TRABAJO FIN DE GRADO MEDICINA



CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES DE 12-18 AÑOS EN 2024

Nombre del Tutor Clínico: Elena Sanz Rivas / Francisca Barbudo

Servicio del Tutor: Psiquiatría

Nombre del Tutor Metodológico: Mauro Scala

Nombre del Alumno: María Imbernón Barbudo

Hospital: Hospital universitario neurotraumatológico de Jaén

Fecha: 29 de noviembre de 2024

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a mis tutores clínicos y metodológico por su ayuda, su tiempo y su implicación durante todo el proceso. Gracias por acompañarme y orientarme en este trabajo.

También a mis padres y a mi hermano, quienes son y serán siempre un referente para mí.

INDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE **4**
ABSTRACT AND KEY WORDS **4**
INTRODUCCIÓN **5**
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS **8**
METODOLOGÍA **8**
DISEÑO 8
ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO 8
CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL 9
VARIABLES 9
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES **11**
RESULTADOS **12**
DISCUSIÓN **16**
CONCLUSIONES **18**
BIBLIOGRAFÍA **20**
ANEXO 1. Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA Declaración 23
ANEXO 2 ..... **24**
ANEXO 3 ..... **25**

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La conducta suicida constituye un problema de salud relevante en adolescentes. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de conducta suicida en adolescentes de 12 a 18 años atendidos en urgencias del Hospital Neurotraumatológico de Jaén en 2024, y analizar los factores asociados.

Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo mediante revisión de historias clínicas. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales, incluyendo edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico, adicciones, apoyo familiar, relaciones sociales, bullying, autolesiones, ideación suicida.

Resultados: La prevalencia de conducta suicida fue del 31,7%. Se observaron asociaciones significativas con la edad y el consumo de sustancias. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas con sexo, diagnóstico psiquiátrico, ideación suicida, apoyo familiar, relaciones sociales ni bullying.

Conclusiones: La conducta suicida es frecuente en adolescentes atendidos en urgencias, especialmente en los mayores del rango estudiado y aquellos con adicciones. Estos resultados permiten orientar estrategias preventivas adaptadas a la población local y destacan la importancia de intervenciones que promueven la salud, bienestar y reducción de desigualdades.

Palabras clave: Adolescentes, conducta suicida, factores de riesgo, urgencias hospitalarias.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Introduction: Suicidal behavior is a significant health concern among adolescents. The aim of this study was to determine the prevalence of suicidal behavior in adolescents aged 12 to 18 years attended in the emergency department of the neurotraumatology hospital of Jaén in 2024, and to analyze associated factors.

Methodology: A cross-sectional descriptive study was conducted through medical record

review. Sociodemographic, clinical and psychosocial variables were collected, including age, sex, psychiatric diagnosis, substance use, familiy support, social relationships, bullying, self-harm and suicidal ideation.

Results: The prevalence of suicidal behavior was 31,7%. Significant associations were found with age and substance use. No significant associations were observed with sex, psychiatric diagnosis, suicidal ideation, family support, social relationships or bullying.

Conclusion: Suicidal behavior is common among adolescents attended in emergency care, particulary in older adolescents and those with substance use. These findings can guide targeted preventive strategies for the local population and highlight the importance of interventions that promete health, well-being and reduction of inequialities.

Key words: Adolescents, suicidal behavior, risk factors, hospital emergency department.

INTRODUCCIÓN

El suicidio se define como un acto deliberado de autolesión con la intención explícita de resultar letal, llevado a cabo por una persona con la intención consciente de provocar su propia muerte (1).

El comportamiento suicida abarca un espectro de conductas que comprende el suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida, entendida como el conjunto de pensamientos e ideas relacionados con la propia muerte (1,2).

En este contexto, las conductas autolesivas incluyen aquellas acciones intencionales dirigidas a infligirse daño, ya sea con la finalidad de acabar con la propia vida (autolesiones suicidas) o sin dicha intención (autolesiones no suicidas). Las primeras engloban desde pensamientos sobre la muerte hasta la planificación o ejecución de conductas dirigidas a dejar de vivir, mientras que las segundas comprenden diversas formas de daño físico, siendo las más frecuentes los cortes o erosiones superficiales en la piel (3).

La motivación subyacente a las autolesiones es heterogénea y puede incluir dificultades en la comunicación emocional, la necesidad de aliviar estados afectivos negativos como la tristeza, la influencia del grupo de iguales o el sentimiento de pertenencia, así como mecanismos de autocastigo asociados a baja autoestima, culpa o rechazo hacia uno mismo (3).

En relación la distribución por sexo, la tasa de suicidio de los varones de 4,23 cuadruplica a la de las mujeres ,1,01. Sin embargo, esta tendencia se invierte en el caso de las tentativas de suicidio, donde las mujeres presentan mayores tasas y valores absolutos que los varones (4).

Dentro de los factores de riesgo de conducta suicida, las personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento constituyen el grupo de mayor relevancia clínica. Aunque la fuente consultada no aporta una cuantificación específica, diversos estudios señalan que más del 50% de las personas que fallecen por suicidio presentan algún trastorno mental, destacando especialmente los trastornos depresivos. Asimismo, otros trastornos psiquiátricos como los trastornos por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, los trastornos de la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria se asocian de forma consistente con un incremento del riesgo.

En un segundo nivel, se sitúan las enfermedades crónicas, particularmente aquellas que cursan con dolor, incapacidad o deterioro cognitivo, que pueden aumentar el riesgo, especialmente cuando coexisten con patología psiquiátrica.

Por último, los factores psicosociales actúan como desencadenantes o moduladores del riesgo, incluyendo eventos vitales estresantes como la pérdida de un ser querido, conflictos familiares, cambios de residencia, antecedentes familiares de suicidio, la presencia de trastornos mentales en la madre o experiencias de violencia y agresión sexual. No obstante, su impacto suele ser menor en ausencia de trastornos mentales subyacentes (4).

