

Mayulay Isabel Villegas Vásquez

Cèlia Salon Mateu

**REVISIÓ DE L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA SOBRE FACTORS DE RISC DEL SUÏCIDI I
ANÀLISI DE LA IMPLEMENTACIÓ EN PROGRAMES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA A LA
POBLACIÓ PEDIÀTRICA CATALANA**

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Dr. Xavier Montaner Casino

Infermeria



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2024

ÍNDEX

0. RESUM.....	3
1. INTRODUCCIÓ	4
2. OBJECTIUS	6
2.1. Objectius Generals	6
2.2. Objectius Específics	6
3. MARC TEÒRIC.....	7
4. MATERIAL I MÈTODES	15
5. RESULTATS	17
5.1. Problemes a l'entorn familiar.....	22
5.2. Problemes individuals.....	22
5.2.1. Problemes individuals: sociodemogràfics	22
5.2.2. Problemes individuals: salut i salut mental.....	22
5.2.3. Problemes individuals: consum d'alcohol i substàncies	23
5.2.4. Problemes individuals: relacional.....	23
5.2.5. Problemes individuals: estrès	23
5.3. Problemes en la comunitat	24
5.3.1. Problemes en la comunitat: sociodemogràfics	24
5.3.2. Problemes en la comunitat: relacions	24
5.4. Altres problemes.....	24
6. DISCUSSIÓ	34
6.1 Identificació dels factors de risc de suïcidi	34
6.2 Detecció del risc de suïcidi en la població pediàtrica a Catalunya	35
6.3 Propostes de millora del Pla de prevenció de risc del suïcidi.....	37
7. LIMITACIONS.....	39
8. CONCLUSIONS	41
9. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	43
10. ANNEXOS.....	50

0. RESUM

A l'any es moren més de 700.000 persones per suïcidi arreu del món. El suïcidi infantil està en augment i representa un greu problema de salut pública. L'objectiu de la revisió és analitzar quins són els factors de risc suïcida en població pediàtrica amb evidència científica i contrastar-los amb els factors inclosos als programes de prevenció de la població pediàtrica a Catalunya. La base de dades emprada per la cerca de la bibliografia va ser PubMed. Es van incloure 29 articles en la revisió. La bibliografia amb evidència científica dels darrers cinc anys confirma molts dels factors de risc del suïcidi recollits als programes de prevenció i inclou nous factors i perspectives actualitzades, que ens confirmen que els riscos del suïcidi en la població pediàtrica són multifactorials i d'inici més precoç. En conclusió es necessiten obrir noves línies de recerca per la actualització i renovació de programes de prevenció del suïcidi en població pediàtrica a Catalunya.

PARAULES CLAU: Comportament suïcida, factors de risc, població pediàtrica, salut mental juvenil, prevenció del suïcidi

ABSTRACT

Every year, more than 700,000 people die by suicide around the world. Child suicide is on the rise and represents a serious public health problem. The aim of the review is to analyze which are the suicide risk factors in the pediatric population with scientific evidence and to contrast them with the factors included in the prevention programs for the pediatric population in Catalonia. The database used for the bibliography search was PubMed. 29 articles were included in the review. The bibliography with scientific evidence of the last five years confirms many of the suicide risk factors collected in prevention programs and includes new factors and updated perspectives, which confirm to us that the risks of suicide in the pediatric population are multifactorial and of earlier onset. In conclusion, it is necessary to open new lines of research to update and renew suicide prevention programs in the pediatric population in Catalonia.

KEY WORDS: Suicidal behaviour, risk factors, pediatric population, youth mental health, suicide prevention

1. INTRODUCCIÓ

Segons la OMS el suïcidi és l'acte deliberat de treure's la vida i inclou tot tipus de mètodes. A nivell mundial, cada any moren al voltant de 703.000 persones per suïcidi(1). A Espanya l'any 2022 va haver-hi 4227 morts per suïcidi, un augment del 5'6% respecte l'any anterior(2). Es manté com la primera causa de mort no natural, major que els accidents de trànsit, els homicidis i les morts produïdes per violència de gènere. En els últims anys no només està augmentant el suïcidi en la població adulta sinó que també està incrementant el suïcidi infantil i ho podem apreciar amb la gran quantitat de casos que es transmeten als mitjans de comunicació. L'any 2021 a Espanya, el suïcidi en els menors de 15 anys va augmentar un 57% respecte el 2020. Aquest nombre es tradueix en 14 suïcidis en menors de 15 anys al 2020, i 22 suïcidis al 2021. L'últim any del que es té informació de l'Institut Nacional d'Estadística és el 2022 amb 12 suïcidis consumats entre les persones d'1 a 14 anys(3). Aquest mateix any, a Catalunya es van registrar 1.425 casos de temptatives de suïcidis i 4 suïcidis consumats en persones d'aquest rang d'edat(4).

A Catalunya, la població pediàtrica es conforma de nounats fins als 14 anys. És una població amb un rang d'edat específic dins del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya amb un Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica, "El programa del nen sa"(5). Degut a l'augment del nombre de casos de suïcidi en menors d'edat és essencial estudiar el tema amb més profunditat per aportar nova informació sobre el tema i poder obrir noves línies d'estudi.

Actualment, es disposa de diversos programes i guies d'atenció primària que s'apliquen a la població pediàtrica de Catalunya. El programa del nen sa, anteriorment esmentat, el Pla de prevenció de la conducta suïcida de Catalunya 2021-2025(6). i la Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu(7).

El programa del nen sa de Catalunya no tracta el suïcidi amb exhaustivitat i el Pla de prevenció de la conducta suïcida de Catalunya 2021-2025 no és específic en població pediàtrica. La Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu, esmenta algun factor de risc però desenvolupa de manera més extensa els factors protectors.

Tenint en compte aquestes observacions, no hi ha una informació exhaustiva sobre quins són els factors de risc que intervenen en el suïcidi infantil. Així doncs, el present treball té l'objectiu de determinar quins són els factors de risc del suïcidi de la població pediàtrica, per ajudar a instaurar estratègies de prevenció.

Amb aquest motiu, s'ha realitzat una recerca de l'evidència científica per a determinar quins són els factors de risc del suïcidi infantil i s'han comparat amb els que consten als programes d'atenció primària en població pediàtrica a Catalunya, per comprovar si són els mateixos o si n'hi ha que no formen part en els programes preventius.

PREGUNTA DE RECERCA: Quins són els factors de risc del suïcidi, basats en evidència científica, que s'inclouen i/o manquen en els programes d'atenció primària per a la població pediàtrica a Catalunya?

2. OBJECTIUS

2.1. Objectius Generals

- Realitzar una revisió bibliogràfica exhaustiva per examinar els factors de risc del suïcidi que tenen suport científic i contrastar la presència i la implementació d'aquests factors en els programes d'atenció primària adreçats a la població pediàtrica a Catalunya.

2.2. Objectius Específics

- Analitzar els Factors de Risc Suïcida a la Població Pediàtrica de Catalunya
- Millorar la identificació dels factors de risc del suïcidi en població pediàtrica a atenció primària a Catalunya.
- Identificar els factors de risc en suïcidi i conducta suïcida de la població pediàtrica a Catalunya.
- Conèixer les causes del suïcidi en nens catalans.
- Avaluar la prevalença i magnitud dels factors de risc
- Examinar la implementació de programes d'atenció primària a Catalunya, identificant les estratègies de prevenció del suïcidi.
- Identificar possibles àrees de millora en la implementació d'estratègies de prevenció del suïcidi en programes d'atenció primària a Catalunya.

3. MARC TEÒRIC

El suïcidi és l'acte de treure's la vida deliberadament iniciat i dut a terme per la persona en qüestió amb total coneixement o expectativa del seu resultat fatal. Cada any hi ha més de 700.000 morts per suïcidi i és la principal causa de mort evitable. És un problema de salut pública global, amb una gran taxa de defuncions i intents de suïcidi. Afecta totes les regions del món i tots els grups d'edat, sent especialment alarmant entre els joves de 15 a 29 anys, on és la segona causa principal de mort(1). Aquest fenomen impacta fortament a les poblacions més vulnerables, sobretot als països amb menys recursos.

Pel que fa a l'edat, els índexs de suïcidi són més baixos en els menors de 15 anys i més alts en aquelles amb 70 anys o més, tant en homes com en dones, a gairebé totes les regions del món, encara que els patrons d'edat i sexe als índexs de suïcidi entre 15 i 70 anys varien segons la regió(8). Les principals diferències entre els països d'ingressos alts i els països de renda baixa i mitjana (PRBM) són que els adults joves i dones grans als PRBM tenen índexs de suïcidi molt més alts que als països d'ingressos alts, mentre que els homes d'edat mitjana a països d'ingressos alts tenen índexs de suïcidi molt més alts que els homes d'edat mitjana a PRBM(8).

La proporció de totes les morts per suïcidi i el rang del suïcidi com a causa de mort varien en funció de l'edat. A escala mundial, entre els adults joves de 15 a 29 anys, el suïcidi representa el 8,5% de totes les morts i és la segona causa de mort(8). Entre els adults de 30 a 49 anys representa el 4,1% de totes les morts i és la cinquena causa de mort. Remarcablement, als països d'ingressos alts i als PRBM de la Regió del Sud-est Asiàtic, el suïcidi representa el 17,6% i el 16,6%, respectivament, de totes les morts entre els adults joves de 15 a 29 anys i és la principal causa de mort per a ambdós sexes(8).

Un altre mètode d'avaluar la importància del suïcidi com a problema de salut pública és avaluar-ne la contribució relativa a totes les morts intencionades, que inclouen morts per violència interpersonal, conflictes armats i suïcidi (és a dir, morts violentes). Mundialment, els suïcidis representen el 56% de totes les morts violentes (50% en homes i 71% en dones). Als països d'ingressos alts, el suïcidi representa el 81% de les morts violentes tant en homes com en dones, mentre que als PRBM el 44% de les morts violentes en homes i el 70% de les morts violentes en dones a causa del suïcidi(8).

L'OMS reconeix la importància i urgència de la prevenció dels suïcidi i crea el primer Pla d'Acció en Salut Mental(9). Les causes del suïcidi són variades, però la disponibilitat de

recursos juga un paper crític. Les estratègies de prevenció inclouen la restricció de l'accés als mitjans de suïcidi, la identificació i gestió dels trastorns mentals i l'abús d'alcohol, i la promoció de factors protectors a tots els nivells de la societat(9).

L'OMS també ha desenvolupat la guia "LIVE LIFE" per donar suport als països en la implementació d'intervencions efectives basades en evidències per prevenir el suïcidi. Aquesta guia advoca perquè els països prenguin mesures en la prevenció del suïcidi, idealment mitjançant una estratègia nacional exhaustiva. Tot i que només 38 països tenien una estratègia nacional de prevenció del suïcidi el 2018(10), l'absència d'aquesta estratègia no hauria d'impedir que els països implementin intervencions per prevenir el suïcidi.

