respost de forma afirmativa entre 3 i 4. I una puntuació de 5 o més correspondria a un ús patològic d'Internet.

És un qüestionari que no es considera d'importància i rellevància per a la detecció de la ideació suïcida, per el qual no es recomana especialment a la infermera. Qüestionari no validat en l'àmbit Espanyol.

4.2.13 SCREENER SUM VERSION DEL JUVENILE VICTIMIZATION QUESTIONNAIRE

Soler et al²⁴ utilitza aquesta eina per determinar si l'adolescent ha patit algun tipus de victimització. S'avaluen 34 formes de victimització en la infància i l'adolescència. Tractant des de crims convencionals com poden ser robatori, vandalisme, atracament o segrest. També maltractaments ja siguin físics, psicològics o emocionals. Engloba a més a més l'abús sexual en totes les seves formes.

Aquest qüestionari no es considera de gran rellevància en quant a detectar la ideació suïcida, degut a la seva extensió. La informació que proporciona, per altre banda, sí

que és útil, es pot valorar aconseguir aquesta informació mitjançant una entrevista a la consulta. Està validada a l'àmbit espanyol.

4.3 PAPER DE LA INFERMERIA EN EL SUÏCIDI ADOLESCENT

Les troballes de la literatura afirmen que els professionals d'infermeria juguen un paper clau en la valoració, maneig i cura de les persones amb conducta suïcida a través de l'educació, prevenció i provisió de cura, a causa de que tenen coneixements, qualitats, habilitats i recursos per afavorir i arribar a la meta de la promoció del benestar i salut d'aquestes persones i les seves famílies. Tot i que hi ha pocs estudis, a través de diversos de tipus qualitatiu, es coneix que els pacients que tenen conductes suïcides confirmen la importància del cuidatge que realitza la infermera, que els transmet seguretat, respecte, acceptació i esperança. Altres autors de la revisió realitzada per Carvajal i Caro²⁷, comenten aspectes positius i negatius dins del cuidatge de pacients amb conducta suïcida. Les característiques positives de la cura inclouen: donar suport i seguretat, promoure l'esperança, reconèixer al pacient, atendre les seves necessitats bàsiques, parlar, escoltar activament, tenir en compte les seves opinions i punts de vista amb la ment oberta, acceptar, respectar i comunicar esperança. Pel contrari, les característiques negatives o comportaments no terapèutics comprenen baixa empatia, falta de respecte a la privacitat, elaboració d'estereotips, imposició de regles sense donar explicacions, sentiments de baixa autoestima; aquestes manifestacions podrien causar en pacients hospitalitzats per intent de suïcidi, un altre intent, ja que la desesperança resultant d'aquests comportaments és descrita com un fort predictor de repetició de conductes suïcides.

Altres aspectes explorats respecte a la cura d'infermeria en aquesta situació són els dilemes i actituds del personal infermer. Els estudis indiquen que entre les actituds desfavorables són comuns el tracte del pacient amb agressivitat, hostilitat, frustració, irritació, enuig, por, baixa empatia, falta de respecte i negligència. Per això és important estudiar el punt de vista dels pacients i de les famílies en quant al tracte. A

més a més, els propis professionals d'infermeria consideren estar poc entrenats i no tenir eines de comunicació adequades, ja que no han rebut cap formació, el que fa que experimentin inseguretats i prefereixin evitar el contacte.²⁷

Rajamohan et al³⁶ indica algunes intervencions que s'haurien de fer i d'altres que es fan i no s'haurien de fer. Aconsella evitar crear un ambient alegre de manera artificial, i també indica que és important no donar falses esperances de que tot anirà bé, o de que millorarà amb el temps. A més a més, aconsella que encara que la infermera se senti incòmode tractant temes com la ideació suïcida o comportaments suïcides, ha d'evitar canviar de tema perquè si ho fa pot ser que tota la feina que s'hagi fet fins aquell moment construïnt interaccions i relacions terapèutiques desaparegui. Incideix en que el simple fet de seure i escoltar als adolescents i les seves preocupacions els hi recorda que no estan sols i els hi fa sentir esperança i perspectiva. Aconsella que és bo explicar als adolescents que la depressió, l'ansietat, la desesperança i els pensaments suïcides són condicions que es poden tractar i tenen sortida. També recomana que s'expliqui de l'existència de medicaments que ajuden a que el cervell restauri els productes químics que s'han esgotat al patir estrès, i que parlar amb un terapeuta els ajudarà a sentir-se menys sol i menys afligits. Explica també que si l'adolescent es mostra inquiet i preocupat per si la gent el veurà com un "boig", la infermera ha de contestar que la depressió és una malaltia que afecta al cervell i s'ha de controlar i regular igual que es controla i regula una diabetis, mantenint nivells òptims de glucosa en sang.