En este contexto, resulta especialmente relevante analizar factores durante la adolescencia, una etapa de desarrollo que sucede a la niñez y se extiende desde la pubertad hasta la edad adulta, caracterizada por profundos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales (5).

De hecho, el suicidio constituye la primera causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años, lo que pone de manifiesto la especial vulnerabilidad de la población adolescente (6).

En los últimos años, la salud mental infantojuvenil ha adquirido una creciente relevancia debido al incremento de los trastornos psicológicos en este grupo poblacional (7). En este sentido, en 2021 la ideación suicida entre personas de 15 a 29 años aumentó un 53%, alcanzando a 9 de cada 100 jóvenes (8).

En relación con estos factores de riesgo específicos, el bullying se ha identificado como uno de los problemas más relevantes en el entorno adolescente, constituyendo un importante

factor asociado a la ideación y a los intentos de suicidio. En este sentido, las víctimas de bullying presentan un riesgo de 2,33 veces mayor de desarrollar ideación suicida y 2,55 veces mayor de realizar intentos de suicidio en comparación con aquellos que no han sufrido esta situación (9,10).

Frente a estos factores de riesgo, existen diversos factores protectores que pueden mitigar la aparición de conductas suicidas, entre los que destacan las relaciones positivas con la familia, los compañeros y el profesorado, así como la disponibilidad de redes sociales estructuradas y el apoyo emocional (11).

Asimismo, la especial vulnerabilidad durante la infancia y la adolescencia hace necesario un abordaje integral que implique tanto a los servicios sanitarios como a otros ámbitos sociales, siendo la atención primaria un elemento clave en la detección precoz, la prevención y la coordinación con los servicios de salud mental, el entorno educativo y el apoyo familiar.
Del mismo modo, el ámbito educativo desempeña un papel fundamental en la gestión de factores emergentes como el uso de redes sociales, que, aunque forman parte esencial de la vida de los jóvenes, pueden asociarse a efectos negativos como el aislamiento social o alteraciones del sueño (7).

En este marco, el presente estudio adquiere relevancia al contribuir al desarrollo de estrategias preventivas y programas de intervención adaptados a las necesidades específicas de la población adolescente.

En relación con los objetivos de desarrollo sostenible constituyen un marco estratégico orientado a garantizar un futuro sostenible, abordando de manera interrelacionada desafíos como la pobreza, la desigualdad, el cambio climático, la degradación ambiental, la prosperidad, la paz y la justicia.

Finalmente, el objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la conducta suicida en adolescentes de 12 a 18 años en 2024, en la población atendida en el servicio de urgencias del Hospital Neurotraumatológico de Jaén durante dicho periodo.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

Se plantea que la prevalencia de conductas suicidas en adolescentes de 12 a 18 años durante el año 2024 será elevada.

OBJETIVO PRINCIPAL

- Determinar la prevalencia de conductas suicidas en adolescentes de 12-18 años atendidos en el servicio de urgencias durante el año 2024 en el hospital universitario Neurotraumatológico de Jaén.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Determinar las características sociodemográficas (edad, sexo) y clínicas (diagnóstico psiquiátrico, conductas suicidas).
- Describir variables como ideación suicida, autolesiones, adicciones, apoyo familiar, estructura del hogar, orden entre los hermanos, relaciones sociales, número de intentos y exposición a acoso escolar o ciberbullying.
- Analizar la relación entre el acoso escolar y la conducta suicida.
- Analizar la relación entre la ideación suicida y la conducta suicida.

METODOLOGÍA

DISEÑO

Para dar respuesta a los objeticos propuestos se ha realizado un estudio con el siguiente diseño: estudio de prevalencia, observacional, transversal, descriptivo/analítico, retrospectivo.

ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes de 12-18 años que acudieron a urgencias, del hospital Neurotraumatológico de Jaén, con motivo de consulta psiquiátrica en el año 2024.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN**:**

- Edad: Entre 12 y 18 años.

- Acudir a urgencias en 2024 con motivo de consulta psiquiátrico, al hospital universitario Neurotraumatológico de Jaén.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Discapacidad intelectual.

- Trastorno del espectro autista.

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

Se ha calculado empleando la fórmula de estimación de una proporción con la calculadora GRANMO (versión 8.0). Se ha considerado una proporción de adolescentes con ideación suicida del 43,3%, tomada de estudios previos en población similar como referencia metodológica ante la ausencia de estimaciones específicas de la conducta suicida en el contexto del estudio. Se asumió un nivel de confianza del 95%, un error de precisión del 5% y una proporción de reposiciones del 5% y se estima que se necesita incluir al menos 397 pacientes.

En consonancia con esta estimación del tamaño muestral, la hipótesis del estudio plantea que la prevalencia de conductas suicidas en adolescentes de 12 a 18 años durante el año 2024 será superior a la descrita en estudios previos en población general adolescente.

VARIABLES

En el presente estudio se recopilaron diferentes variables con el fin de analizar la conducta suicida en adolescentes atendidos en urgencias psiquiátricas.

La variable principal del estudio fue la conducta suicida, definida como el intento de suicidio y/o referir de forma explícita querer quitarse la vida. Esta variable se recogió de manera dicotómica (sí/no) según la información registrada en las historias clínicas.

Se incluyeron distintas variables secundarias tanto sociodemográficas como clínicas.

Dentro de las sociodemográficas se encuentran: edad, sexo, composición del hogar, definida como monoparental, biparental u otros, siendo este último el caso de adolescentes

que conviven en centros de acogida o con otros familiares. Número de hermanos y orden de nacimiento (menor, mediano o mayor). Relaciones sociales, definida como la presencia o ausencia de un grupo social, recogida como si o no.