La guia LIVE LIFE estableix sis pilars fonamentals que serveixen com a requisit per a la implementació d'intervencions efectives de prevenció del suïcidi. Aquests pilars inclouen l'anàlisi de la situació, la col·laboració multisectorial, l'augment de la conscienciació i l'advocacia, la capacitació, el finançament, i la vigilància, el seguiment i l'avaluació⁴. També identifica intervencions clau com limitar l'accés als mitjans de suïcidi i fomentar habilitats socioemocionals en adolescents(10). Aquesta guia proporciona un marc per als professionals de la salut per abordar aquesta crítica qüestió de salut pública i reduir el nombre de morts per suïcidi a escala mundial.

L'objectiu global és aconseguir la reducció de la taxa global de mortalitat per suïcidi en un terç per a l'any 2030. Tot i haver-hi una petita reducció en la taxa global d'edat estandarditzada des de 2010(10), no tots els països estan compromesos amb la prevenció del suïcidi, i alguns han vist augmentar les seves taxes de suïcidi. Davant d'aquest panorama, és urgent un augment dels esforços per prevenir el suïcidi.

A Espanya, l'any 2022 van morir 4227 persones a causa del suïcidi(11), una taxa de suïcidi de 13,28 homes i 4,5 dones per cada 100.000 habitants(12), respectivament. Aquestes xifres mostren un augment en el nombre total de suïcidis consumats a Espanya d'un 5,6% més respecte a l'any anterior. En efecte, des de 2018 s'observa una tendència creixent en la mortalitat per suïcidi, amb un increment destacable des de la pandèmia de COVID-19(13).

Segons les dades recopilades entre el 2000 i el 2021 a Espanya, la taxa de mortalitat anual va ser considerablement més alta els anys 2020 i 2021 comparant-la amb els anys 2018 i 2019. L'increment en els suïcidis es va observar tant en homes com en dones,

adults de mitjana edat (de 40 a 64 anys), persones solteres i residents d'àrees urbanes grans. Els factors relacionats amb la pandèmia, com ara la manca de suport social i l'estrès econòmic, podrien haver contribuït a l'augment dels suïcidis(13). El distanciament social i els confinaments també podrien haver incrementat el nombre de suïcidis al limitar les interaccions socials i augmentar l'aïllament.

Durant la pandèmia, l'aïllament social, la interrupció de rutines diàries i l'ús excessiu de tecnologia han exacerbat els problemes de salut mental entre els joves(14). Tanmateix, no tots els adolescents experimenten aquests problemes de manera igual, ja que també hi influeixen els factors individuals i d'entorn. És fonamental abordar aquests problemes des d'una perspectiva integral, reforçant els recursos d'atenció primària, hospitalària i de salut mental per a aquesta població. A més, la formació en psiquiatria infantil i adolescent per a professionals de la salut i de l'àmbit educatiu resulta crucial en la prevenció i detecció precoç de les conductes suïcides entre nens i adolescents(14).

D'entre la terminologia(15) més usada per a definir els fenòmens que engloba el suïcidi cal diferenciar els següents conceptes:

- **Suïcidi:** Qualsevol acte mortal d'autolesió amb intenció autodestructiva més o menys conscient, encara que sigui vaga o ambigua(16).
- **Intent de suïcidi o temptativa autolítica:** comportament potencialment lesiu, autoinfligit i amb intenció de morir, que pot provocar o no lesions, però que no resulta en la mort de la persona(15).
- **Ideació suïcida:** Pensaments més o menys organitzats i persistents al voltant de treure's la vida(16).
- **Risc suïcida:** Es refereix a aquells determinants personals, familiars i socials que augmenten la probabilitat de suïcidi per a aquesta persona en aquell moment específic(15).
- **Parasuïcidi:** Un acte nociu contra un mateix que aparenta suïcidi, però que té un propòsit associat a les conseqüències esperades o derivades del mateix acte(15).
- **Autolesió:** Comportament autolesiu on es descriu només el fet i no pas la seva motivació(15).
- **Suïcidalitat:** Estat caracteritzat per desesperança i sentiments depressius producte de la interacció de característiques personals i manca d'habilitat per manejar esdeveniments adversos en contextos socials desfavorables(15).

Les àrees de millora en la prevenció del suïcidi en la població infantil i adolescent a Espanya posen de manifest la manca d'un pla nacional específic(14) per a aquest propòsit, generant una enorme heterogeneïtat entre els plans d'atenció al risc suïcida en les diferents comunitats autònomes. Els recursos implicats en la prevenció del suïcidi en la població infantil i adolescent abasten una àmplia gamma de serveis, des dels serveis mèdics fins als serveis socials i educatius(16).

Des de l'any 2015 a Catalunya hi ha implantat el Codi Risc Suïcidi (CRS), un protocol amb actuacions assistencials i preventives per aquelles persones que presentin risc de suïcidi imminent o a curt termini. El CRS també assegura la continuïtat de l'assistència segons el nivell de risc, amb l'objectiu de disminuir la mortalitat per suïcidi, prevenir els reintents de suïcidi i augmentar la supervivència de la població amb conducta suïcida. S'activa tant en població adulta com en pediàtrica.

Les tres fases del CRS(17) són:

- **Fase 1:** Detecció, sospita de risc alt i primera atenció. Activació del CRS.
- **Fase 2:** Seguiment proactiu després de l'alta (almenys 30 dies).
- **Fase 3:** Seguiment preventiu longitudinal (12 mesos)

Un altre pla d'abordatge del suïcidi, i vigent a Catalunya és el Pla de Prevenció del suïcidi 2021-2025(6). Creat per tractar els casos de suïcidi del nostre país. El PLAPRESC presenta diverses línies estratègiques, objectius i activitats per a establir una assistència que se centri en la detecció, la intervenció precoç i el risc de suïcidi.

La segona línia estratègica posa l'èmfasi en la identificació de persones en situació de risc, en l'accessibilitat i continuïtat de l'atenció, en el tractament i el seguiment i recuperació. Des d'aquest pla(9), algunes de les accions que es proposen desenvolupar per afavorir la identificació del risc del suïcidi són:

- Unificar criteris entre els professionals sobre el tipus d'eines a utilitzar per efectuar la valoració de la conducta suïcida i les autolesions no suïcides (OMS, IRL, PB, etc.)
- Millorar la prevenció del suïcidi per part dels serveis d'atenció primària i d'altres serveis prestadors de serveis de salut, socials i penitenciaris. Donar especial èmfasi a la identificació primerenca de persones en situació de risc que hi acudeixen per patologies (mentals o no) associades a un risc més elevat de suïcidi.

- Introduir programes de prevenció específica en patologies o situacions en què hi ha un elevat risc de suïcidi.
- Promoure l'accés immediat a serveis integrats per a les persones en situació d'elevat risc de comportaments suïcides (OMS)
- Vetllar perquè la comunitat respongui a les crisis de manera apropiada. (OMS)
- Revisar el procediment del Codi Risc Suïcidi en els serveis d'urgències generals i altres serveis assistencials no de salut mental per identificar-ne l'adequació a les bones pràctiques basades en l'evidència científica.
- Facilitar guies d'actuació i recursos als equips de primera intervenció en situacions de crisis suïcides.

De cara a identificar el risc de suïcidi, actualment es disposa d'una eina de cribatge provada i acceptada en les guies de pràctica clínica en salut mental. Aquesta eina és l'escala Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)(18), validada en castellà l'any 2000, per al cribatge del risc suïcida.

El seu objectiu és definir uns criteris bàsics per al cribatge, la detecció i la valoració inicial del risc de suïcidi, amb la intenció de facilitar la valoració sistemàtica als professionals de la salut, ajudar-los a determinar el nivell de risc i simplificar la presa de decisions preventives. Aquesta valoració determinarà els serveis implicats en l'atenció immediata i el seguiment del pacient.

Segons la valoració de l'escala MINI, poden sortir tres resultats(18):

- **Nivell de risc baix:** per part del professional d'atenció primària cal explorar els problemes de salut que poden augmentar el risc de suïcidi i que poden ser disminuïdes amb mesures terapèutiques de baixa potència. Requereix seguiment periòdic i possible interconsulta amb especialista del centre de salut mental.
- **Nivell de risc moderat o mitjà:** aquesta detecció requereix una exploració dels factors de risc i problemes de salut que poden conduir a una conducta suïcida, i que poden ser modificats amb mesures terapèutiques. Requereix seguiment periòdic amb mesures de suport i amb una preferible valoració i seguiment de professional de salut mental.
- **Nivell de risc alt:** Grup diana del CRS. És indispensable l'avaluació psiquiàtrica, amb una exploració dels factors de risc i els signes d'alarma, una entrevista clínica i una avaluació psicopatològica per fer un diagnòstic i determinar la inclusió en el protocol CRS.

Des del servei d'atenció primària (APS) s'actuarà seguint la ruta assistencial implantada en el territori pertinent(16). En cas de risc de suïcidi baix o moderat, el metge de família fa una interconsulta amb el psiquiatre referent per a una avaluació psiquiàtrica. Addicionalment, fa un seguiment longitudinal freqüent. Si el risc de suïcidi és alt, es proporciona una primera atenció sanitària i si és possible una interconsulta immediata amb el psiquiatre, per fer avaluació clínica, si no pot ser, es truca al 061 per traslladar al pacient al centre de referència. En cas de detecció de risc de suïcidi en centres d'urgències d'atenció primària (CUAP) també es fa el cribratge. Si el risc és baix o moderat, es refereix al pacient a l'APS per a un seguiment. Si el risc de suïcidi és alt, es truca directament al 061 per a traslladar a la persona a l'hospital de referència.

Per a la detecció del risc de suïcidi les escales validades són una eina fiable i estandarditzada per al cribratge, no obstant hi ha diverses situacions que poden influir en el risc suïcida i que es coneixen a partir d'una valoració biopsicosocial del pacient. Per a identificar una situació de risc de suïcidi cal conèixer els factors de risc, que són els elements que fan augmentar les possibilitats de cometre suïcidi. L'OMS ha identificat un ampli ventall de factors de risc i els ha classificat en diferents categories(1):

- Els **factors sistèmics i socials** inclouen la dificultat en l'accés a l'atenció sanitària, l'accés a mitjans que es poden utilitzar per cometre el suïcidi, la notificació inapropiada per part dels mitjans de comunicació, l'estigma associat a les conductes de cerca d'ajuda i la idealització romàntica en determinades subcultures i franges d'edat.
- Els **factors comunitaris** inclouen desastres, guerres i conflictes, estrès per desplaçaments i aculturació, discriminació (empresonament, orientació sexual, assetjament, migrants), i traumes o abusos.
- Els **factors relacionals** inclouen el sentiment d'aïllament, soledat i falta de suport social i els conflictes en les relacions, disputes o pèrdues.
- Els **factors individuals** inclouen intents de suïcidi anteriors, trastorns mentals, consum nociu d'alcohol i altres drogues, desesperança, trets de la personalitat, dolor crònic, malalties físiques o discapacitat, antecedents familiars de suïcidi, factors genètics i biològics.