Carvajal i Caro²⁷ comenta que diversos autors asseguren que els professionals d'infermeria que treballen en salut mental poden focalitzar el cuidatge en l'experiència de l'estrès i promoure la curació a través de l'enteniment, suport i acceptació com també ajudar a trobar el significat d'aquestes experiències. Aquesta visió ressalta la importància de la relació infermera-pacient i de les habilitats de protecció i compassió que la caracteritza.

Stanley²⁷ autor que forma part de la revisió realitzada per Carvajal i Caro, afirma que existeixen moltes dificultats per detectar el risc en els adolescents ja que molts dels signes d'alarma de la conducta suïcida, es confonen amb comportaments propis de

la edat. Els pares, tutors o equips de salut poden no considerar important buscar ajuda i per tant és dificulta la detecció precoç i la intervenció oportuna.

Morgan³¹ comenta que la prevenció escolar hauria de començar a la infància en comptes d'esperar fins l'arribada a l'institut. També afirma que les infermeres haurien d'estar instruïdes sobre els estressors emocionals i els factors de risc que tenen els adolescents adoptius, els quals tenen moltes possibilitats de tenir conductes suïcides. Aquests estressors es basen en: la raó de l'adopció (es culpabilitzen), la falta d'informació de la seva família biològica, sentir-se diferent, la por a que els pares adoptius els abandonin, la recerca de la identitat perduda, la por a fer preguntes sobre la seva família biològica i la preocupació per si té germans i aquests no han estat adoptats. Aquest autor ens parla del SOS Prevention Program en el qual ensenyen als estudiants els signes i símptomes de la depressió i la conducta suïcida. D'aquesta manera poden demanar ajuda, com pot ser a la infermera escolar, a través d'un procés anomenat ACT (Acknowledge, Care and Tell). Segons un estudi, aquest programa es va associar a una significant baixada de taxes suïcides en els 3 mesos següents d'implantació del programa. Com a conclusió va explicar que les infermeres escolars haurien de conèixer quins dels nens en els col·legis són adoptats (confidencialment), i augmentar la seva sospita si hi ha canvis psicològics o en el comportament, com també signes de depressió o ansietat. Les infermeres escolars, segons l'autor, haurien d'estar a primera línia en la prevenció del suïcidi.

Chamorro-Aguado³⁵ parla de la importància de la infermeria per la detecció precoç del bullying i argumenta que la formació que reben els infermers i infermeres en aquests tipus de problemes és pràcticament inexistent. La infermeria a l'escola tracta d'aconseguir i crear un ambient segur on els nens i nenes puguin aprendre sense por i així participar conjuntament en programes contra el bullying i proposant els objectius següents:

1. Resolució de conflictes.
2. Expressió dels sentiments i emocions.
3. Discutir els problemes sense vulnerar l'ambient.

El paper de la infermera escolar ajuda a exercir un rol vital en el desenvolupament i implementació d'iniciatives de prevenció de l'assetjament escolar, utilitzant eines que promoguin la salut i avaluin el grau d'intimidació i d'aquesta manera identificar a priori víctimes per prevenir danys físics o emocionals a llarg termini. La infermera és fonamental per la prevenció, detecció i seguiment en els casos de bullying, així com la possible eliminació dels intents suïcides per aquest fenomen. És important tenir en compte als professionals docents ja que són els encarregats de la detecció i de crear un clima positiu i adequat.

En la revisió de Riverón, Velázquez et al³³ comenten que la prevenció del suïcidi en població infanto-juvenil, segons la Guia de Pràctica Clínica de Depressió Major en la Infància i Adolescència i la Guia de Pràctica Clínica sobre Prevenció i Tractament de la Conducta Suïcida, les intervencions preventives han de ser a l'àmbit escolar. Intervencions com per exemple el programa "Signs of suicide" (SOS), el qual augmenta coneixements sobre el suïcidi i es va dissenyar per el coneixement del cribratge de la depressió; l'entrenament en habilitat socials amb l'objectiu de detectar conducta suïcida, passar test i entrevistes individuals per cribar la depressió, ideació suïcida i conducta suïcida prèvia. A més d'intervencions en aquest àmbit, proposen la prevenció en pacients amb trastorns mentals i la prevenció en els medis de comunicació.

