

L'ABORDATGE D'INFERMERIA EN EL SUÏCIDI DURANT L'ADOLESCÈNCIA



Autora: Clara Álvarez Bosch

4t Grau d'Infermeria

Curs: 2022/2023

Modalitat TFG: Revisió bibliogràfica

Tutora: Dra. Susana Mantas Jiménez

Facultat d'infermeria. Universitat de Girona

Un sincer agraïment a la meva tutora, Dra. Susana Mantas, per a respondre a tots els meus dubtes i contribuir en tot moment en el meu aprenentatge.

Gràcies a la meva família Núria, Alfons, Judit i Berta.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

Resum/Abstract.....	6
1. Marc teòric.....	9
1.1. Introducció al suïcidi.....	9
1.2. Tipologia de suïcidi i mètodes.....	10
1.2.1. Progressió del suïcidi.....	12
1.3. Legalitat del suïcidi.....	13
1.4. Prevalença del suïcidi a Espanya i Catalunya.....	15
1.5. Avaluació del risc de suïcidi.....	17
1.5.1. Valoració i actuació en el suïcidi.....	20
1.5.2. Instruments d'avaluació del suïcidi en adolescents.....	23
1.5.3. Grups de risc en relació amb el suïcidi.....	24
1.5.3.1. Conducta suïcida en l'adolescència.....	25
1.5.3.2. Baixa autoestima en l'adolescència.....	27
1.6. Infermeria i suïcidi.....	28
1.7. Intervencions i tractaments.....	32
1.8. Plans de prevenció del sistema de salut i suïcidi.....	34
2. Justificació.....	39
3. Objectius.....	39
4. Material i mètodes.....	39
5. Resultats.....	41
6. Discussió.....	50
6.1. Limitacions.....	53
7. Conclusions.....	54
7.1. Aplicabilitat de la revisió.....	56
8. Referències bibliogràfiques.....	57
9. Annexos.....	63

ÍNDIX TAULES

Taula 1: Principals causes de mort externa a Espanya. Gener-Juny del 2018-2022	15
Taula 2: Suïcidis per sexe de les províncies de Catalunya i comparació amb Espanya IDESCAT.....	16
Taula 3: Factors associats a la conducta suïcida en la infància i adolescència segons el model de Mann i el seu nivell d'evidència	19
Taula 4: Classificació de factors de risc suïcida en modificables i no modificables	20
Taula 5: Recomanacions d'actuació davant d'una situació d'ideació suïcida...	29
Taula 6: Preguntes a formular en el triatge davant d'una conducta suïcida	30
Taula 7: Variables associades amb l'ingrés hospitalari	31
Taula 8. Relació paraules clau – descriptors MeSH i DECS	40
Taula 9: Exposició dels autors, referències, any i procedència de les investigacions.....	42
Taula 10: Recull d'articles seleccionats per a la revisió bibliogràfica.....	49

ÍNDIX FIGURES

Figura 1: Taxes globals de suïcidis a Espanya per 100.000 habitants i comunitats autònomes en l'any 2010	16
Figura 2: Programa Codi Risc Suïcidi (CRS) de Catalunya	18
Figura 3: Circuit a seguir davant d'una verbalització d'intencionalitat suïcida ..	31
Figura 4: Algoritme dels articles seleccionats segons paraules clau i criteris d'inclusió i exclusió.....	40

ÍNDIX D'ABREVIATURES

STB: Suicidal Thoughts and Behaviors.

SSHADSS/HEADSS: Strengths, School, Home, Activities, Drugs and Substance use, Emotions Eating and Depression, Sexuality, Safety.

PHQ-9: Patient Health Questionnaire item 9.

ASQ: Ask Suicide-screening Questions.

C-SSRS: Columbia Suicide Severity Rating Scale.

SAFE-T: Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage.

SLAP: how Specific, Lethal, Available and Proximity.

ASQ: Ask Suicide Screening Questions.