En el marc de les polítiques educatives de la Generalitat de Catalunya, s'estableixen protocols d'actuació per abordar situacions de crisi com la mort per suïcidi d'un estudiant. El maneig del suïcidi infantil a Catalunya es fa a través de la "Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre

educatiu”(7). Aquesta guia posa l’enfocament de la prevenció i la intervenció del suïcidi en les escoles. El centre educatiu és un espai on es poden donar factors protectors o factors de risc coneguts i relacionats amb el suïcidi infantil (assetjament, ciberassetjament, factors d’estrès relacionats amb el rendiment, entre altres)(7).

Es destaca la importància de la intervenció precoç i coordinada entre els diferents agents educatius i els serveis de salut. En aquest sentit, s’incorpora la figura del docent referent com a eix central de l’acompanyament emocional i la detecció de situacions de risc. Aquesta tasca implica no només l’atenció directa a l’estudiant, sinó també la col·laboració amb altres professionals i la participació activa de les famílies. A través d’aquests protocols i estratègies d’intervenció, es busca no només donar resposta a les situacions d’emergència, sinó també promoure la prevenció i el benestar emocional de tota la comunitat educativa(7). Aquest enfocament integral reflecteix un compromís amb la salut i el desenvolupament integral dels estudiants, posant èmfasi en la creació d’entorns escolars segurs i saludables.

Per potenciar els factors de protecció al context escolar, cal activar un treball de prevenció universal que pot incloure desenvolupar programes d’entrenament en habilitats de regulació emocional i social, de solució de conflictes i de gestió de l’estrès; fomentar la pràctica de l’activitat física, fomentar la vinculació amb entitats i associacions amb objectiu ludicosocial; portar a terme una alfabetització correcta en l’ús de les xarxes socials, establir protocols i sistemes de treball en xarxa amb els sistemes de salut, amb els professionals d’orientació educativa dels centres i amb els equips d’assessorament i orientació psicopedagògica (EAP)(7), entre altres.

Els centres educatius són bons llocs per detectar i prevenir el malestar emocional que pot acabar relacionat amb la conducta suïcida. Així doncs, el Departament de Salut i del Departament d’Educació s’uneixen per a implementar aquesta guia per a l’abordatge del suïcidi i les autolesions no suïcides en l’àmbit educatiu, dirigit als alumnes de l’escola obligatòria i postobligatòria, oferint unes pautes per a l’actuació coordinada i en consonància amb tots els centres del país(7).

Quan hi ha verbalització d’una intencionalitat suïcida per part d’un alumne o alumna cal prendre diverses mesures per part del professorat: No deixar l’alumna o alumne mai sol, informar-ne la direcció del centre i informar-ne la família(7).

Si la idea de suïcidi és imminent, la direcció del centre truca al 061, que activa el Codi Risc Suïcidi (CRS), i a la família. També n’informa l’orientador, el professional de l’EAP

o la infermeria del Programa salut i escola (PSiE). Si la idea de suïcidi no és imminent, la direcció del centre truca a la família per comunicar-li el fet; la família n'ha d'informar el pediatre o metge de família, per demanar una valoració del centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ)(7).

En el cas que es produeixi una temptativa de suïcidi dins del centre, el circuit d'actuació és el mateix. D'altra banda, si es produeix una mort per suïcidi al centre escolar, direcció del centre truca al 061 i contacta amb el psicòleg o psicòloga del SEM, i n'informa la família. També n'informa la Inspecció d'Educació (que contacta amb el coordinador del CSMIJ) i amb l'EAP, amb l'orientador del centre o amb la infermeria del PSiE. Si l'alumnat presenta símptomes d'estrès agut per la situació viscuda, l'EAP, l'orientador del centre o la infermeria del PSiE truquen al 061 i avisen les famílies per proposar-los una derivació urgent al CSMIJ, en menys de 48 hores(7).

4. MATERIAL I MÈTODES

Es va realitzar una cerca sistemàtica d'articles científics vinculats als riscos de suïcidi en la població infantil al buscador PubMed.

En primer lloc, es va realitzar un llistat de Paraules Clau amb múltiples sinònims utilitzant un thesaurus. Un cop recollits els termes de cerca, es va dissenyar la següent fórmula de cerca:

((suicid* OR self-harm) AND (tendenc* OR acts OR attempt* OR thought* OR intention* OR contemplation* OR ideation*)) AND (factors OR risk OR contribut* OR precipitat* OR indicator* OR determinant*) AND (child* OR youth OR pediatric* OR teenager* OR minor* OR youngster*) AND (spain OR spanish OR catalonia OR catalan) AND prevention

Per tal de recollir l'evidència més recent, es va restringir la cerca a la bibliografia publicada els darrers 5 anys. Arran de la cerca, es van obtenir 162 articles específics i pertinents. A la taula 1 es mostra el procediment de selecció d'articles.

D'entre tots els articles, se'n van descartar 84 a través del títol i es van seleccionar aquells que guardaven relació amb el tema específic a tractar, quedant un total de 78 articles. Finalment, es van descartar 49 a través de l'abstract amb els següents criteris d'Inclusió i exclusió:

Criteris d'inclusió

- Títol relacionat amb el suïcidi
- La ideació suïcida i els factors de risc
- Investigacions originals
- Articles amb fiabilitat
- Articles amb validesa
- Idioma en anglès

Criteris d'exclusió

- Revisions
- Articles no originals
- Estudis de població no pediàtrica

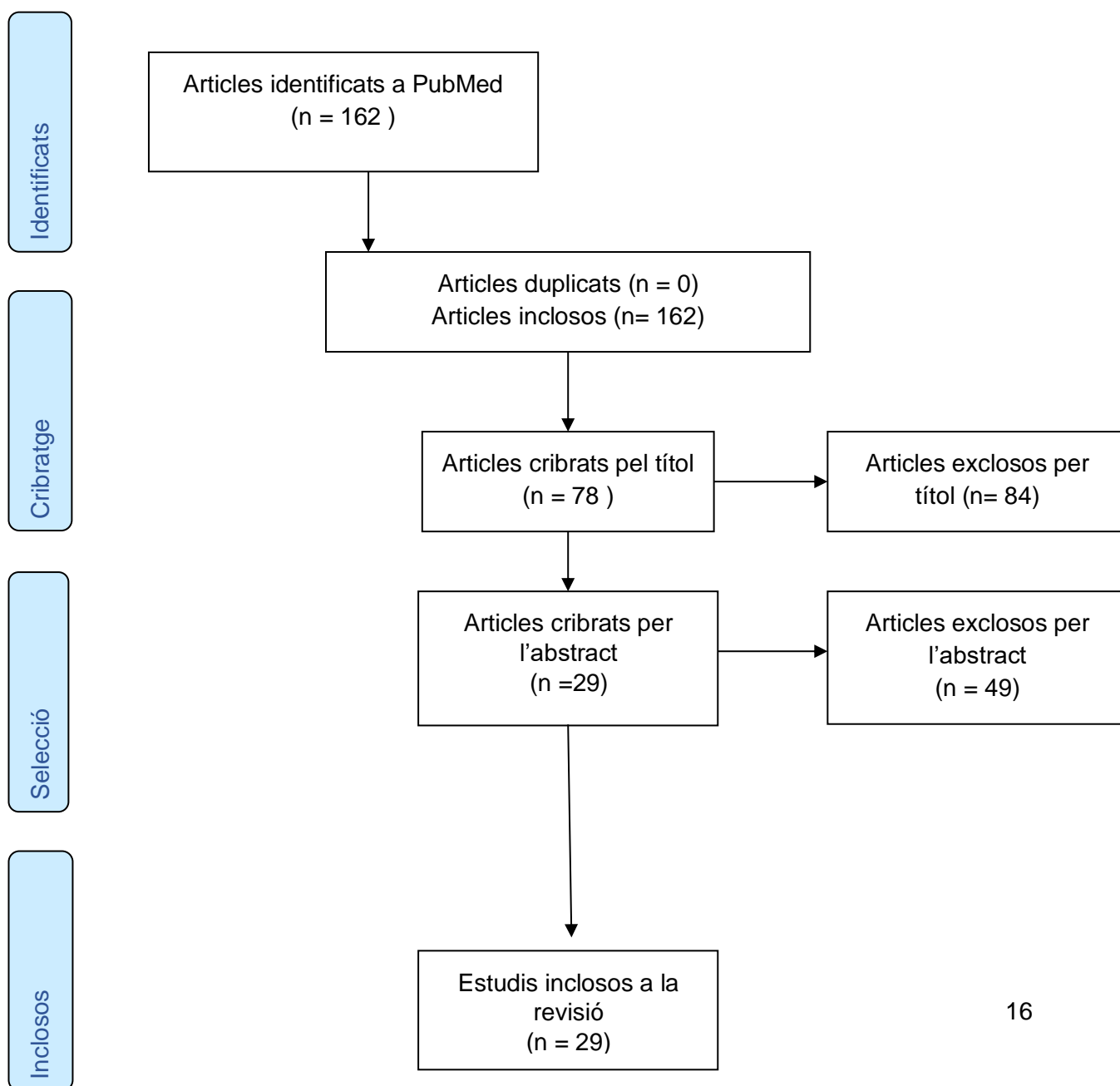
En aplicar aquests criteris van quedar 29 articles per a realitzar la revisió.

Es van identificar i desglossar els factors de risc presents en cadascun dels estudis, per després desenvolupar un índex que uneix, classifica i defineix els factors de risc de suïcidi en la població pediàtrica que reflecteix l'evidència científica.

Es van definir les categories, grups i criteris utilitzats en el moment d'agrupar els factors de risc presents en cadascun dels articles, així com les característiques definidores dels factors presents en la bibliografia. Per tal de tenir-los en compte, com a criteris per incloure els factors de risc a cada grup.

En la present revisió s'inclouen tan sols els factors de risc estudiats a la població en edat de 0-14 anys.

Taula 1. Diagrama de fluxe de cribatge i selecció dels articles revisats



5. RESULTATS

Els resultats de la revisió bibliogràfica es presentaran establint relacions a partir de les conclusions comunes que s'han extret dels articles i a partir dels diferents clústers o grups de factors de risc del suïcidi que es mostren a la taula 2.