Pérez-Amezcu²⁹ comenta que s'haurien de proporcionar als adolescents eines que facilitin prendre decisions que impactin positivament en el seu desenvolupament (per exemple per disminuir el consum de substàncies addictives o per decidir quan, com i amb qui tenir relacions sexuals), alhora que es promou una interacció familiar positiva i s'enforteix la comunicació entre pares i fills. A més del suport psicològic per atendre la població que pateix depressió i abús sexual. Si les infermeres es recolzen en els programes de prevenció i fan educació sobre els estressors emocionals i els factors de risc, més fàcilment podran construir relacions terapèutiques amb els alumnes, per intervenir abans de que es produeixi una tragèdia.

Carvajal i Caro²⁷ aconsella la recerca activa de adolescents en situació de risc, ja que s'han de traspasar els contextos clínics per proposar intervencions efectives

basades en la comunitat i connectar aquesta amb els serveis de salut. Els dos eixos fonamentals de la societat on pot aparèixer un risc per l'infant o adolescent són l'escola i la família. La família segons Friedemann és un sistema que fomenta el bé o el mal a la salut dels integrants i que al igual que la salut física, la salut mental està arrelada en la família. Involucrar a la família en la cura de la salut i de la vida proporciona una oportunitat per compartir les seves experiències, educar-la en front a problemes psicosocials, emocionals i conflictes familiars, com també permet planejar intervencions segons les seves necessitats. A nivell preventiu, l'educació als pares i joves sobre la conducta suïcida i els seus factors associats és un punt molt important a ressaltar en la prevenció, més encara si tenim en compte que en moltes ocasions els pares no són conscients de les conductes suïcides dels fills ja que consideren que el comportament és "normal" per la etapa en la que es troben. Aquesta revisió recomana la utilització del Model Teòric de la Organització Sistèmica que és un referent disciplinar per la valoració de l'adolescent i la família que té problemes suïcides. La valoració infermera, abandonarà el concepte de malaltia i abordarà el sistema personal i el familiar a través dels rols, debilitats, fortaleeses, relacions i sentiments. A partir d'aquí es podran fixar objectius, que estiguin a l'altura de les expectatives i compromís de la família. García³³ autor citat per Riverón, Velázquez et al, s'afegeix a l'autor anterior referint que el nucli familiar és un espai idoni en el que poder intervenir de manera preventiva.

Per una altra banda tenim l'escola, el qual és un lloc idoni per desenvolupar accions preventives, ja que els adolescents hi passen la major part del temps i aquí és on podem desenvolupar intervencions de promoció-prevenció de la salut mental. Dins de les accions que infermeria pot desenvolupar trobaríem plans de detecció i valoració de necessitats, participar en iniciatives locals, conformació d'equips multidisciplinaris per crear programes de salut pública, crear projectes que involucrin als joves, pares i professors. En aquests espais la infermera hauria de fer un reconeixement de problemes emocionals i comportamentals dels adolescents, treballar la detecció de factors de risc que fan vulnerable a la persona, i millorar habilitats per treballar una relació terapèutica basada en la confiança i l'empatia.²⁷

Els autors expliquen que alhora de realitzar programes enfocats als adolescents sobre el jove suïcida, és important no perdre de vista que un element que pot assegurar l'èxit dels programes és que aquests es focalitzin en aspectes generals de la salut física, mental, social i emocional dels adolescents més enllà d'emfatitzar en conductes particulars com la conducta suïcida. És important recordar que l'estigma que acompanya aquest fenomen pot influenciar l'efectivitat de les estratègies preventives si es focalitza només en aspectes derivats de les alteracions de la salut mental. Referent a això, Ciffone, autor referenciat per Carvajal i Caro²⁷ afirma que si s'emfatitza en les alteracions mentals més que en els aspectes positius de la salut mental s'augmenta l'estigma i disminueix la recerca d'ajuda.