C-SSRS: Columbia Suicide Severity Rating Scale.

TDC-A: Teràpia Dialèctica Conductual.

TF: Teràpia Familiar.

TCC: Teràpia Cognitiva Conductual.

RESUM

Títol: L'abordatge d'infermeria en el suïcidi durant l'adolescència

Introducció:

El suïcidi en nens i adolescents, és un problema de salut pública que ha incrementat en els últims anys. És rellevant la necessitat d'infermeria de treballar en la prevenció i abordatge del suïcidi basat en la major evidència pels casos de risc de suïcidi adolescent.

Objectius:

Identificar les intervencions d'infermeria existents en la prevenció del suïcidi en la població adolescent. Descriure la relació entre l'autoestima i el risc suïcida en la població adolescent i identificar els factors de risc de la conducta suïcida en la població adolescent.

Metodologia:

S'ha realitzat una revisió bibliogràfica a les bases Medline PubMed, Cochrane Library, Cuiden i Elsevier. La selecció s'ha limitat a articles publicats a partir del 2018 que avaluen intervencions infermeres en adolescents entre 13 i 18 anys. S'ha acceptat un article publicat l'any 2017 per la seva rellevància en la revisió.

Resultats:

S'ha realitzat una selecció i anàlisi de dotze articles per l'elaboració de la revisió. Es van identificar diverses intervencions a aplicar en els adolescents en les diferents unitats d'infermeria. L'ús de la psicoteràpia com a eina terapèutica que permet individualitzar els casos, la realització d'un pla de crisi conjunt una vegada adquirida la confiança usuari-equip de professionals, trucades telefòniques, l'ús de l'ASQ (Ask Suicide Questions), ús dels cribratges SSHADESS/HEADSS, PH-9, ASQ, C-SSRS, les SAFE-T, la SLAP, les teràpies dialèctiques conductuals (TCD-A), l'inventari de Beck-II, l'escala de Raskin modificada i els dispositius digitals pel seguiment domiciliari són les intervencions més utilitzades. Tanmateix, es va determinar que l'autoestima no es considera, un factor de risc del suïcidi però sí, una variable protectora d'aquest i moderadora de l'hostilitat, la desconexió i l'esgotament (burnout) tots ells factors de risc del suïcidi. Dins dels factors

de risc, l'hostilitat està directament relacionada amb les ideacions els plans i els intents suïcides, per altra banda, la depressió mostrava relació directa amb les ideacions i els intents però no amb els plans suïcides.

Conclusions:

Les intervencions han de ser individualitzades fent ús de la psicoteràpia per valorar quines s'adapten més a les necessitats de la persona. Es recomana realitzar un seguiment per part d'infermeria, una realització d'un pla de crisi conjunt, reunions en línia amb les famílies i trucades telefòniques de seguiment. Les teràpies cognitives conductual (TCC) i familiars (TF), no van obtenir una evidència que es pogués determinar en comparació als tractaments habituals. L'autoestima també ha demostrat ser una variable protectora al risc de suïcidi i que el fet de tenir baixos nivells d'aquesta, augmenta la freqüència de les conductes suïcides.

Paraules Clau: "suïcidi", "prevenció del suïcidi", "atenció d'infermeria", "plans de cures d'infermeria", "adolescent", "autoestima".

ABSTRACT

Title: The nursing approach to suicide during adolescence

Background:

Suicide in children and adolescents is a public health problem that has increased in recent years. Relevant is the need for nursing to work on the prevention and approach to suicide based on the greatest evidence for cases of risk of adolescent suicide.

Aims:

Identify existing nursing interventions in suicide prevention in the adolescent population. Describe the relationship between self-esteem and suicidal risk in the adolescent population and identify risk factors for suicidal behavior in the adolescent population.