Dentro de las clínicas: diagnóstico psiquiátrico, establecido mediante la CIE 10, según constancia en la historia clínica y definida como si o no. Ideación suicida, definida como el pensamiento de quitarse la vida y registrada como si o no. Autolesiones no suicidas, definidas como conductas intencionadas de daño físico autoinfligido sin intención de provocar la muerte. Adicciones incluyendo consumo de tabaco, alcohol, cannabis u otras sustancias, registradas como si o no. Apoyo familiar, recogido según percepción del paciente como presente o ausente o problemática con progenitores, intentos autolíticos previos, cuantificados como número de intentos registrados en la historia clínica. Y, por último, el bullying registrada como si o no.

PROCEDIMIENTO Y RECOGIDA DE DATOS

La obtención de datos se realizó a través de la revisión de historias clínicas, recogidas por el estudiante, en el hospital universitario Neurotraumatológico de Jaén, conforme a la ley de protección de datos.

Los datos fueron recogidos por parte del estudiante supervisado en todo momento por los médicos especialistas del servicio de psiquiatría. La recogida de datos se realizó de forma seudonimizada a partir de las historias clínicas.

Para la seudonimización se crearon dos bases de datos que únicamente compartirán un código de asignación para cada paciente. Una de ellas contenía dicho código y los datos identificativos, y solo el tutor clínico podía custodiarla y acceder a la misma. La otra base de datos únicamente contenía el código de asignación y los datos clínicos necesarios para la investigación.

Esta última ha sido la empleada por el estudiante para el TFG. El uso de los datos se hará conforme a la legislación de la UE sobre datos personales (ver aspectos éticos y legales).

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En este estudio, las variables cualitativas (ideación suicida, sexo, autolesiones, diagnóstico psiquiátrico, conducta suicida, adicciones, apoyo familiar, hogar, orden que ocupa entre sus hermanos, relaciones sociales, acoso escolar o ciberbullying) se han descrito mediante el

uso de frecuencias absolutas y relativas junto con el intervalo de confianza del 95%.

En la variable “orden de nacimiento”, el análisis se realizó únicamente en los participantes con hermanos (n = 86), excluyendo a los hijos únicos, que se incluyeron como categoría independiente en el análisis descriptivo.

Del mismo modo, las variables cuantitativas (edad, número de hermanos y número de intentos autolíticos previos) se han descrito mediante la media y la desviación estándar en caso de distribución normal, o mediante la mediana y el rango intercuartílico (RIC) en caso contrario. La distribución normal se evaluó a través de gráficos (histogramas y gráficos Q-Q) y pruebas como la de Shapiro-Wilk.

Para comparar el objetivo secundario del acoso escolar (variable cualitativa) del grupo de adolescentes de 12 a 18 años con la conducta suicida (variable cualitativa) utilizamos la prueba chi cuadrado.

Para comparar el objetivo secundario de la ideación suicida (variable cualitativa) del grupo de adolescentes de 12 a 18 años con la conducta suicida (variable cualitativa) utilizamos la prueba chi cuadrado.

Adicionalmente, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria con el objetivo de identificar los factores asociados de forma independiente a la conducta suicida. En el modelo se incluyeron variables con relevancia clínica y/o significación estadística en el análisis bivariante. Los resultados se expresaron mediante odds ratio (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%), considerándose significación estadística un valor de $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Este proyecto fue enviado al comité de ética y no comenzó hasta tener su aprobación. A quién se solicitó la exención de solicitar el consentimiento informado por ser un estudio observacional, retrospectivo y tener riesgo nulo para los sujetos.

“El trabajo se realizó respetando las normativas en materia de bioética según la declaración de Helsinki, el informe de Belmont, el convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica”. “El manejo de los datos personales de los pacientes se ha realizado siguiendo lo establecido Ley Orgánica

3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en lo referente a usos de la historia clínica y Ley 14/2007 de Investigación Biomédica de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica" (se acompañará de un anexo que incluya el compromiso firmado por parte del tutor y estudiante).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 134 pacientes de entre 12 y 18 años que acudieron a urgencias, por un motivo psiquiátrico, al Hospital Neurotraumatológico de Jaén durante el año 2024. De estos, se excluyeron 15 pacientes: 11 por presentar trastorno del espectro autista y 4 por diagnóstico de discapacidad intelectual. La muestra final quedó constituida por 119 pacientes (Figura 1).