Els programes de prevenció i educació impartits en algunes escoles dels Estats Units es divideixen en tres tipus:

- Programes basats en competències: proporcionen informació als estudiants sobre el suïcidi (xifres, signes d'alarma, recursos, etc).
- Programes d'entrenament per el grup de professionals escolars: instruir al personal de l'escola dels signes d'alarma, histories de casos, procediments per identificar i derivar estudiants a recursos de salut mental, etc.
- Programes de cribratge: per identificar individus de risc i construir una estratègia dins de les polítiques de prevenció, les quals es basen en la premissa de que els individus suïcides són subidentificats, tenen una activa i tractable alteració mental i presenten factors de risc identificables. Friedmann assegura que els professionals d'infermeria poden fer cribratges de tots els adolescents per identificar fortaleeses i dificultats, educar, prevenir i per realitzar una posterior intervenció. Aquests programes en l'entorn escolar són la estratègia més exitosa i costo-efectiva per identificar adolescents de risc.

El rol de la infermera escolar dins d'aquests programes serà: facilitar una resposta positiva en el desenvolupament dels nens i els adolescents, promoure salut i seguretat, intervenir en els problemes més potencials i reals de la salut, treballar amb altres membres de l'equip multidisciplinari per enfortir a l'alumne i a la seva

família. Les infermeres actuen com un pont de comunicació entre l'escola, la família, la comunitat i els serveis de salut. Aquestes, des d'una mirada holística, han de fer ús de les eines de valoració, diagnòstic i intervenció pròpies de la disciplina i incloure en aquest procés als pares, mestres i altres professionals de l'equip. També tenen un important escenari de treball en la prevenció primària; des d'aquesta perspectiva poden conduir programes de promoció de la salut mental i activitats de prevenció que evitin el desenvolupament d'alteracions psicosocials i desordres mentals, i així remetre els estudiants a serveis especialitzats si es creu convenient. Tot i que la depressió, la desesperança, l'ansietat i l'enuig són aspectes comuns que experimenten els adolescents, els professionals d'infermeria han d'estar alerta i disposats a escoltar i avaluar el risc de suïcidi, i sobretot ajudar als adolescents davant del maneig d'aquestes emocions.²⁷

Altres autors de la revisió de Carvajal i Caro²⁷, afirmen que la avaluació de riscos, les demostracions d'afecte i la disposició per al suport de la infermera cap al adolescent poden produir reduccions de risc de suïcidi. En estudiants de secundària es confirma que és més gran el nivell d'ideació suïcida i menor el nivell de la recerca d'ajuda. Per aquest motiu, és important treballar aproximacions proactives amb els adolescents, en oposició a esperar passivament que hi acudeixin per descriure els seus símptomes o problemes, per tal de preguntar directament sobre el comportament suïcida, els factors de risc i protecció. Finalment, els professionals d'infermeria poden ajudar a augmentar el coneixement, entre altres professionals de la salut, pares, personal de l'escola i entre els adolescents, sobre signes d'alarma i passos necessaris per a la prevenció del suïcidi.

Desgraciadament, tota la evidència i recomanacions anteriors no semblen estar reflexades en les polítiques sanitàries del territori, amb un programa de salut escolar que aborda de forma mínima la detecció i prevenció davant la ideació suïcida i amb una absència de inclusió de forma sistemàtica en les intervencions dels professionals en l'àmbit escolar.

El programa mencionat anteriorment, és el Programa Salut i Escola (PSiE), el qual té com a objectiu millorar la salut dels adolescents mitjançant accions de promoció de

la salut, de prevenció de les situacions de risc i d'atenció precoç per als problemes relacionats amb la salut mental, la salut afectiva i sexual, el consum de drogues, alcohol i tabac, en col·laboració amb els centres educatius i els serveis de salut comunitària presents en el territori.⁴²

Aquest, no està consolidat en totes les escoles ni públiques ni concertades, ja que no en tots es realitza la consulta oberta ni les sessions grupals, és a dir xerrades/intervencions a l'alumnat. La consulta oberta, es defineix com a un espai on el professional d'infermeria es desplaça periòdicament al centre docent, amb l'objectiu d'afavorir l'accessibilitat de cara a la prevenció de situacions de risc i atenció precoç als problemes de salut dels adolescents a l'atenció sanitària amb garanties de privacitat, confidencialitat i proximitat.⁴³

5. CONCLUSIONS

Les dades relatives a la prevalença de ideació suïcida i del suïcidi consumat en l'etapa escolar, justifiquen per si soles la necessitat d'intervenir. Sent diversos els factors de risc que ens permetran realitzar una detecció primerenca i prevenció.