Taula 2. Categories de factors de risc identificats

Factors de risc del suïcidi en categories								
Familiars	Individuals					Comunitaris		Altres
Vincle mancat d'afecte (19)	Sociodemogràfic	Salut i salut mental	Consum d'alcohol i substàncies	Relacions	Estrès	Sociodemogràfics	Relacions	Comunicació cerebral relacionada amb l'esport o recreació (26)
Afecte insegur (19)	Raça/ètnia i negres (20, 30, 41)	Baixa autoestima i benestar personal (23, 24, 27, 28)	Consum d'alcohol (23, 40)	Múltiples parelles sexuals al llarg de la vida (42)	Experiència de contacte sexual forçat (23)	Dificultats per accedir a serveis de salut mental (29)	Experiències discriminatòries (20, 32)	Visites a la sala d'emergències i hospitalitzacions (21)
Negligència parental (19)	Sexe masculí (29, 30, 41)	Ideació suïcida (21, 22, 25, 29, 31, 33, 36, 38, 39, 41, 49)	Consum de drogues (23)	No ús de preservatiu a la darrera relació sexual (42)	Antecedents familiars de suïcidi (29)	Hospitalització psiquiàtrica (21)	Discriminació per raça/ètnia (20, 32)	
Dificultats en express	Raça blanca (45)	Autolesions (21, 22, 46, 47)	Consum de substàncies (21)		Esdeveniments estressants	Residència urbana (40)	Discriminació per pes (20)	Comportament sedentari durant el

<p>ivitat familiar (21)</p> <p>Desregulació emocional i símptomes depressius dels pares (21)</p> <p>Comuni cació deficient amb els pares (23)</p>	<p>Baix nivell socioeconòmic (27, 29, 40)</p> <p>Orientació sexual (20, 29)</p> <p>Gènere femení (23, 29, 31, 40, 45, 46)</p> <p>Immigrants: No nascuts</p>	<p>Comportament suïcida (24, 25)</p> <p>Síntomatologia depressiva i depressió (22, 26, 27, 28, 32, 33, 39, 49)</p> <p>Síntomes emocionals (21, 22, 24, 31)</p> <p>Problemes de salut mental (21, 24, 46)</p> <p>Síntomes de PTSD (21, 30, 32)</p> <p>Malaltia mental i antecedents psiquiàtrics (23, 29, 34, 46)</p>		<p>Dificultat relacional: (pertinença frustrada per part de pares i companys (22, 24)</p>	<p>s de la Vida (19)</p> <p>Estrès escolar (30)</p> <p>Altres adversitats (19)</p> <p>Bullying (19, 27, 31, 38, 46)</p> <p>Victimització per assetjament (47)</p>			<p>temps de lleure (3)</p> <p>L'activitat física noies. (43)</p>
---	---	--	--	---	---	--	--	--

<p>Viure en un ambient familiar desfavorable (23)</p> <p>Estrès familiar (30)</p> <p>Manca d'educació dels pares (29)</p>	<p>als EUA (20)</p> <p>Basada en pes (20)</p> <p>Edat menor de 16 anys (23)</p> <p>Adolescents joves (46)</p> <p>Adolescents (13-17 anys) (34)</p>	<p>Síntomes d'ansietat i obsessivocompulsius (39)</p> <p>Trastorn neurodesenvolupament (30)</p> <p>Trastorns depressius(30)</p> <p>Trastorn límit de la personalitat (21)</p> <p>Problemes de comportament, aprenentatge o conducta (22, 23, 24, 27)</p> <p>Agressivitat (38)</p>			<p>Victimització física (48)</p> <p>Victimització verbal (48)</p> <p>Victimització relacional (48)</p> <p>Victimització crònica (48)</p>			
---	--	---	--	--	--	--	--	--

	Edat Jove (40)	Impulsivitat (21) Hiperactivitat (24) Afecte negatiu (28, 36)						
--	----------------------	---	--	--	--	--	--	--

A la taula 3 es mostren els estudis que es van seleccionar en base als criteris d'inclusió i exclusió.

5.1. Problemes a l'entorn familiar

L'entorn familiar és un dels factors rellevants a l'hora de valorar els factors de risc del suïcidi. Es van identificar com a factors de risc el vincle mancat d'afecte, l'afecte insegur i la negligència parenteral(19). En un altre estudi(21) es van distingir uns altres factors de risc en l'entorn familiar, d'entre els quals en destacaven la dificultat en l'expressivitat familiar i la desregulació emocional i símptomes depressius dels pares. Per altra banda, identifiquen la comunicació deficient amb els pares i viure en un ambient familiar desfavorable(23) com a factor de risc del suïcidi. L'estrès familiar(30) és identificat com a factor. Finalment, en un estudi (29) es classifica la manca d'educació dels pares com a factor de risc.

5.2. Problemes individuals

Els problemes individuals són una de les principals fonts de risc de la conducta suïcida. Atès el gran ventall de variables en aquest àmbit, és important classificar els factors de risc en diferents categories.

5.2.1. Problemes individuals: sociodemogràfics

En primer lloc, l'àmbit sociodemogràfic és una de les parts de l'esfera individual. Es van realitzar estudis on es van identificar diversos factors de risc sociodemogràfics, els quals inclouen la raça/ètnia negra i el sexe masculí(30, 41). No obstant això, cal assenyalar que hi ha diversos estudis on el resultat del sexe és dispar. El sexe femení, l'orientació sexual, el baix nivell socioeconòmic, l'edat jove o la raça blanca, podrien ser factors de risc importants per a la conducta suïcida (19, 23, 29, 40). D'altra banda, s'identifiquen com a factors de risc la raça/ètnia negra, l'orientació sexual, els immigrants (no nascuts als EUA) i la discriminació basada en el pes(20). A més dels factors mencionats, un baix nivell socioeconòmic també és identificat com a factor de risc(39). Finalment, hi ha evidència que els adolescents de 13 a 17 anys tenen més risc de suïcidi(34).

5.2.2. Problemes individuals: salut i salut mental

La salut mental és un gran factor a l'hora de comentar els factors de risc del suïcidi, sent la categoria amb més presència d'aquests. En aquest sentit, els principals factors de risc

són la ideació suïcida(21, 22, 25, 29, 31, 33, 36, 38, 41, 48) i els intents de suïcidi(21, 22, 25, 29, 35, 37, 38, 41, 42, 47, 48). Altres factors de rellevància són les autolesions(19, 21, 22) i el comportament suïcida(24, 25). En la mateixa línia, els antecedents psiquiàtrics(19, 29, 34) i la malaltia mental(23, 28) també són factors de risc del suïcidi, malalties com trastorns límit de la personalitat(21), trastorns del neurodesenvolupament(30) o trastorns depressius(26, 28, 30, 48). S'identifica el sentiment de càrrega(22) com a factor, relacionat amb els símptomes emocionals(19, 24) i l'angoixa psicològica(31). En diversos estudis es distingeixen els problemes de salut mental(19, 24) i altres identifiquen la simptomatologia depressiva(19, 21, 28, 32, 33, 39) i els símptomes d'ansietat i obsessivocompulsius(39). D'altra banda, els problemes de conducta(24, 28) i problemes de comportament o aprenentatge(23) i els comportaments de risc per a la salut(22) podrien ser importants pel risc suïcidi. També s'identifica l'agressivitat(38), la impulsivitat(19) i la hiperactivitat(24). Finalment, la baixa autoestima i el benestar personal(23, 24, 27) juguen un paper clau en el risc del suïcidi, així com l'afecte negatiu o el baix afecte positiu(36).

5.2.3. Problemes individuals: consum d'alcohol i substàncies

El consum de substàncies és un important factor de risc del suïcidi(19). Dins d'aquestes, les substàncies més perilloses i que prediuen més el risc de suïcidi són el consum de tabac i alcohol(23, 40).

5.2.4. Problemes individuals: relacional

Els problemes en les relacions interpersonals són elements importants en la identificació de factors de risc del suïcidi. Es distingeixen dos factors de risc relacionals, tenir múltiples parelles sexuals al llarg de la vida, i no usar preservatiu a la darrera relació sexual(42). D'altra banda, s'identifica la dificultat relacional, definint-la com la pertinença frustrada per part de pares i companys(22, 24).

5.2.5. Problemes individuals: estrès

Un dels problemes individuals que pot influir en el desenvolupament de factors de risc del suïcidi són les situacions estressants de la vida. S'identifiquen com a factor de risc quatre tipus de victimització (física, verbal, relacional i crònica)(48), mentre que en un altre estudi es distingeix la victimització de l'assetjament(47).

Un factor de risc recurrent a través de diversos estudis és el bullying(9, 28, 31, 38). L'estrès escolar és classificat com a factor de risc(20). D'altra banda, es distingeixen els esdeveniments estressants de la vida(19) i per acabar, s'identifica com a factor de risc l'experiència de contacte sexual forçat(23).

5.3. Problemes en la comunitat

Els problemes en la comunitat també poden ser factors de risc del suïcidi. A causa de la varietat de factors de risc de la comunitat, es divideixen en dues categories: sociodemogràfics i relacionals.

5.3.1. Problemes en la comunitat: sociodemogràfics

Els factors de risc sociodemogràfics de la comunitat que són identificats són presentar dificultats per accedir als serveis de salut mental(29), l'hospitalització psiquiàtrica(19) i tenir la residència en zona urbana(40).

5.3.2. Problemes en la comunitat: relacions

De la categoria "relacions", relacionat amb interaccions i dinàmiques socials, hi ha dos estudis que expliquen els factors de risc. El principal factor de risc és la discriminació per raça/ètnia(20, 32), també identifiquen com a factors de risc la discriminació per pes(20). De la mateixa manera, s'identifiquen les experiències discriminatòries(32) com a factors de risc del suïcidi.

5.4. Altres problemes

Altres problemes que han sigut identificats com factors de risc i que no encaixen en les altres categories, han sigut patir una commoció cerebral relacionada amb l'esport o recreació(26), presentar comportament sedentari durant el temps de lleure(37), mantenir activitat física en les noies(43), i finalment, visitar urgències i ser hospitalitzat(19).

Taula 3. Característiques i resultats dels estudis revisats

AUTOR I ANY	METODOLOGIA	RESULTAT	CONCLUSIONS
Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C et al. 2022(19)	Estudi de casos i controls 100 (adolescents de 12 a 17)	La unió negligent dels pares o sense afecte ($X^2 = 22.054$, $df = 3$, $p < 0.001$, $Eta = 0.470$), vinculació insegura ($X^2 = 14.760$, $df = 2$, $p = 0.001$, $Eta = 0.384$) i els esdeveniments vitals estressants ($p < 0.001$, $Cohen's d = 1.73$) són factors de risc.	Les intervencions familiars i la millora de les habilitats d'afrontament són dos objectius essencials per la prevenció del suïcidi en adolescents.
Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, et al. 2022(46)	Disseny longitudinal de 12 mesos. N: 533 adolescents, 12-17 anys, amb seguiment d'un any.	Historial personal d'autolesions ($OR = 2.721$, $p < 0.001$, 95% CI [1.706, 4.340]) i tenir menys de 14 anys ($OR = 0.541$, $p = 0.009$, 95% CI [0.340, 0.860]) eren factors de risc	Dissenyar intervencions més personalitzades i efectives per prevenir la conducta suïcida
Argabright ST, Visoki E, Moore T et al. 2022(20)	Anàlisi de l'Estudi de Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) N = 11.235, edat mitjana 10,9 anys, 20,2% negres	La discriminació racial/ètnica es va associar positivament amb el suïcidi (odds ratio = 2.6, 95% CI = 2.1-3.2).	Els resultats destaquen la necessitat d'abordar la discriminació com a part de les estratègies de prevenció del suïcidi.