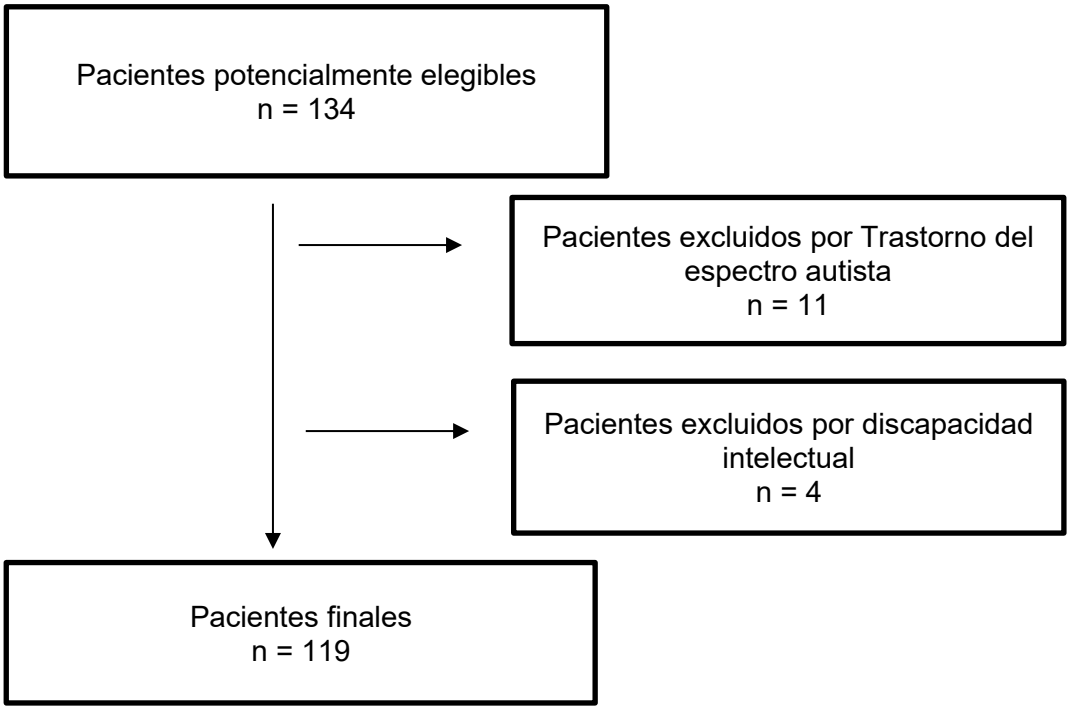


Figura 1. Diagrama de flujo de pacientes incluidos y excluidos

Del total de la muestra, 78 pacientes (65%) fueron mujeres y 42 (35%) hombres. La mediana de edad fue de 16 años (RIC = 15-17) con un rango comprendido entre 12 y 18 años. La mayoría residía en hogares biparentales (61,7%) y mantenía relaciones sociales (75,8%). El 38,3% presentaba diagnóstico psiquiátrico.

La conducta suicida se observó en 31,7% de los pacientes, la ideación suicida en 28,3% y las autolesiones no suicidas en 11,7%. Las adicciones se registraron en 32,5%, el 56,7% afirmó apoyo

familiar y un 15,8% refirió haber sufrido bullying. La mediana de intentos autolíticos previos fue de 0, con un rango intercuartílico (RIC), definido como la diferencia entre el tercer y el primer cuartil (P75-P25), de 0-0. La Tabla 1 resume las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.

Tabla 1. Características de la muestra (descriptivo)

Variable	Categoría	n	%	Mediana (RIC)
Edad (años)	-	120	-	16 (15-17)
Sexo	Hombre	42	35	-
	Mujer	78	65	-
Composición del hogar	Monoparental	35	29,2	-
	Biparental	74	61,7	-
	Otros	11	9,2	-
Número de hermanos	-	120	-	1 (0-1)
Orden de nacimiento	Mayor	51	59,3	-
	Mediano	12	14	-
	Menor	23	26,7	-
Relaciones sociales	Sí	91	75,8	-
	No	29	24,2	-
Diagnóstico psiquiátrico	Sí	46	38,3	-
	No	74	61,7	-
Conducta suicida	Sí	38	31,7	-
	No	82	68,3	-
Ideación suicida	Sí	34	28,3	-
	No	86	71,7	-
Autolesiones no suicidas	Sí	14	11,7	-
	No	106	88,3	-
Adicciones	Sí	39	32,5	-
	No	81	67,5	-
Apoyo familiar	Sí	68	56,7	-
	No	52	43,3	-
Intentos previos	-	120	-	0 (0-0)
Bullying	Sí	19	15,8	-
	No	101	84,2	-

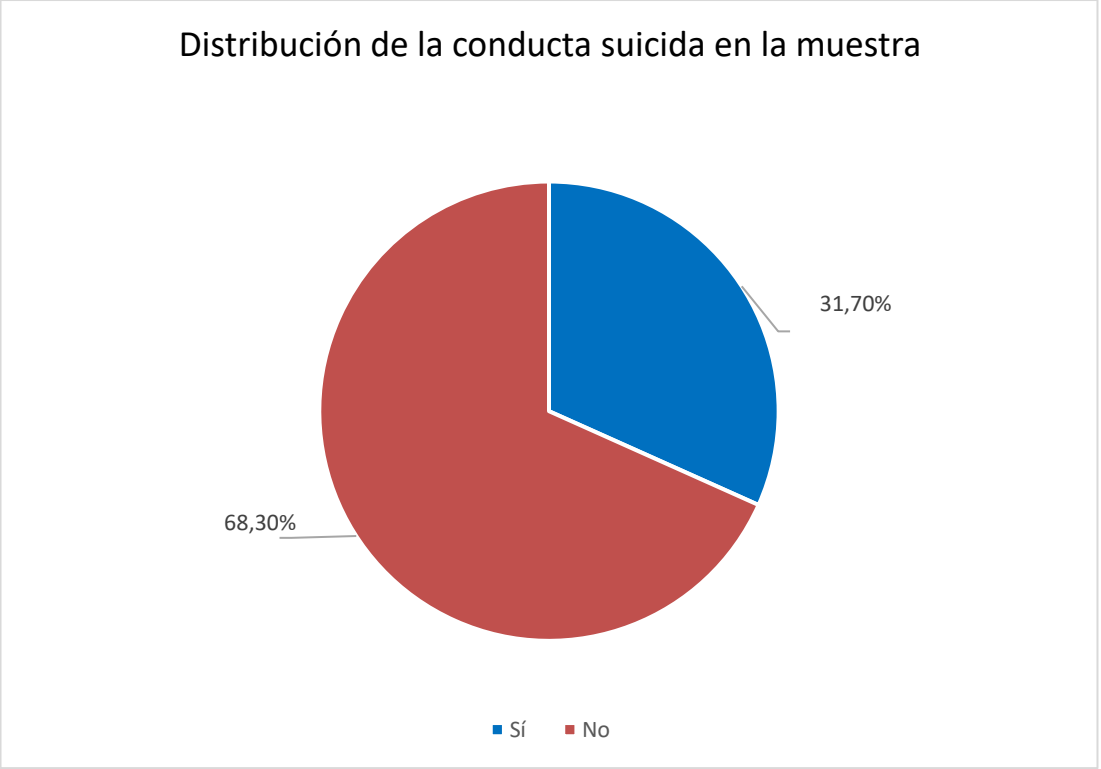
RIC: rango intercuartílico (Q3-Q1).