Els factors de risc recolzats per la bibliografia utilitzada en aquesta revisió, són, per ordre de rellevància: la salut mental, dintre d'aquesta i també en ordre classifiquem la depressió, l'ansietat, les temptatives prèvies, el consum de substàncies, la desesperança, trastorns de la conducta alimentària i hiperactivitat. Seguidament, l'abús sexual i les relacions primerenques, problemàtiques familiars, gènere femení, edats compreses entre els 14 i 16 anys, diversitat sexual, fracàs escolar, manca de confiança i/o comunicació amb la família, ruptures de relacions amoroses, conflictes amb la parella i/o amistats, oposició dels pares a la relació de parella i bullying i/o cyberbullying.

En base a les troballes obtingudes, es proposen una sèrie de intervencions i mesures a implementar a la pràctica. En quant a la prevenció, es proposa realitzar intervencions/xerrades estandarditzades als instituts, tractant en aquestes els factors de risc de més pes que causen ideació suïcida. S'ha comprovat en la bibliografia, que tractar el suïcidi com a tal en xerrades grupals de manera directe pot derivar a un rebuig per part dels adolescents, a no ser beneficis i a influenciar en l'efectivitat de la pròpia estratègia preventiva, degut a l'estigma que acompanya aquest fenomen³¹, així que no es realitzaria cap xerrada que abordés directament el tema del suïcidi. A més a més, aquestes xerrades haurien d'utilitzar una metodologia activa i participativa en comptes d'utilitzar discursos dogmàtics sobre els factors de risc, i invitar als adolescents a reflexionar i a manifestar-se. Així ho aconsellen fer en l'última guia d'implementació del Programa Salut i Escola.⁴²

A través d'indagar en el PSiE⁴², s'ha trobat que no existeix cap apartat dedicat a la ideació suïcida, ni tant sols al suïcidi. Només menciona aquests dos conceptes com a senyals d'alarma per detectar trastorns afectius. Com a proposta envers a aquest programa, es proposa la implantació d'un apartat on es tracti la ideació suïcida i se li

doni rellevància dins del programa, ja que com s'ha observat en aquesta revisió bibliogràfica, la ideació suïcida és prevalent en l'adolescència i és important prevenir-la per a no acabar desembocant en casos de suïcidi consumat.

Per altre banda, en quant a la detecció de la ideació suïcida, i seguint amb el PSiE i el seu apartat de consulta oberta, es troba important incidir en la importància de la infermera com a figura a la qual els adolescents poden acudir. Dins dels dubtes que els adolescents puguin plantejar, poden sorgir temes de conversa relacionats amb alguns factors de risc de la ideació suïcida o també el propi tema del suïcidi en el discurs de l'alumne. És per això que cal formar a les infermeres per a que integrin els coneixements de quins són els factors de risc que formen part de la ideació suïcida, i proporcionar-li eines de detecció per si es troben davant d'un cas de possible ideació suïcida. Perquè s'ha observat que en molts dels estudis contemplats en aquesta revisió bibliogràfica, la seva utilització és sensible a la presència o no d'aquesta ideació. Les escales més adients com a eina de treball de la infermera, han d'estar seleccionades en funció de la duració i extensió de la mateixa que permetin la seva administració, i en la informació que propicien un cop contestades. Dins l'àmbit escolar, es proposa la utilització de les següents escales:

- Escala Paykel de la ideació suïcida. (Taula 3)²⁰ Escollida degut a la simplicitat i franquesa de les preguntes. No s'han estudiat les seves propietats psicomètriques a Espanya. Però per altre banda ha estat utilitzada en varietat d'estudis i projectes, com per exemple el projecte internacional SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) en el qual participaven molts països entre els quals Espanya. A major puntuació en aquesta escala, major freqüència de ideació suïcida.
- Índex de Benestar Personal - versió escolar. (Taula 4)⁴⁴ S'ha escollit aquest índex per la claredat de la formulació de les preguntes, el sistema fàcil de resposta i perquè és una versió escolar que proporciona informació rellevant. En quant a aquest índex, s'han mostrat propietats psicomètriques adequades en estudis previs internacionals i nacionals.^{45,46,47}

- BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II. (Taula 5)⁴⁸ Escollit degut a la gran varietat de factors de risc de la ideació suïcida que inclou, és llarg però perfectament aplicable durant una tutoria a l'aula. En un estudi sobre la validesa predictiva d'aquest inventari es va veure que els subjectes amb una puntuació major o igual a dos en aquest ítem van ser 6,9 vegades més propensos a cometre suïcidi que en subjectes amb puntuacions inferiors a dos.⁴¹ Aquesta escala està recomanada per la GPC (Guia de Pràctica Clínica) de prevenció i tractament de la conducta suïcida.¹⁴ La puntuació de tall i els corresponents graus de depressió són: de 0 a 13 indica depressió mínima, de 14 a 19 depressió lleu, de 20 a 28 depressió moderada i de 29 a 63 depressió greu.⁴⁹

La proposta és dedicar una hora de tutoria a l'escola per a passar aquestes escales als alumnes, i que així puguin de manera individual i concentrats en silenci contestar a les preguntes i reflexionar sobre les seves respostes. Les escales es passarien als alumnes de forma informatitzada, ja que d'aquesta manera els resultats queden directament registrats i són més fàcilment accessibles per a la infermera i per a futures consultes dels propis resultats.