Barzilay S, Apter A, Snir A et al. 2019(22)	Els qüestionaris de l'estudi Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE). N: 11.110	El 4,3% van informar d'intent de suïcidi previ en el moment basal, i un 2,9% van informar d'intent de suïcidi incident al seguiment de 12 mesos.	Supervisar els joves que podrien estar involucrats en comportaments de risc per prevenció del suïcidi
Berk et al. 2020. Staracace N, Black V et al. 2020(21)	N: 24 adolescents, 6 mesos de DBT integral, proporcionat per terapeutes i aprenents en una clínica ambulatoria de salut mental.	Disminució significativa dels intents de suïcidi (Mdn = 0.00), $Z = -2.00$, $p = .046$, les conductes d'autolesió no suïcida $Z = -3.21$; $p = .001$. i la ideació suïcida abans i després del tractament $p < .001$.	Els resultats mostren millores significatives en una sèrie de factors de risc de suïcidi, i són una contribució important a la literatura sobre prevenció del suïcidi en adolescents.
Brunstein Klomek A, Barzilay S, Apter A et al. 2019 (48)	Avaluacions longitudinals N: 2.933 adolescents (56,1% dones; edat mitjana 14,78, DE = 0,89) que van participar en el programa SEYLE.	La victimització física (OR = 1.72, $p < .01$), es va associar amb idees i intents suïcides posteriors.	Les intervencions han de tenir l'objectiu evitar que els adolescents vulnerables es converteixin en objectiu de la victimització.
Dávila Cervantes C, Luna-Contreras M 2019 (23)	Estudi observacional, transversal i descriptiu realitzat amb dades de l'Enquesta Nacional de Mèxic sobre Consum de	Els factors de risc van ser: ser dona (OR 3,1), tenir menys de 16 anys (OR 1,6), viure en un ambient familiar desfavorable (OR 1,5) o tenir una mala comunicació amb els pares (OR 1,8), tenir baixa autoestima (OR 1,9), problemes de conducta o	La prevenció s'ha de centrar en dones menors de 16 anys, amb trastorns psiquiàtrics, baixa autoestima, amb ambient familiar

	Drogues entre Estudiants (ENCODE) 2012.	d'aprenentatge (OR 1,4) o patir una malaltia mental (OR 3,6)	desfavorable, o amb comportaments de risc.
de la Barrera U, Montoya-Castilla I et al. 2022(24)	N: 1.790 adolescents (M = 15,70 anys; SD = 1,26; 53,7% noies) Mostreig aleatori estratificat per clúster.	Les noies tendeixen a tenir més símptomes emocionals (t = -15,27; p ≤ 0,001; d = -0,71), més dificultats en la relació entre iguals (t=-2,49; p = 0,013; d = -0,12) i menys autoestima (t = 12,15; p ≤ ,001; d = 0,57)	El desenvolupament de l'autoestima es pot incloure en programes d'intervenció per a la prevenció de conductes suïcides.
Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Sebastián-Enesco C et al. 2020 (25)	N: 1.506 estudiants, mostra estratificada per clústers. L'edat mitjana: 16,15 anys	Els subgrups amb risc més alt van mostrar puntuacions més altes en problemes emocionals(M=1.02, SD=0.96) i de comportament (M=0.63, SD=1.2)i afecte negatiu (M=0.91, SD=0.92).	Aquestes troballes poden promoure el desenvolupament o la millora d'estratègies de detecció precoç i prevenció en l'àmbit de la conducta suïcida.
Eagle S, Brent D et al. 2022 (26)	Estudi de cohorts. Dades dels enquestats del Sistema de Vigilància del Comportament de Risc Juvenil dels EUA (YRBSS) del maig del 2021 al gener del 2022.	La commoció cerebral va ser la variable més fortament associada amb intent de suïcidi amb antecedents de depressió (RR, 1,31; IC del 95%, 1,20-1,51; P <0,001).	Aquestes troballes suggereixen avaluar el paper de la commoció cerebral relacionada amb l'esport o l'esbarjo en el risc de suïcidi entre els joves dels EUA.

Felez-Nobrega M, Haro J, Vancampfort D et al. 2020(43)	Dades transversals de l'Enquesta global de salut dels estudiants a l'escola, N: 136.857 adolescents Es van realitzar anàlisis de regressió logística multivariable i metaanàlisi	L'activitat física es va associar amb probabilitats més baixes d'intents de suïcidi en nois (OR=0,78; IC 95%=0,70-0,86), però probabilitats més altes d'intents de suïcidi en noies (OR=1,22; IC 95%=1,10-1,35).	Estudis futurs haurien d'investigar els factors que condueixen a aquesta diferència de sexe.
Florez I, LoParo D, Valentine N et al. 2019(45)	N: 820 joves d'entre 10 i 24 anys Es van realitzar estadístiques descriptives i regressions logístiques binàries per examinar associacions significatives.	Els resultats van revelar que ser blanc (OR = 1,61, p = 0,002), dona (OR = 1,51, p = 0,01) i d'entre 16 i 24 anys (OR = 1,46, p = 0,02) estaven associats amb més probabilitats de risc de suïcidi.	Els resultats destaquen la importància de tenir en compte els factors demogràfics a l'hora d'identificar i derivar els joves en risc per garantir procediments adequats per prevenir el suïcidi.
Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S et al. 2022 (27)	Mostreig de clústers aleatori estratificat. Amb N: 1.790 estudiants, M = 15,7 anys.	La conducta suïcida estava positivament connectada amb símptomes de depressió(M=16.40, SD=4.49) i problemes de conducta(M=1.74, SD=1.55) i negativament relacionada amb l'autoestima (M=30.83, SD= 5.56).	Els nous models psicològics ens permeten suggerir noves formes d'intervenció i prevenció.

Fonseca-Pedrero E, Díez-Gómez A et al. 2024(28)	N: 443 estudiants, M=14,3 anys; seleccionats de manera casual.	Connexions fortes entre els nodes que representen factors protectors (afecte positiu, autoestima, etc.) i entre els nodes que representen factors de risc (síntomes depressius, afecte negatiu, etc.).	Els nous models psicològics ens permeten suggerir noves formes d'intervenció i prevenció.
Koyanagi A, Oh H, Carvalho A et al. 2019(47)	Regressió logística multivariable i metaanàlisi amb efectes aleatoris per avaluar associacions N: 134.229 adolescents d'entre 12 i 15 anys.	La victimització de l'assetjament escolar es va associar amb probabilitats més altes d'intent de suïcidi amb una relació de probabilitats agrupada de 3,06 (IC del 95% 2,73-3,43).	Hi ha una necessitat d'implementar intervencions efectives per abordar l'assetjament escolar per prevenir els suïcidis.
Lawrence H, Burke T, Sheehan A et al. 2021(29)	N: 11.875, nens de 9 i 10 anys Anàlisi de regressió logística multivariant.	Els joves de minories sexuals i els joves amb baixos ingressos tenien més probabilitats d'intents de suïcidi.	Les idees i els intents de suïcidi entre els nens preadolescents són preocupants i es necessiten prevencions.
Marraccini M, Drapeau C, Stein R et al. 2021(30)	Estudi retrospectiu N: 502 nens i adolescents d'entre 6 i 18 anys	Els nens tenien més probabilitats de rebre diagnòstics de trastorn del desenvolupament neurològic (aOR = 3,0) o trastorns relacionats amb traumes i estrès (aOR = 2,6). Els pacients negres	Identificar i oferir suports basats en els punts forts de manera proactiva per als nens i les famílies negres sembla fonamental per a la prevenció del suïcidi en els nens

	Anàlisi descriptiu i una sèrie de regressió logística	tenien més probabilitats de ser diagnosticats amb trastorns del neurodesenvolupament.	
Nuñez-Fadda S, Castro-Castañeda et al. 2022(31)	N: 1.685 M = 13,65 Van respondre a un qüestionari a escala estandaritzada	El grup d'alta victimització tenia més malestar psicològic i (M=2.29, SD= 0.84) ideació suïcida(M=1.47, SD=0.71) i el menor funcionament familiar (M=3.61, SD=1.09). Les noies (1.56 (0.78)) van mostrar un augment més gran d'ideació suïcida que els nois (1.36 (0.58))	La detecció i intervenció precoç en adolescents víctima d'assetjament, haurien de tenir en compte les diferències de gènere per prevenir el suïcidi.
Polanco-Roman I, DeLapp R et al. 2023 (32)	N = 46 M=15,42 Els joves van completar una entrevista clínica i enquestes.	Els augments de la freqüència de la discriminació racial/ètnica es van associar amb augments de la gravetat de la ideació suïcida ($r = .51, p = .001$)	Tenir en compte la discriminació racial/ètnica pot millorar la resposta de les estratègies de prevenció.
Quintana-Orts C, Rey L, Mérida-López S et al. 2023(33)	N: 380 M= 14,38 anys	La intel·ligència emocional és un predictor negatiu de la disminució dels pensaments i comportaments suïcides ($r = -0.40$).	La intel·ligència emocional pot ser fonamental en el desenvolupament de programes de prevenció del suïcidi.
Roaten K, Horowitz L, Bridge J et al.	Anàlisi retrospectiva de l'eina Ask Suicide-Screening Questions	Els cribatges positius de risc de suïcidi eren menys freqüents entre els preadolescents (1,8%) que entre els adolescents (3,1%) ($\chi^2 = 65,50, P < 0,001$).	

2021 (34)	M: entre 10 i 17 anys M: 91.580		
Rodante D, Papávero E et al. 2023(35)	Disseny multicèntric transversal M: entre 10 i 18 anys La versió espanyola del Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) es va utilitzar per validar l'ASQ.	L'ASQ espanyol va donar una sensibilitat del 96,8% (IC del 95%: 88,8-99,6%), especificitat del 90,4% (IC del 95%: 85,9-93,8%), valor predictiu positiu del 72,3% (IC 95: 61,4-81,6%), i valor predictiu negatiu del 99,1% (IC 95%: 96,7-99,9%).	L'ASQ de llengua espanyola va demostrar fortes propietats psicomètriques, afirmant que és una eina vàlida per identificar el risc de suïcidi.
Rubio A, Oyanedel J, Bilbao M et al. 2020(36)	Estudi de la fiabilitat, l'estructura i la validesa de l'escala d'afectes positius i negatius de Watson (PANAS) N = 4.568	L'anàlisi de validesa de l'Escala d'Afecte Positiu i Negatiu (PANAS) va mostrar una fiabilitat satisfactòria, amb coeficients alfa de 0,80 per a l'afecte negatiu i 0,82 per a l'afecte positiu.	Es considera com l'afecte positiu i negatiu pot ser rellevant com a indicadors de prevenció.
Smith L, Jackson S, Vancampfort D et al. 2020(42)	Analisi transversal, regressió logística multivariable. N: 116.820 M:entre 12 i 15 anys que van participar en	Es va trobar una associació positiva entre les relacions sexuals i els intents de suïcidi a 32 dels 38 països (OR 2,12 [IC del 95% 1,98-2,27]).	

	l'Enquesta global de salut dels estudiants a l'escola.		
Vancampfort D, Stubbs B, Mugisha J et al. 2019(37)	Regressió logística multivariable i metaanàlisi Anàlisi de les dades de l'Enquesta global de salut dels estudiants a l'escola.	La prevalença d'intents de suïcidi va augmentar amb l'augment del temps d'oci sedentari per dia (del 9% a <1 h/dia al 16,8% a > 8 h/dia).	Es requereixen dades longitudinals futures per confirmar/refutar les conclusions per informar les campanyes de prevenció públiques.
Veloso-Besio C, Cuadra-Peralta A et al. 2023(38)	N: 728 adolescents Es va aplicar un disseny transversal, descriptiu i correlacional. El mostreig no va ser probabilístic.	Els intents de suïcidi i la ideació suïcida es van correlacionar positivament i significativament amb l'agressivitat ($r = 0,32$, $r = 0,48$) i l'assetjament escolar ($r = 0,37$, $r = 0,50$).	Els resultats posen de manifest el paper de les institucions educatives en termes de prevenció i enfocaments efectius.
Voltas N, Hernández-Martínez C et al. 2020(39)	Estudi epidemiològic 1ra fase, N: 1.514. l'Inventari de Depressió Infantil (CDI). 2na fase, N:562, CDI i M.I.N.I.-Kid a 562 individus 3ra fase, N: 245. l'Inventari Juvenil-4.	Els resultats del CDI indicaven que el 15,9% dels participants mostraven ideació suïcida a la primera fase, i el 18,2% i el 18,0% a la segona i tercera fases, respectivament.	És important crear i aplicar programes de prevenció que considerin els factors de risc.