Las variables cuantitativas se presentan como mediana (RIC) por no seguir distribución normal (Shapiro-wilk p<0,001).

Prevalencia de conducta suicida en adolescentes de 12 a 18 años

De los 120 adolescentes incluidos en el estudio, 38 (31,7%) presentaron conducta suicida. Por tanto, la prevalencia de conducta suicida en la muestra fue del 31,7% (Figura 2).

Figura 2. Distribución de la conducta suicida en la muestra



Se analizó la relación entre conducta suicida y bullying en adolescentes de 12 a 18 años. En el grupo de adolescentes que habían sufrido bullying, 7 (36,8%) presentaron conducta suicida y 12 (63,2%) no la presentaron, mientras que en el grupo sin bullying, 31 (30,7%) presentaron conducta suicida y 70 (69,3%) no la presentaron. Por lo que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre bullying y conducta suicida ($\chi^2 = 0,279$; $p = 0,597$). Los resultados se muestran también de forma visual en la Figura 3.

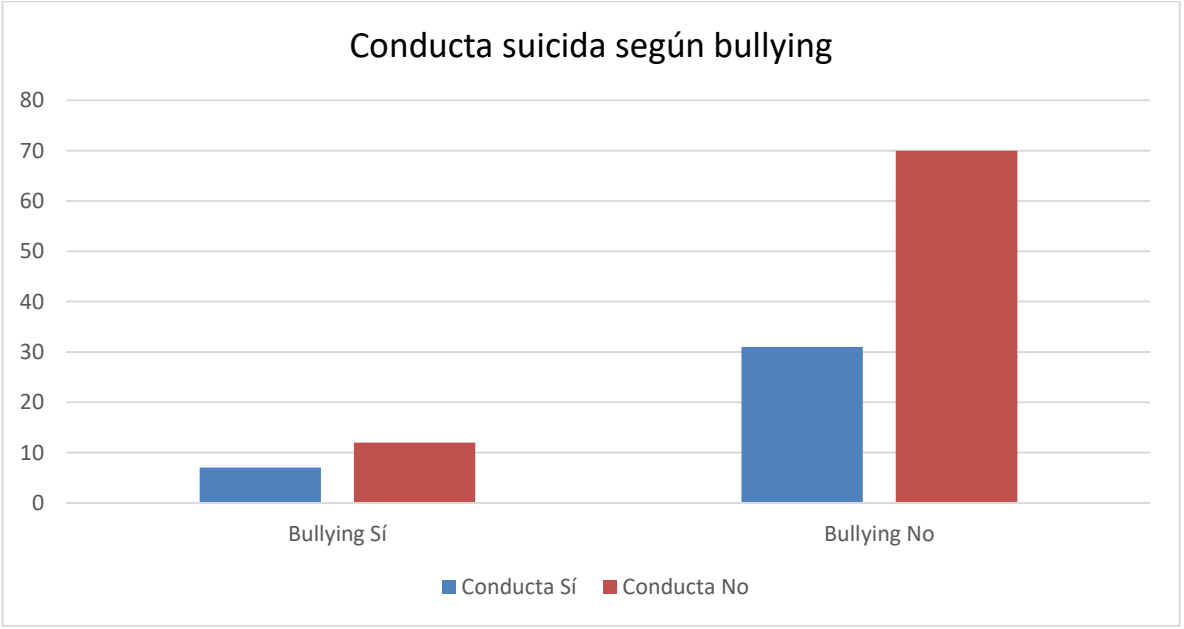
De manera similar, se evaluó la relación entre conducta suicida e ideación suicida. En el grupo con ideación suicida, 13 adolescentes (38,2%) presentaron conducta suicida y 21 (61,8%) no la presentaron, mientras que en el grupo sin ideación, 25 (29,1%) presentaron conducta suicida y 61 (70,9%) no la presentaron. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ideación suicida y conducta suicida ($\chi^2 = 0,946$; $p = 0,331$). (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado (conducta suicida)

Variable independiente	Conducta suicida Sí n	Conducta suicida No n	Valor p *
Sexo: Hombre	11(26,2%)	31(73,8)	0,344
Sexo: Mujer	27(34,6%)	51(65,4%)	0,344
Diagnóstico psiquiátrico	33 (40,2%)	49 (59,8%)	0,243
Ideación suicida	13(34,2%)	25(65,8%)	0,331
Adicciones	22(26,8%)	60(73,2%)	0,051
Apoyo familiar	47(47,5%)	52(52,5%)	0,833
Relaciones sociales	1(3,3%)	29(96,7%)	0,576
Bullying	7(36,8%)	12(63,2%)	0,597

Valor p de la prueba de chi cuadrado para detectar diferencias significativas (p<0,05).

Figura 3. Conducta suicida según bullying



Para identificar los factores asociados a conducta suicida en adolescentes de 12 a 18 años, se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística (Tabla 3). Tras ajustar por todas las variables incluidas, se observó que la edad (OR = 1,39; IC 95%: 1,02-1,9; p = 0,038) y las adicciones (OR = 2,99; IC 95%: 1,15-7,77; p = 0,024) se asociaron significativamente con la presencia de conducta suicida.

Por otro lado, el sexo, diagnóstico psiquiátrico, ideación suicida, apoyo familiar, relaciones sociales y bullying no mostraron asociaciones significativas.