S'hauria de començar per estandarditzar aquest programa a tot el territori i no només en alguns centres educatius, perquè sinó hi haurà una gran quantitat de població adolescent que estarà exclosa, el que comportarà la impossibilitat de detectar el que podrien ser casos de ideació o inclús conducta suïcida. En concret, es considera que s'ha de fomentar la consulta oberta, ja que és un punt de trobada entre la infermera i l'alumnat de confiança i confidencialitat que pot conduir a una detecció de casos de risc i a futures intervencions.

La bibliografia trobada avala que les edats en les que la ideació suïcida és més prevalent es troba entre els 14 i els 16 anys, i començant a ser important a partir dels 10. És per aquest motiu, que es considera que la intervenció amb els alumnes es faci entre els 14 i 16 anys, concretament, a 2n i a 4t de la ESO. D'aquesta manera l'adolescent contestarà les escales durant el 2n curs i més endavant a 4t quan tornés a contestar-la es podria comparar amb l'anterior feta dos anys enrere i veure si hi

han diferències significatives que puguin indicar un increment de la ideació suïcida o el desenvolupament d'algun factor de risc. També es podria valorar en el 4t curs si les intervencions en forma de xerrades que s'han esmentat anteriorment en aquesta conclusió, són efectives o no. Si l'alumne presenta puntuacions de risc en les escales, la infermera podria intervenir i indagar més en l'adolescent en concret que l'ha presentat per veure si està en risc de tindre ideació suïcida o ja la presenta, valorant -ho a través de les escales escollides i decidint si és necessari derivar-lo al professional indicat.

Per últim, també es proposa com a eina per a la infermera d'atenció primària, el tindre un llistat dels factors de risc que s'han trobat relacionats amb la ideació suïcida en aquesta revisió bibliogràfica. Aquesta eina li permetrà a la infermera conèixer de manera senzilla i molt visual quins són els factors de risc que en l'etapa de l'adolescència envolten el fenomen de la ideació suïcida, i d'aquesta manera tindre-la en compte i utilitzar-la a diari per detectar possibles casos. (Taula 6)

Les limitacions que s'han trobat al fer aquest treball, són que s'han centrat les cerques bibliogràfiques a mostra representativa espanyola, i per conseqüència aquesta revisió no és aplicable a altres països.

Finalment resta assenyalar la necessitat d'aprofundir en la efectivitat de les intervencions infermeres, tant en la prevenció (qüestionaris pre i post intervenció), com en la detecció (número de subjectes derivats a salut mental), de forma que es pugui justificar i exigir la necessitat de majors recursos tant a nivell de número de professionals com de temps disponible dins de les activitats assistencials per a poder desenvolupar i implementar projectes infermers específics en l'àmbit de la prevenció de la ideació suïcida.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen W.H.O., 1998.
2. Sánchez-Sosa J, Villarreal-González M, Musitu G, Martínez Ferrer B. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial [Internet]. Scielo.isciii.es. 2019. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300008
3. GH0 | By category | Suicide rate estimates, crude, 10-year age groups - Estimates by country [Internet]. Apps.who.int. 2019 [consultat el desembre del 2019]. Disponible a: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDE10YEARAGEGROUPSV>
4. Suicidio [Internet]. Who.int. 2019 [consultat al desembre del 2018]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
5. Navarro Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. Clínica y Salud [Internet] 2017 [consultat el desembre del 2018]; Vol 28: 25-31. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
6. Eurostat. Death due to suicide, by sex. [Internet]. Eurostat 2015 [consultat el desembre del 2018]. Disponible a: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122>
7. Busquets X. Epidemiologia del suïcidi a Catalunya, 2015. [Treball Final del Grau de Criminologia]. UOC; 2015.
8. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra; 2001.
9. Estadísticas del suicidio en España en el año 2016 [Internet]. Observatorio del Suicidio. 2016 [Consultat al desembre del 2018]. Disponible a: <https://www.fsme.es/observatoriodelsuicidio>

10. Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Suicidios. Por sexo y provincias [Internet]. Idescat.cat. 2019 [consultat al abril del 2019]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=616&lang=es>
11. OMS | Datos y cifras sobre el suicidio: infografía [Internet]. Who.int. 2019 [consultat el desembre del 2018]. Disponible a: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
12. Pla de Salut 2016-2020 [Internet]. Salutweb.gencat.cat. 2019 [consultat el desembre del 2018]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
13. Atenció a les persones en risc de suïcidi: codi risc de suïcidi (CRS) (10/2015) [Internet]. Scientiasalut.gencat.cat. 2019 [consultat el febrer del 2019]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1654>
14. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) 2012. Guías de Práctica Clínica en el sns: Avalia-t 2010/02.
15. Picazzo-Zapino J. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. Actas Españolas de Psiquiatría. [Internet] 2014. Vol 42 (3): 125-32.
16. Olalla Varela-Besteiro, et al. Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Actas de psiquiatría 2017;45(4):157-66.
17. González N, López N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. Metas de Enfermería. [Internet] 2012 [Consultat al gener del 2019]. 15(7): 50-54. Disponible a <http://www.amece.es/images/1.antecedentes.pdf>
18. Enfermeras/os Escolares: Habilidades, competencias y funciones. (2016). [Internet] Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar. [consultat el desembre del 2018]. Disponible a: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2016/08/1-Enfermeras-escolares-rolescompetencias-y-habilidades.pdf>

19. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008.
20. Fonseca-Pedrero E, et al. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2017; Vol 12 (2): 76-85.
21. Bousoño M, et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones* 2017;29(2): 97-104.
22. Margarit A, Martinez L, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *Anales de pediatría* 2016; Vol 85 (1):13-17.
23. Carpio Gesta ML, Redondo Gallego MJ, Ballester i Diez F. Mortalidad e ingresos hospitalarios por violencia de los menores de 15 años en la Comunidad Valenciana (2007-2011). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:25-33.
24. Soler L, Segura A, Kirchner T, Fornis M. Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of spanish adolescents. *Violence and victims* 2013; Vol 28 (5): 899-912.
25. Kirchner, et al. Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(4):226-35.
26. García-Haro, et al. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(134): 381-400.
27. Carvajal G, Caro C. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Avances de enfermería* 2012. Vol XXX (3): 102-117.
28. Pérez, A, et al. Revisión sistemática de la prevalencia de ideación y conducta suicida en menores víctimas de abuso sexual. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(4):149-58.
29. Victorio A, Tomás L. Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. *Metas Enfermería* 2017; Vol 20 (8): 55-60.

30. Díaz M, García R, León V, Pérez M, Baca E, Carballoa J. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2015; 8(3):137-145.
31. Morgan L. Prevention Starts With Awareness. *NASN School Nurse* 2016.
32. Constanza Cañón S, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:387-97.
33. Riverón L, Velázquez R, Borrero O, Fonseca M. Factores de riesgo, síntomas y conducta ante adolescentes con intentos suicidas. *Revista 16 de Abril* 2016. Vol 55 (262):18-24.
34. Sánchez-García M^aA, Pérez A, et al. Ajuste Emocional y Comportamental en una Muestra de Adolescentes Españoles. *Actas Esp Psiquiatr* 2018; Vol 46 (6): 205-216.
35. Chamorro V. La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detención del acoso escolar. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2017. Vol 8(2): 247- 253.
36. Rajamohan S, Sharkey P, Heavey E. Therapeutic approaches for suicidal adolescents. *Nursing* 2018. Vol 48 (9): 33-38.
37. OMS | Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Who.int. 2019 [consultat al maig del 2019]. Disponible a: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
38. Villar-Cabeza, et al. Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida. *Actas Esp Psiquiatr* 2018;46(3):104-11.
39. Martínez-Ortega JM. Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio. *Trastornos Adictivos*. 2011;13(3):119-122
40. Casas, F., Sarriera, J., Abs, D., Coenders, G., Alfaro, J., Saforcada, E., & Tonon, G. (2012). Subjective Indicators of Personal Well-Being among Adolescents. Performance and Results for Different Scales in Latin-Language Speaking Countries: A Contribution to the International Debate. *Child Indicators Research*, 5(1), 1-28. doi: 10.1007/s12187-011-9119-1

41. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:371-7.
42. Programa Salut i Escola : guia d'implantació. [Internet] Generalitat de Catalunya, 2008. [Consultat el març del 2019]. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/03salut-i-escola/guia-implementacio-salutescola.pdf
43. Programa Salut i Escola (consulta oberta) [Internet]. XTEC - Xarxa Telemàtica Educativa de Catalunya. 2019 [consultat el març del 2019]. Disponible a: <http://xtec.gencat.cat/ca/comunitat/salutescola/programasalutescola/>
44. Bilbao Ramírez Ma, et al. Propiedades psicométricas de la escala Índice de Bienestar Personal (PWI-SC) en adolescentes chilenos. *Salud y sociedad* 2016;7:168-178.
45. Cummins RA, Lau ADL. Personal Wellbeing Index-School Children (PWI-SC). 3 rd ed. Melbourne: Deakin University; 2005.
46. Tomy AJ, Cummins RA. The subjective wellbeing of high-school students: Validating the Personal Wellbeing Index-School Children. *Soc Indic Res.* 2011;101:405-18.
47. González-Carrasco M, Casas F, Malo S, Vinas F, Dinisman T. Changes with age in subjective well-being through the adolescent years: Differences by gender. *J Happiness Stud.* 2017;18:63-88.
48. BDI-II Inventario de Depresión de Beck. Disponible a: <https://dokumen.tips/documents/bdi-ii-inventario-de-depresion-de-beck.html>
49. Sanz J, Gutierrez S et al. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "inventario de depresión de BECK-II" (BDIII) [Internet]. 2019 [consultat al maig del 2019]. Disponible a: <https://www.pearsonclinical.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>

ANNEXOS

Taula 3. Escala Paykel de Ideación Suicida (Paykel Suicide Scale)

ÍTEMS	SÍ	NO
1.Has sentido que la vida no merece la pena?		
2.¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte.		
3.Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fuer a hacer?		
4.¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?		
5.¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?		

Taula 4. Índex de Benestar Personal-versió escolar (Personal Wellbeing Index-School Children)

1.¿Estoy satisfecho/a con las cosas que tengo?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.¿Estoy satisfecho con las cosas en las que quiero ser bueno?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.¿Estoy satisfecho/a con mi salud personal?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. ¿Estoy satisfecho/a con lo seguro que me siento?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. ¿Estoy satisfecho/a con mi vida en el colegio?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. ¿Estoy satisfecho/a con como utilizo mi tiempo?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. ¿Estoy satisfecho/a con las cosas que hago fuera de mi casa?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. ¿Estoy satisfecho/a con lo que puede pasar más adelante en mi vida?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Taula 5. BDI-II Inventari de depressió de Beck

ÍTEMS	
1. Tristeza	0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Estoy triste todo el tiempo. 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo	0 No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso	0 No me siento un fracasado 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer	0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de culpa	0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de castigo	0 No siento que estoy siendo castigado. 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2 Me critico a mí mismo por todos mi errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
8. Autocrítica	0 No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo. 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o deseos suicidas	0 No tengo ningún pensamiento de matarme. 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2 Querría matarme. 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto	0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier pequeñez.

	3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. Agitación	0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Pérdida de interés	0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión	0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización	0 No siento que yo no sea valioso. 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada.
15. Pérdida de energía	0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los hábitos de sueño	0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día.

	3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.
17. Irritabilidad	0 No estoy más irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el apetito	0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a No tengo apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo.
19. Dificultad de concentración	0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o fatiga	0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21. Pérdida de interés en el sexo	0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente mi interés en el sexo.

Taula 6. Factors de risc de la ideació suïcida en l'adolescència

FACTORS DE RISC DE LA IDEACIÓ SUÏCIDA EN L'ADOLESCÈNCIA
Depressió
Ansietat
Temptatives prèvies
Consum de substàncies (cànnabis associat a altres substàncies, tabac, alcohol)
Desesperança
Trastorn de la conducta alimentaria
Hiperactivitat
Abús sexual
Relacions primerenques (sobretot en noies)
Problemàtiques familiars
Manca de confiança i/o comunicació amb la família
Antecedents familiars de suïcidi
Oposició dels pares a la relació de parella
Pares amb antecedents psiquiàtrics
Gènere femení
Edats entre 14 i 16 anys
Diversitat sexual
Fracàs escolar
Bullying i/o cyberbullying
Conflictes amb la parella i/o amistats
Ruptures de relacions amoroses