Woo H, Park S, Yon H et al. 2023(40).	Estudi transversal N: 1.109.776 M: d'entre 13 i 18 anys de l'Enquesta basada en web sobre comportaments de risc dels joves de Corea del 2005 al 2021.	Els factors de risc van ser l'edat jove (wOR, 0,907; 0,881-0,933), el sexe femení (wOR, 1,031; 1,001-1,062), la residència urbana (wOR, 1,120; 1,087-1,153), ser fumador (wOR, 1,134, 1,059-1,216) i consumd'alcohol (wOR, 1,051; 1,002-1,102), i la situació econòmica baixa (wOR, 1,286; 1,180-1,4).	Els resultats suggereixen que calen mesures de salut pública per reconèixer els grups vulnerables amb factors de risc i prevenir un augment de la tristesa i el suïcidi.
Xiao Y, Cerel J, Mann J et al 2021(41)	Anàlisi transversal de l'enquesta nacional sobre comportaments de risc juvenil. N: 183.563.	La prevalença d'ideacions suïcides va disminuir de 1991 a 2019 (del 19,4% al 15,8%; 0,7%-0,9%), mentre que la prevalença d'intents de suïcidi no mortals va augmentar del 1991 al 2019 (del 7,3% al 8,9%; 1,4%-1,4% %)).	Els programes de prevenció del suïcidi s'han d'adaptar al sexe i la raça, demanant una diversificació del sistema sanitari i l'escola.

Taula 2. Estudis revisats

6. DISCUSSIÓ

Actualment comptem amb evidència científica sòlida i eines específiques per a la identificació dels factors de risc associats al suïcidi en adolescents preadolescents. Tanmateix, és important destacar que pel que fa a troballes de la present revisió, únicament un reduït nombre d'estudis aborden aquesta problemàtica en cohorts d'edats més primerenques.

Durant els darrers anys arrel de la crisi del Covid-19, s'ha observat una disminució de l'edat mitjana al primer episodi de conducta suïcida a Catalunya, així com un augment dels primers episodis realitzats pels homes (respecte a les dones), sobretot quan són menors d'edat. En el cas de les dones, destaquen dos grups d'edat en què es fa el primer episodi: entre els 14 i els 18 anys, i entre els 42 i els 52 anys. Per als homes, els períodes d'edat del primer episodi són més amplis i van des dels 16 fins als 22 anys i des dels 34 fins als 58 anys(44).

Això es podria interpretar com un indicador de que actualment manca prevenció en edats més primerenques, ja que els rangs d'edat en què s'identifiquen els factors de risc coincideixen amb l'edat en què es fa el primer episodi de conducta suïcida.

Els factors de risc recurrents, que s'observen amb freqüència en la present revisió, s'haurien d'estudiar o revisar amb especial atenció per a una millor identificació, comprensió i abordatge dels riscos associats al comportament suïcida en la població pediàtrica. D'altra banda, també seria oportú realitzar un anàlisi més exhaustiu de l'eficàcia de les eines utilitzades en la seva identificació.

6.1 Identificació dels factors de risc de suïcidi

A la llum de la present revisió, es constata l'existència de diversos tests validats en castellà i altres llengües que podrien resultar aplicables a la població pediàtrica catalana.

Considerem que es podria dur a terme una investigació per validar l'Escala de Risc de Suïcidi (ASQ) a la població catalana (Annex 1)(35). Atès que l'ASQ ha demostrat tenir propietats psicomètriques sòlides a la població de parla hispana a Argentina, és plausible suposar que també podria ser efectiva en altres poblacions com la població catalana. L'ASQ és una eina de detecció ràpida dissenyada per identificar el risc de

suïcidi en pacients pediàtrics, i la seva validació en diferents contextos culturals i lingüístics és crucial per garantir-ne l'efectivitat en la detecció primerenca del risc de suïcidi, és raonable esperar que l'ASQ pugui ser validada amb èxit a la nostra població pediàtrica(35). Un cop validada a la població catalana, l'ASQ podria implementar-se en diversos entorns, com ara consultoris d'infermeria pediàtrics, centres atenció primària i fins i tot clíniques psiquiàtriques, per identificar de manera ràpida i precisa els joves en risc de suïcidi. Això tindria un impacte significatiu en els esforços de prevenció del suïcidi a la població catalana, en permetre una detecció primerenca i una intervenció oportuna en aquells que estan en risc.

Seria important fer estudis per considerar l'opinió i la comoditat dels pacients catalans a respondre preguntes relacionades amb la ideació i el comportament suïcida, així com també la seva percepció sobre la implementació de la detecció de risc de suïcidi en infermeria pediàtrica. En resum, la validació de l'ASQ a la població catalana podria contribuir significativament als esforços de prevenció del suïcidi a la nostra comunitat, en proporcionar una eina efectivament i culturalment sensible per a la detecció primerenca del risc de suïcidi als joves ja que l'escala ASQ en espanyol va demostrar fortes propietats psicomètriques per a la detecció del risc de suïcidi en pacients pediàtrics de parla hispana, amb una sensibilitat del 97% i una especificitat del 90% entre pacients pediàtrics ambulatoris i internats, amb una NPV (Valor Predictiu Negatiu) del 99%. Aquests resultats donen suport a la seva aplicació en poblacions de parla hispana, particularment en pacients entre 10 i 18 anys, com s'ha observat en aquest estudi realitzat a Argentina(35).

Així doncs, els factors de risc identificats per a la detecció del suïcidi a pacients pediàtrics inclouen ideació suïcida passiva, sensació de ser una càrrega, ideació suïcida recent i historial d'intents de suïcidi(35). Aquests factors són avaluats a través de l'ASQ, que va demostrar ser una eina vàlida i fiable per identificar el risc de suïcidi en pacients pediàtrics hispanoparlants.

6.2 Detecció del risc de suïcidi en la població pediàtrica a Catalunya

El Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya aborda una àmplia gamma de factors, des de sistèmics fins a genètics, cosa que indica un enfocament holístic per a la prevenció del suïcidi. Es destaca la importància dels factors externs, com ara les barreres per

accedir a l'atenció sanitària i l'estigma associat a cercar ajuda, així com un enfocament comunitari que reconeix com els esdeveniments a nivell comunitari poden impactar el benestar mental.

Per contra, els factors de risc suïcida en població pediàtrica se centren en el desenvolupament infantil, destacant la importància de la qualitat de l'entorn emocional familiar i els desafiaments emocionals i relacionals des d'una edat primerenca. A més, es reconeix la influència única de factors sociodemogràfics com el gènere i l'orientació sexual en aquest grup demogràfic en desenvolupament, juntament amb la importància d'abordar la salut mental des d'una etapa primerenca.

Una dada interessant és la troballa del factor de risc de "l'activitat física en noies". Es va observar que complir les pautes d'activitat física establertes per l'OMS es va associar amb una disminució de les probabilitats d'intents de suïcidi en nois però amb un augment en noies. Això ressalta la complexitat dels factors de risc i la necessitat de considerar diferències de gènere en la prevenció del suïcidi en població pediàtrica.

Cal esmentar que arrel de la revisió de la literatura científica, s'ha observat una discordança notable entre els factors de risc del Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya 2021-2025 i els factors de risc suïcida en població pediàtrica evidenciats científicament.

El pla de Catalunya aborda una àmplia gamma de factors sistèmics, socials, comunitaris, relacionals, individuals i genètics/biològics. Això indica un enfocament holístic per a la prevenció del suïcidi, reconeixent la complexitat dels factors que influeixen en el comportament suïcida.

- Èmfasi a Factors Externs: Els factors com les barreres per accedir a l'atenció sanitària, l'accés a mitjans per cometre suïcidi, la notificació inadequada per part dels mitjans de comunicació i l'estigma associat a la cerca d'ajut destaquen la importància dels aspectes externs de l'entorn que poden contribuir al risc suïcida.
- Enfocament a la Comunitat: El pla inclou factors comunitaris com desastres, guerres, conflictes, estrès per desplaçaments i aculturació i discriminació. Això

reflecteix la comprensió que els esdeveniments i tensions a nivell comunitari poden afectar significativament el benestar mental i augmentar el risc de suïcidi.

D'altra banda, els factors de risc suïcida en població pediàtrica basats en l'evidència científica se centren en aspectes específics del desenvolupament infantil, com ara la qualitat de l'entorn emocional i familiar, la comunicació amb els pares i l'estrès familiar. Això subratlla la importància d'abordar els desafiaments emocionals i relacionals des d'una etapa primerenca per prevenir el suïcidi a la infància i l'adolescència. Els factors sociodemogràfics específics com la raça/ètnia, el gènere, l'orientació sexual i l'edat són específics de la població pediàtrica i poden influir en el risc suïcida de manera única en aquest grup demogràfic en desenvolupament. També l'èmfasi en la salut mental, la presència de trastorns mentals, símptomes depressius, historial de tractament psiquiàtric i autolesions són factors destacats a la població pediàtrica. Això ressalta la importància de la detecció i prevenció precoç dels problemes de salut mental en nens i adolescents.

En resum, mentre que el Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya adopta un enfocament integral i comunitari per abordar el suïcidi a la població general, els factors de risc suïcida en població pediàtrica evidenciats científicament se centren en aspectes específics del desenvolupament infantil i la salut mental, reconeixent les necessitats úniques d'aquest grup demogràfic

6.3 Propostes de millora del Pla de prevenció de risc del suïcidi

Per adaptar les intervencions de prevenció del suïcidi en població pediàtrica a les necessitats específiques d'aquesta població, i per tal de prevenir l'aparició de factors de risc suïcida a la població pediàtrica, és crucial adoptar un enfocament integral i basat en evidència. en línia amb el que proposa al Pla de Prevenció del Suïcidi de Catalunya. Aquí hi ha algunes estratègies que es poden implementar, considerant els principis del pla:

- Empoderament Comunitari: Fomentar la participació de la comunitat en la detecció i l'abordatge dels factors de risc suïcida, promovent sistemes comunitaris de suport i enfocant-se en riscos individuals, familiars, comunitaris i socials.