Tabla 3. Análisis multivariante (regresión logística)

	OR	IC 95%	Valor p
Edad (años)	1,39	1,02 – 1,9	0,038*
Sexo (Mujer – Hombre)	1,30	0,52 – 3,24	0,570
Diagnóstico psiquiátrico (Sí – No)	0,58	0,24 – 1,44	0,243
Ideación suicida (Sí – No)	1,60	0,62 – 4,15	0,329
Adicciones (Sí – No)	2,99	1,15 – 7,77	0,024*
Apoyo familiar (Sí – No)	1,15	0,48 – 2,78	0,751
Relaciones sociales (Sí – No)	0,51	0,18 – 1,44	0,203
Bullying (Sí – No)	2,10	0,59 – 7,55	0,254

- *P<0,05 indica significación estadística.*

DISCUSIÓN

En este estudio se determinó la prevalencia de conducta suicida, entendida como el intento de suicidio y/o la expresión explícita del deseo de quitarse la vida, en adolescentes de 12 a 18 años atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Neurotraumatológico de Jaén en 2024. La prevalencia observada fue del 31,7%, lo que pone de manifiesto la relevancia de esta problemática en la población estudiada.

Este resultado es coherente con la hipótesis planteada, que predecía una elevada prevalencia de conducta suicida en adolescentes de este rango de edad. En relación con la literatura disponible, la prevalencia observada resulta inferior a la descrita en algunas revisiones sistemáticas y en informes de organismos internacionales (1,5,8). Esta diferencia podría explicarse por las características específicas del contexto asistencial del estudio, al tratarse de

una muestra procedente de un servicio hospitalario concreto, lo que limita la representatividad respecto a la población general adolescente.

En cuanto al análisis de los factores asociados, se observó una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de conductas suicidas, así como con el consumo de sustancias adictivas. Este hallazgo es consistente con estudios previos que señalan la adolescencia tardía y el consumo de sustancias como factores de riesgo relevantes (6,16,17). Por el contrario, variables como el sexo, el diagnóstico psiquiátrico, la ideación suicida, el apoyo familiar, las relaciones sociales y el bullying no mostraron asociaciones significativas en esta muestra, lo que podría explicarse por el tamaño muestral limitado y la especificidad de la población estudiada (15,18,20,21).

En relación con el bullying, la ausencia de asociación significativa, aunque inicialmente llamativa, podría deberse a la baja proporción de adolescentes que refirieron haberlo sufrido (15,8%), lo que podría haber reducido la potencia estadística necesaria para detectar diferencias (15,25).

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar múltiples factores individuales y contextuales en la evaluación del riesgo de conducta suicida. La identificación de variables significativas permite orientar estrategias de prevención adaptadas al contexto local, especialmente aquellas dirigidas al abordaje de las adicciones y a la vigilancia de adolescentes de mayor edad dentro del rango estudiado (3,7,9). En este sentido, se han propuesto intervenciones preventivas que incluyen el fortalecimiento de la red de apoyo social y familiar, la identificación precoz de factores desencadenantes, el establecimiento de rutinas estructuradas y la reducción de la autoexigencia

Asimismo, se subraya la importancia de la detección temprana y la intervención clínica especializada, en línea con las recomendaciones de la American Psychiatric Association y guías nacionales (1,2,3). Estas directrices recomiendan una valoración estructurada del riesgo en urgencias, la intervención inicial y la derivación a salud mental, así como el seguimiento tras el alta para reducir el riesgo de repetición de conductas suicidas.

En cuanto a la sostenibilidad, los resultados proporcionan información relevante para el desarrollo de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y el bienestar en los adolescentes, favoreciendo la inclusión social, el apoyo familiar y la reducción de desigualdades, en consonancia con los objetivos de desarrollo sostenible especialmente el

ODS 3 (salud y bienestar) (1).

El principal aporte de este estudio es la caracterización de la conducta suicida en población adolescente atendida en un contexto hospitalario específico del sur de España, lo que contribuye a la generación de evidencia útil para la planificación de estrategias preventivas a nivel local.

Además, este estudio aporta evidencia para futuras investigaciones y programas preventivos que contemplen la relación entre factores de riesgo y conductas suicidas en contextos clínicos locales (2,10,11,12). En este sentido, se recomienda la realización de estudios con muestras más amplias y diseños longitudinales que permitan establecer relaciones causales y profundizar en la comprensión del fenómeno.

Entre las fortalezas del estudio destacan la revisión sistemática de historias clínicas y la seudonimización de los datos, garantizando la confidencialidad y el cumplimiento ético. Entre las limitaciones se incluyen el diseño transversal, que impide establecer casualidad, el tamaño muestral inferior al inicialmente estimado y la exclusión de adolescentes con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, lo que limita la generalización de los resultados (13,14,19,22,23,24). Asimismo, el estudio puede estar sujeto a sesgos de selección, al basarse en una muestra hospitalaria, y a sesgos de información derivados del uso de historias clínicas. Finalmente, entre las dificultades encontradas se incluyen la variabilidad en el registro clínico y el acceso incompleto a determinadas variables en las historias revisadas.

CONCLUSIONES

El presente estudio ha permitido estimar la prevalencia de conducta suicida en adolescentes de 12 a 18 años atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Neurotraumatológico de Jaén durante el año 2024, situándose en un 31,7%, lo que evidencia la relevancia de esta problemática en el ámbito clínico analizado.

En relación con los factores asociados, la edad y el consumo de sustancias adictivas mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de conducta suicida, lo que sugiere su papel como factores de riesgo relevantes en esta población. Por el contrario, el sexo, el diagnóstico psiquiátrico, la ideación suicida, el apoyo familiar, las relaciones sociales y el bullying no mostraron asociaciones significativas en la muestra estudiada, lo que podría estar

condicionado por las características específicas de la población analizada y el tamaño muestral.