- Basat en Evidència Científica: Utilitzar l'evidència científica disponible per guiar les intervencions i adaptar-se als canvis i les noves circumstàncies emergents.

Ara, tenint en compte els factors de risc suïcida evidenciats científicament en població pediàtrica, es poden implementar accions específiques:

- Entorn Familiar: Promoure la salut emocional a la llar mitjançant programes que enforteixin els vincles familiars, millorin la comunicació entre pares i fills, i ofereixin suport a famílies en situacions d'estrès.
- Factors Individuals: Identificar i abordar factors sociodemogràfics com el gènere, l'orientació sexual, l'edat i l'estatus socioeconòmic, així com problemes de salut mental com ara la depressió, la baixa autoestima i els antecedents d'intents de suïcidi.
- Consum de substàncies: Implementar programes de prevenció del consum d'alcohol i drogues, així com de tabaquisme, en població pediàtrica, per reduir els riscos associats amb aquestes conductes.
- Relacions Interpersonals: Promoure relacions saludables entre parells i amb la família, i abordar el bullying i la vitalització com a factors de risc per al suïcidi en joves.
- Estrès de la Vida: Oferir suport psicològic i recursos a nens i adolescents que han experimentat esdeveniments estressants com l'assetjament escolar, la pèrdua d'éssers estimats o la discriminació.
- Comunitat: Millorar l'accés als serveis de salut mental a la comunitat, reduint les barreres d'accés i promovent la consciència sobre la importància de la cura de la salut mental a la població pediàtrica catalana.

7. LIMITACIONS

Una de les limitacions de la present revisió va ser el fet que hi ha una escassa evidència sobre els factors de risc del suïcidi en la població pediàtrica. És a dir, la major part dels estudis no inclou població en edats primerenques i en la primera infància, la qual cosa ha dificultat trobar informació en aquest grup demogràfic. També es van presentar dubtes i dificultats per seleccionar i classificar estudis a causa de les diferents franges d'edat, amb una majoria d'estudis centrats en poblacions de més de 14 anys. Això ha implicat una limitació en la identificació dels factors de risc en edats primerenques.

Tot i això, en la revisió es van incloure els estudis que abraçaven el rang de població de 0 a 14 anys, amb la intenció de contrastar-los amb els programes o cribratges existents en la població pediàtrica catalana. En el procés de selecció, es van descartar nombrosos estudis a causa que es van realitzar en joves i adolescents i, per tant, no incloïen l'edat estudiada o superaven l'edat de 14 anys. Això ha limitat la disponibilitat de dades per la posterior anàlisi.

Una altra de les limitacions del present treball resideix en què la majoria d'estudis revistats eren correlacionals, i per tant no podem parlar de causalitat pel que fa als factors de risc identificats.

D'altra banda, resulta complex classificar en categories els factors de risc quan estan correlacionats els uns amb els altres. Les correlacions significatives entre l'agressivitat, l'assetjament escolar i aquests comportaments suïcides, suggereixen una interdependència entre els factors de risc, cosa que en dificulta la discriminació i l'avaluació individualitzada. L'agressivitat, mesurada a través de diverses subescales, va mostrar una associació positiva i significativa tant amb la ideació suïcida com amb els intents de suïcidi. De manera semblant, l'assetjament escolar també va demostrar una correlació positiva i significativa amb aquests comportaments suïcides. Aquestes correlacions indiquen que la presència d'agressivitat i assetjament escolar pot ser predictiva de la presència d'ideació suïcida i intents de suïcidi en adolescents. L'anàlisi de regressió múltiple dona suport a la idea que l'agressivitat i l'assetjament escolar contribueixen conjuntament a explicar la ideació suïcida i els intents de suïcidi. Aquesta contribució conjunta suggereix que la presència simultània d'agressivitat i assetjament

escolar pot tenir un efecte sinèrgic en l'augment del risc de comportaments suïcides en adolescents.

Una altra limitació del present treball és l'absència d'investigacions específiques realitzades a la població pediàtrica a Catalunya. Cap dels estudis sembla centrar-se específicament en nens en la primera infància (0 a 2 anys) ni en la "Infantesa Mitjana" (3 a 6 anys). Algun d'ells està enfocat a nens de 9 a 10 anys, però cap dirigit específicament a nens en l'etapa preescolar. Només 4 dels estudis se centren estrictament en participants menors de 14 anys.

La majoria dels estudis revisats han sigut en anglès. Nou estudis van ser realitzats als EUA, uns altres nou a Espanya, dos a Mèxic, dos a Xile, un a Argentina, un a Corea del Sud i la resta van recopilar dades de diversos països. Aquest fet ha afectat la nostra capacitat per contextualitzar els resultats i les conclusions dins del nostre àmbit geogràfic.

Més de la meitat dels estudis revisats tenen una mostra àmplia i representativa, seleccionada aleatòriament. D'altra banda, la resta d'estudis no es poden considerar representatius, ja que la població és reduïda i ha sigut elegida amb un mostreig no-aleatori. La unificació dels factors de risc trobats a la present revisió podria no ser fiable, a causa que els participants dels estudis revisats provenien, no tan sols de diferents entorns, sinó que el seu context era dispar, com les característiques sociodemogràfiques i personals.

A més, podríem caure en un biaix de publicació, ja que només hem revisat articles publicats que podrien no representar el total de les investigacions realitzades sobre el tema. Seria necessari poder valorar totes les dades reals. Alhora, podríem estar davant d'un biaix de selecció, donat que es va fer una selecció a partir del títol i, posteriorment, a partir de l'abstract, amb la qual es va poder perdre alguna dada rellevant. D'altra banda, la manera de valorar el risc del suïcidi entre els estudis és inconsistent, ja que cada un d'ells ho fa de manera diferent. Les dades serien més fiables si hi hagués una manera homogènia per realitzar la valoració dels factors de risc del suïcidi.

Aquestes limitacions han impactat dificultant la realització d'una revisió exhaustiva i la identificació de factors de risc suïcida en la població pediàtrica catalana.

8. CONCLUSIONS

En conclusió, en aquest estudi, en comparar amb els factors amb evidència científica dels darrers cinc anys, s'han identificat un llistat de factors de risc del suïcidi que no estan inclosos en els programes, guies, protocols i plans de prevenció del suïcidi de la població pediàtrica a Catalunya. Aquest fet pot ser degut al fet que la evidència del present estudi és més actual que la dels recursos utilitzats per les guies.

Després de comparar amb els factors de risc amb evidència científica, s'ha trobat que els següents factors no estan esmentats a la "Guia de prevenció del suïcidi i acompanyament del dol" del Consell Nacional de la Joventut de Catalunya del 2018. Molts dels factors específics relacionats amb l'entorn familiar. Pel que fa als factors individuals, la raça/ètnia, orientació sexual, diagnòstic psiquiàtric, consum de tabac i problemes relacionals. Els factors de la comunitat inclouen experiències discriminatòries. Finalment, altres factors esmentats són la commoció cerebral relacionada amb l'esport o recreació i el comportament sedentari durant el temps de lleure.

Hi ha una àmplia varietat d'investigacions que aborden aquest tema des de diferents angles i en diferents poblacions. És notable que diversos estudis se centren en preadolescents i adolescents, la qual cosa reflecteix la preocupació per la salut mental en aquestes etapes crítiques de desenvolupament .

Hi ha manca de línies de recerca sobre factors de risc suïcida en població pediàtrica d'edats primerenques a Catalunya. Noves actualitzacions permetrien una avaluació més exhaustiva i precisa del risc suïcida que possibilitaria reunir evidència científica necessària per a la inclusió de factors de risc suïcida en població pediàtrica a protocols, programes i guies d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica.

Segons els resultats, es recomana validar l'Escala de Risc de Suïcidi (ASQ) a la població catalana, ja que ha demostrat tenir propietats psicomètriques sòlides a la població de parla hispana a Argentina, i és plausible suposar que també podria ser efectiva en la població catalana.

Aquest estudi recomana una obertura de noves línies de recerca que donin resposta a problemes actuals. Aquestes actualitzacions permetrien una avaluació més exhaustiva i precisa del risc suïcida en població pediàtrica, facilitant la identificació primerenca d'aquells amb més risc i la implementació d'intervencions preventives adequades.

9. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Suicidio. [Internet]. OMS [citat 22 maig 2024]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad (10803) [Internet]. INE [citat 22 maig 2024]. Disponible a: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803>
3. Defunciones según la Causa de Muerte-Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos) [Internet]. INE [citat 22 maig 2024]. Disponible a: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
4. Iranzo MS. Les preocupants dades sobre els suïcidis en menors [Internet]. Elnacional.cat 2023 [citat 22 maig 2024]. Disponible a: https://www.elnacional.cat/ca/salut/preocupants-dades-suicidis-menors_976116_102.html
5. Programa Infància amb Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) [Internet]. [citat 22 maig 2024]. Disponible a: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/Infancia-i-adolescencia/Infancia/infancia-amb-salut/index.html
6. Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 [Internet]. DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. [citat el 23 maig 2024]. Disponible a: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/pla_prevencio_suicidi_catalunya.html
7. Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu [Internet]. Departament d'Educació. [citat el 23 maig 2024]. Disponible a: <https://educacio.gencat.cat/ca/departament/publicacions/monografies/guia-conducta-suicida-autolesions/index.html>

8. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2014 [citat 23 maig 2024]. Disponible a: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
9. OMS. Plan de acción integral sobre salud mental [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Ginebra: Organización Mundial de La Salud, 34. 2022;4(1):88-100.
10. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citat 22 maig 2024]. Disponible a: <https://www.paho.org/es/documentos/vivir-vida-guia-aplicacion-para-prevencion-suicidio-paises>
11. Defunciones según la Causa de Muerte-Primer semestre 2023 (datos provisionales) y año 2022 (datos definitivos) [Internet]. INE [citat 22 maig 2024]. Disponible a: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
12. Observatorio del Suicidio en España 2022 (datos definitivos diciembre 2023) - Prevención del suicidio. [Internet]. [citat 22 maig 2024]. Disponible a: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022-definitivo/>
13. de la Torre-Luque A, Perez-Diez I, Pemau A, Martinez-Ales G, Borges G, Perez-Sola V, et al. Suicide mortality in Spain during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analysis of sociodemographic factors. European Neuropsychopharmacology. 1 maig 2024;82:29-34.
14. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. An Pediatr (Engl Ed). 1 març 2023;98(3):204-12.
15. de la Rosa DP. TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL “EL ESTIGMA DEL SUICIDIO” [Internet]. Uva.es. [citat 23 de maig 2024]. Disponible a:

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/57099/TFG-G5749.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Suïcidi i conducta suïcida. Canal Salut [Internet]. [citat 22 maig 2024]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/s/suicidi-conducta-suicida/index.html>
17. CODI RISC [Internet]. [citat 22 maig 2024]. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_20_15.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Sheehan D, Janavs J, Baker R, Harnett-Sheehan K, Knapp E, Sheehan M, et al. MINI MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000) 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). 1992;
19. Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Villar-Cabeza F, Vila-Grifoll M, Palao-Vidal D. Family Factors Related to Suicidal Behavior in Adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022, Vol 19, Page 9892 [Internet]. 11 agost 2022 [citat 23 maig 2024];19(16):9892. Disponible a: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/16/9892/htm>
20. Argabright ST, Visoki E, Moore TM, Ryan DT, DiDomenico GE, Njoroge WFM, et al. Association Between Discrimination Stress and Suicidality in Preadolescent Children. Focus (Am Psychiatr Publ) [Internet]. abril 2022 [citat 23 maig 2024];20(2):252-62. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37153135/>
21. Berk MS, Starace NK, Black VP, Avina C. Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic. Arch Suicide Res [Internet]. 2 gener 2020 [citat 23 maig 2024];24(1):64-81. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30142292/>
22. Barzilay S, Apter A, Snir A, Carli V, Hoven CW, Sarchiapone M, et al. A longitudinal examination of the interpersonal theory of suicide and effects of school-based suicide prevention interventions in a multinational study of adolescents. J Child

Psychol Psychiatry [Internet]. 1 octubre 2019 [citad 23 maig 2024];60(10):1104-11. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31512239/>

23. Dávila-Cervantes CA, Luna-Contreras M. Suicide attempt in teenagers: Associated factors. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2019 [citad 23 maig 2024];90(6):606-16. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186583/>

24. de la Barrera U, Montoya-Castilla I, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina B, Fonseca-Pedrero E. Mental Health Difficulties Related to Suicidal Behavior in Adolescents: The Moderating Role of Self-Esteem. Arch Suicide Res [Internet]. 2022 [citad 23 maig 2024];26(2):716-30. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33027593/>

25. Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Sebastián-Enesco C, Fonseca-Pedrero E. Suicidal Behavior in Adolescents: A Latent Class Analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2 abril 2020 [citad 23 maig 2024];17(8). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325865/>

26. Eagle SR, Brent D, Covassin T, Elbin RJ, Wallace J, Ortega J, et al. Exploration of Race and Ethnicity, Sex, Sport-Related Concussion, Depression History, and Suicide Attempts in US Youth. JAMA Netw Open [Internet]. 1 juliol 2022 [citad 23 maig 2024];5(7). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35796154/>

27. Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S, Pérez-Albéniz A, Debbané M. Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 1 febrer 2022 [citad 23 maig 2024];19(3). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35162805/>

28. Fonseca-Pedrero E, Díez-Gómez A, de la Barrera U, Sebastian-Enesco C, Ortuño-Sierra J, Montoya-Castilla I, et al. Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. Spanish journal of psychiatry and mental health [Internet]. 2024 [citad 23 maig 2024];17(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32493673/>

29. Lawrence HR, Burke TA, Sheehan AE, Pastro B, Levin RY, Walsh RFL, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts in preadolescent

children: A US population-based study. *Transl Psychiatry* [Internet]. 1 desembre 2021 [citat 23 maig 2024];11(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34552053/>

30. Marraccini ME, Drapeau CW, Stein R, Pittleman C, Toole EN, Kolstad M, et al. Characterizing children hospitalized for suicide-related thoughts and behaviors. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 1 novembre 2021 [citat 23 maig 2024];26(4):331-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33779031/>

31. Nuñez-Fadda SM, Castro-Castañeda R, Vargas-Jiménez E, Musitu-Ochoa G, Callejas-Jerónimo JE. Impact of Bullying-Victimization and Gender over Psychological Distress, Suicidal Ideation, and Family Functioning of Mexican Adolescents. *Children (Basel)* [Internet]. 1 maig 2022 [citat 23 maig 2024];9(5). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35626924/>

32. Polanco-Roman L, DeLapp RCT, Dackis MN, Ebrahimi CT, Mafnas KSW, Gabbay V, et al. Racial/ethnic discrimination and suicide-related risk in a treatment-seeking group of ethnoracially minoritized adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 1 octubre 2023 [citat 23 maig 2024];28(4):1305-20. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36210796/>

33. Quintana-Orts C, Rey L, Mérida-López S, Extremera N. Suicide risk assessment and depressive symptoms among Spanish adolescent bully-victims: Evidence for the importance of emotional intelligence and sex. *J Health Psychol* [Internet]. 1 gener 2023 [citat 23 maig 2024];28(1):94-100. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35929512/>

34. Roaten K, Horowitz LM, Bridge JA, Goans CRR, McKintosh C, Genzel R, et al. Universal Pediatric Suicide Risk Screening in a Health Care System: 90,000 Patient Encounters. *J Acad Consult Liaison Psychiatry* [Internet]. 1 juliol 2021 [citat 23 maig 2024];62(4):421-9. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219656/>

35. Rodante DE, Papávero EB, Ingratta AV, Gorrini A, Ralli E, Rodante ED, et al. Validation of the Spanish ASQ translation: Screening pediatric patients for suicide-risk in Argentina. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1 novembre 2023 [citat 23 maig 2024];85:191-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37952326/>

36. Rubio A, Oyanedel JC, Bilbao M, Mendiburo-Seguel A, López V, Páez D. Suicidal Ideation Mediates the Relationship Between Affect and Suicide Attempt in Adolescents. *Front Psychol* [Internet]. 22 desembre 2020 [citat 23 maig 2024];11. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33414735/>
37. Vancampfort D, Stubbs B, Mugisha J, Firth J, Van Damme T, Smith L, et al. Leisure-time sedentary behavior and suicide attempt among 126,392 adolescents in 43 countries. *J Affect Disord* [Internet]. 1 maig 2019 [citat 23 maig 2024];250:346-53. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30877857/>
38. Veloso-Besio C, Cuadra-Peralta A, Gallardo-Peralta L, Cuadra-Fernandez P, Quiroz PT, Troncoso NV. The prevalence of suicide attempt and suicidal ideation and its relationship with aggression and bullying in Chilean adolescents. *Front Psychol* [Internet]. 2023 [citat 23 maig 2024];14. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37275702/>
39. Voltas N, Hernández-Martínez C, Arijia V, Canals J. Suicidality in a Community Sample of Early Adolescents: A Three-Phase Follow-Up Study. *Arch Suicide Res* [Internet]. 31 agost 2020 [citat 23 maig 2024];24(sup2):S217-35. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30857490/>
40. Woo HG, Park S, Yon H, Lee SW, Koyanagi A, Jacob L, et al. National Trends in Sadness, Suicidality, and COVID-19 Pandemic-Related Risk Factors Among South Korean Adolescents From 2005 to 2021. *JAMA Netw Open* [Internet]. 24 maig 2023 [citat 23 maig 2024];6(5):E2314838. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37223902/>
41. Xiao Y, Cerel J, Mann JJ. Temporal Trends in Suicidal Ideation and Attempts Among US Adolescents by Sex and Race/Ethnicity, 1991-2019. *JAMA Netw Open* [Internet]. 14 juny 2021 [citat 23 maig 2024];4(6):E2113513. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34125218/>
42. Smith L, Jackson SE, Vancampfort D, Jacob L, Firth J, Grabovac I, et al. Sexual behavior and suicide attempts among adolescents aged 12-15 years from 38 countries:

A global perspective. *Psychiatry Res* [Internet]. 1 maig 2020 [citat 23 maig 2024];287. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31558403/>

43. Felez-Nobrega M, Haro JM, Vancampfort D, Koyanagi A. Sex difference in the association between physical activity and suicide attempts among adolescents from 48 countries: A global perspective. *J Affect Disord* [Internet]. 1 abril 2020 [citat 23 maig 2024];266:311-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32056893/>

44. Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 [Internet]. DIXIT Centre de Documentació de Serveis Socials. [citat el 23 maig 2024]. Disponible a: https://dixit.gencat.cat/ca/detalls/Article/pla_prevencio_suicidi_catalunya.html

45. Florez IA, LoParo D, Valentine N, Lamis DA. Early Identification of Youth at Risk for Suicidal Behavior. *Crisis* [Internet]. 2019 [citat 23 maig 2024];40(5):326-32. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30644775/>


46. Alvarez-Subiela X, Castellano-Tejedor C, Verge-Muñoz M, Esnaola-Letemendia K, Palao-Vidal D, Villar-Cabeza F. Predictors of Suicide Re-Attempt in a Spanish Adolescent Population after 12 Months' Follow-Up. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 juliol 2022 [citat 23 maig 2024];19(13). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35805225/>

47. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D, et al. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12-15 Years From 48 Countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1 setembre 2019 [citat 23 maig 2024];58(9):907-918.e4. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30926574/>

48. Brunstein Klomek A, Barzilay S, Apter A, Carli V, Hoven CW, Sarchiapone M, et al. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 1 febrer 2019 [citat 23 maig 2024];60(2):209-15. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30024024/>

10. ANNEXOS

Annex 1. Escala de Risc de Suïcidi (ASQ)



ASQ
Ask Suicide-Screening Questions

JUEGO DE HERRAMIENTAS DEL NIMH

Herramienta para la Detección del Riesgo De Suicidio

Pregúntele al paciente:

1. En las últimas semanas, ¿deseaste estar muerto?	○ Sí	○ No
2. En las últimas semanas, ¿sentiste que vos o tu familia estarían mejor si estuvieras muerto?	○ Sí	○ No
3. En la última semana, ¿pensaste en suicidarte?	○ Sí	○ No
4. ¿Alguna vez intentaste suicidarte? Si contestó que sí, ¿cómo? _____ _____ _____	○ Sí	○ No
¿Cuándo? _____ _____		

*Si el paciente contesta que **Sí** a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar si hay riesgo inminente:*

5. ¿Estás teniendo pensamientos suicidas en este momento?	○ Sí	○ No
---	------	------

Siguientes pasos:

Si el paciente contesta que «No» a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5).
No hay necesidad de intervención (*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa).

Si el paciente contesta que «Sí» a cualquier pregunta de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una **prueba de detección positiva**. Hágale la pregunta 5 para evaluar si hay riesgo inminente:


- «Sí» a la pregunta número 5 = **prueba de detección positiva aguda** (identificación de riesgo inminente)
 - El paciente debe someterse a una valoración de salud mental completa **URGENTE** o evaluarse por su seguridad. **El paciente no puede irse hasta que se evalúe por su seguridad.**
 - Mantenga el paciente a la vista. Retire todos los objetos peligrosos de la habitación. Avísele al médico responsable de la atención del paciente.
- «No» a la pregunta 5 = **prueba de detección positiva no aguda** (identificación de riesgo)
 - El paciente necesita una evaluación de seguridad **breve** del riesgo de suicidio para determinar si es necesaria una evaluación **completa** de salud mental. **El paciente no puede irse hasta que se evalúe por su seguridad.**
 - Avísele al médico responsable de la atención del paciente.

Ofrezcales recursos a todos los pacientes

- Red Nacional de Prevención del Suicidio, las 24 horas, los siete días de la semana: 1-800-273-TALK (8255); en español: 1-888-628-9454
- Crisis Text Line, las 24 horas, los siete días de la semana (solamente en inglés): envíe un mensaje de texto con la palabra «HOME» al 741-741

Juego de Herramientas para la Detección del Riesgo de Suicidio ASQ

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD MENTAL (NIMH)



National Institute of Mental Health

6/01/2017