En conjunto, estos resultados permiten dar respuesta a los objetivos planteados, tanto en lo referente a la estimación de la prevalencia de conducta suicida como a la identificación de factores asociados en la población adolescente estudiada, aportando información relevante para su abordaje clínico y preventivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. ¿Qué son suicidio y autolesión? [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/suicidio-y-autolesion/que-son-suicidio-y-autolesion

2. Pérez P, Martínez S, Gómez M. Suicidio en adolescentes: identificación temprana y prevención. Vol. 45. 2017;45(4):123-6.

3. SIVARIA. Guía de abordaje frente a riesgo suicida en adolescentes (nivel selectivo/indicado). 2024 [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://blogs.uned.es/investigacioninfantojuvenil/wp-content/uploads/sites/321/2024/06/Guia-Suicidio-Adolescentes_P-Select_indic_Riesgo-Moderado-Grave.pdf

4. Instituto de juventud. Informe sobre la juventud en españa 2020 [Internet]. 2020 [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-09.pdf

5. MSD Manuals. Conducta suicida [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida

6. Vega P, Ramírez M, Díaz H. Suicidio en adolescentes: revisión y análisis de factores de riesgo. Vol. 21. 2020;21(3):123-9.

7. Ribas J, Martín M, Sánchez P, et al. Percepciones sobre conductas de riesgo de jóvenes en la comarca de l'Anoia. 2020. 13(2):45-50.

8. Confederación Salud Mental España. Aboca: Adolescentes y jóvenes, una sociedad fallida [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://consaludmental.org/salaprensa/aboca-adolescentes-jovenes-sociedad-falli

9. Pérez-Navarro A, López-Delgado R. Factores de riesgo y protección asociados al suicidio en adolescentes. 2019. 42(3):145-53.

10. Save the children. Suicidios en adolescentes en España: factores de riesgo y datos. 2023 [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/actualidad/suicidios-adolescentes-espana-factores-riesgo-datos

11. Asociación ANAR. Estudio sobre conducta suicida en la infancia y la adolescencia 2012–2022. 2022 [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.anar.org/wp-

content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf

12. Jiménez TI, Estévez-García F, Estévez E. Suicidal Behavior in Adolescents: An Ecological-Relational Study. Psicothema. 2024;36(4):389-402. doi:10.7334/psicothema2023.258

13. Richa, S., Fahed, M., Khoury, E., Mishara, B. Suicidio en los trastornos del espectro autista. Vol. 18. 18(4):327-39.

14. Lindstedt, Sara, Rück, Christian, Hirvikoski, Tatja, Hintze, Emma, Lundin Kleberg, Johan, Grossmann, Leoni, et al. Suicide and Self-Harm in Intellectual Disability: A Systematic Review and Meta-Analysis. 2025 [Internet]. [citado 26 de enero de 2026]. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jir.70052

15. Ana Beatriz Pacífico, Eliane Denise Araújo Bacil, Thiago Silva Piola, Michael Pereira da Silva, Fabio Fontana, Jhonatan Gritten Campos, et al. Is bullying associated with health risk and quality of life behaviors in adolescents? [Internet]. Vol. 30. 2025 [citado 26 de marzo de 2026];30(3). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40136175/

16. Eduardo Fonseca-Pedrero; Susana Al-Halabí. Sobre la conducta suicida y las conductas adictivas. Vol. 36. 2024;36(2):121-8.

17. Gökalp Cengiz, Yakup Yeşil, Abdurrahman Avar Özdemir. Factores de riesgo sociodemográficos y clínicos en adolescentes con intento de suicidio no violento: estudio prospectivo. Archivos Argentinos de Pediatría. e202510855.

18. Gonzalo Galván, Lina María Castilla Chaverra, Marje de Jesús Garces Ricardo, Francisco Javier Vásquez De la Hoz, Manuel Francisco Guerrero Martelo, Laura Juliana Barchelot Aceros, et al. Relación entre bullying y conductas suicidas en adolescentes: una revisión sistemática. 2020. 31(149):13-20.

19. José J. Carballo, Carmen Llorente, Laura Kehrmann, Irene Flamarique, Alessandro Zuddas, Delphine Purper-Ouakil, et al. Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial. Vol. 39. 39(3):150-8.

20. Juliana Escobar Echavarría, Laura Elisa Montoya González, Diana Restrepo Bernal, David Mejía Rodríguez. Ciberacoso y comportamiento suicida. ¿Cuál es la conexión? A propósito de un caso. 2017. 46(4):247-51.

21. Lisa De Luca, Massimiliano Pastore, Benedetta E. Palladino, Birgit Reime, Patrick Warth, Ersilia

Menesini, et al. The development of non-suicidal self-injury (NSSI) during adolescence: A systematic review and Bayesian meta-analysis. Vol. 339. 2023;339:648-59.

22. María del Pilar Martínez-Medina, Catalina González-Forteza, Francisco Padrós-Blázquez. Diferencias psicopatológicas entre pacientes adolescentes del sexo femenino con y sin intento de suicidio. Vol. 61. 2023;61(5):597-602.

23. Mónica Edith Bella. Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares. Vol. 140. 140(11):1417-24.

24. Silva, J. B., et al. A influência da violência familiar e entre pares na prática do bullying por adolescentes escolares. Vol. 26. 2021;26(3):4933-44.

25. Xiaoyan Zhu, Xin Wang, Zhen Liu, Xin Chen, Li Zhang. Association between bullying victimization and suicidal behaviors among adolescents: A systematic review and meta-analysis. 214 [Internet]. 2024 [citado 25 de marzo de 2026];14. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41398-024-02914-y

ANEXO 1. Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA Declaración sobre el uso de ChatGPT y herramientas de IA

Yo, María Imbernón Barbudo, estudiante del Grado en medicina, y autora del Protocolo titulado: “Conducta suicida en adolescentes de 12-18 años en 2024 del hospital universitario Neurotraumatológico de Jaén”, declaro que: 1. Uso no permitido: o No he utilizado ChatGPT ni otras herramientas de inteligencia artificial para elaborar de forma automática el contenido principal del Protocolo. o El diseño metodológico, la recogida y análisis de los datos, así como la redacción científica del trabajo, son fruto de mi propio esfuerzo académico. 2. Uso permitido: o Reconozco que he podido emplear ChatGPT y/o herramientas similares exclusivamente como apoyo en: Mejora de la redacción y claridad del texto. Resolución de dudas conceptuales o terminológicas. 3. Responsabilidad académica: o Soy plenamente responsable de todo el contenido de este Protocolo. o Garantizo que las ideas, aquí presentados reflejan mi propio trabajo, y que cualquier recurso bibliográfico utilizado ha sido adecuadamente citado siguiendo las normas de la universidad. En Madrid, a 10 de Septiembre de 2025.

ANEXO 2. Variables del estudio

VARIABLE PRINCIPAL	UNIDADES/CATEGORÍAS	TIPO	DEFINICIÓN
Conducta suicida	SI/NO	Cualitativa	Intento de suicidio y/o referir deseos de quitarse la vida
VARIABLES SECUNDARIAS			
Edad	Años cumplidos	Cuantitativa	
Sexo	Hombre / Mujer	Cualitativa	
Hogar	Monoparental / biparental / otros	Cualitativa	
Número de hermanos	0,1,2…	Cuantitativa	
Orden de nacimiento	Menor / mediano / mayor	Cualitativa	
Relaciones sociales	Tiene / No tiene	Cualitativa	Presencia o ausencia de un grupo social
Diagnóstico psiquiátrico	SI/NO	Cualitativa	
Ideación suicida	SI/NO	Cualitativa	Pensamiento de quitarse la vida
Autolesiones	SI/NO	Cualitativa	
Adicciones	SI/NO	Cualitativa	Alcohol, tabaco, cannabis u otros.
Apoyo familiar	SI/NO/NC	Cualitativa	Grado de apoyo emocional y afectivo recibido por parte de la familia.
Número de intentos autolíticos previos	0,1,2…		Antecedentes registrados de intentos autolíticos
Bullying	SI/NO	Cualitativa	

ANEXO 3. Resolución positiva del Ceim

TFG012-26_EXT

INFORME DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION

Título del proyecto: "Conducta suicida en adolescentes de 12-18 años en 2024 del hospital universitario neurotraumatológico de jaén".
Documentos con versiones:
PROTOCOLO Versión 1.0, 29 de noviembre de 2024
Investigador Principal: ELENA SANZ RIVAS; FRANCISCA BARBUDO; MAURO SCALA
Servicio: Psiquiatría
Centro: Hospital Universitario Quirónsalud Madrid
Estudiante:
- MARIA IMBERNON BARBUDO. Universidad Europea de Madrid.

Este Trabajo de Fin de Grado ha sido evaluado, por procedimiento abreviado, por el Comité de Etica de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz, y se considera que reúne las normas éticas estándar para la realización de este tipo de estudios.

Nota: La obtención de la información clínica necesaria para llevar a cabo el TFG se llevará a cabo de acuerdo al procedimiento establecido en cada centro y departamento de Docencia, siempre de acuerdo a la normativa aplicable en materia de protección de datos.

AUTORIZACIÓN Y CONFORMIDAD DEL CENTRO DONDE SE REALIZA EL TRABAJO DE CAMPO (CENTRO SANITARIO U OTRO)

Centro donde se realiza el trabajo de campo:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN (COMPLEJO HOSPITALARIO),
Investigador/a Principal/ Tutor/a del Centro:	FRANCISCA BARBUDO ANTOLIN
Alumno/a:	MARIA IMBERNON BARBUDO
Unidad de Gestión Clínica (UGC) /Servicio/Consulta Privada/ Instituto de investigación:	U.G.C. SALUD MENTAL DE JAEN

Para su participación en el Trabajo de Fin de Grado ó Fin de Máster:

Título del TFG/TFM	T.F.G.
Código del estudio*	T.F.G.-EIAA-2017
Fechas previstas de inicio y fin del estudio	ENERO 2024 a Diciembre 2024

* El código del estudio lo puede crear el/la alumno/a o el/la tutor/a y debe ser el mismo código que se use cuando se incluya el proyecto en el Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (PEIBA). La estructura es: TFG-XXXX-2017 ó TFM-XXXX-2017. Ejemplo: en un TFG sobre educación sanitaria en diabetes, elegimos el código TFG-ESDI-2017.

SE HACE CONSTAR:

- Que la realización del TFG/TFM no interfiere en el funcionamiento del Servicio/UGC implicado ni de otros Servicios/UGCs no incluidos en este documento.
- Que tras evaluar los procedimientos necesarios para la realización del TFG/TFM se da la conformidad para su puesta en marcha en el Centro. **La realización de este TFG/TFM quedará condicionado al Informe favorable de un Comité de Ética de Investigación acreditado**.
- El estudio se realizará tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo las normas éticas internacionales aceptadas.

Relacionar los recursos e instalaciones necesarias para el desarrollo del TFG/TFM):

(A cumplimentar por el/la alumno/a, con el visto bueno de el/la tutor/a, antes de presentar a la firma del responsable del centro del trabajo de campo)

Revision de Historias Clinicas por Intento de autolisis entre 12-18 años, durante 1 año (2024)

Fdo: D. /Dª RAFAEL MARTINEZ NOGUERAS CNP: 00/0165683/07

Cargo: Medico

Firmado por: Responsable del Centro donde se realice el trabajo de campo (en centros sanitarios: Director Gerente o persona en quien delegue)

Fecha: 26/Noviembre 2025