Methodology:

A bibliographic review has been carried out in the bases Medline PubMed, Cochrane Library, Cuiden and Elsevier. The selection has been limited to articles published since 2018 that evaluate nursing interventions in adolescents between 13 and 18 years old. An article published in 2017 has been accepted for its relevance in the review.

Results:

A selection and analysis of twelve articles has been carried out for the elaboration of the revival. Several interventions to be applied in adolescents in the different nursing units were identified. The use of psychotherapy as a therapeutic tool that allows individualized cases, the realization of a joint crisis plan once the user-team trust of professionals has been acquired, telephone calls, the use of ASQ (Ask Suicide Questions), use of SSHADESS/HEADSS, PH-9, ASQ, C-SSRS, SAFE-T, SLAP, dialectical behavioral therapies (TCD-A), Beck-II inventory, modified Raskin scale, and online devices for home tracking are the most commonly used interventions. However, it was determined that self-esteem is not considered, a risk factor for suicide but yes, a protective variable of this and moderator of hostility, disconnection, and burnout all of them risk factors for suicide. Within the risk factors, hostility is directly related to ideations plans and suicide attempts on the other hand depression showed a direct relationship with ideations and attempts but not with suicidal plans.

Conclusions:

Interventions must be individualized using psychotherapy to assess which ones best suit the needs of the person. It is recommended to carry out follow-up by nursing, a joint crisis plan, online meetings with families and follow-up phone calls. Cognitive behavioral (CBT) and family (TF) therapies did not obtain evidence that could be determined compared to common treatments. Self-esteem has also been shown to be a protective variable to the risk of suicide and that having low levels of it increases the frequency of suicidal behaviors.

Key words: "suicide", "suicide prevention", "nursing care", "nursing care plan", "adolescent", "self esteem".

1. MARC TEÒRIC

1.1. Introducció al suïcidi

El suïcidi és un greu problema de salut pública. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) (1) defineix el 1986 el concepte de suïcidi, com a: "acte amb resultat letal, deliberadament iniciat i realitzat pel subjecte, coneixent o esperant el seu resultat letal i a través del qual, pretén obtenir els canvis desitjats". El trobem descrit a conseqüència d'un símptoma, d'una alteració psicopatològica, i per tant s'ha de dur a terme una valoració psiquiàtrica que permeti descobrir l'origen d'aquesta conducta.

Les morts per suïcidi anuals a escala mundial, actualitzades segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (2) en l'any 2021 arriben a les 700.000 persones. S'estimen que 14,5 de cada 100.000 mor a l'any per aquesta causa. (1,3-5).

Cada 40 segons es produeixi una mort, i en el 90-95% dels intents de suïcidi o suïcidis consumats hi ha un trastorn mental de major o menor gravetat que és considerat com a causa principal d'aquesta mort, especialment trastorns afectius com la depressió i el trastorn bipolar. S'ha vist que per a cada suïcidi consumat hi ha 20 temptatives d'aquest, ja que l'intent de suïcidi és un dels factors de risc més perillosos perquè la probabilitat que es cometi l'acte de posar fi a la pròpia vida augmenta (2,6,7).

L'entorn de les persones que cometen un acte suïcida, pot presentar repercussions greus tant en l'àmbit social com emocional i també econòmic.

La prevenció i realització d'intervencions amb evidència per disminuir-ne les taxes de suïcidi en els grups que tenen major risc a cometre'l és essencial. Un fet alarmant que genera replantejar-nos la gestió i abordatge del suïcidi és que, la meitat de les persones que han comès l'acte de suïcidar-se, havien realitzat una consulta al metge de família el mes anterior i un de cada sis el mateix dia. En molts d'aquests casos, el metge de família, desconeix els antecedents suïcides de les persones (1).

1.2. Tipologia de suïcidi i mètodes

Actualment, s'ha demostrat que el transcurs del suïcidi, inicia amb una ideació de mort fins a arribar a les amenaces, temptatives i el suïcidi consumat. Per a poder diferenciar entre els diversos conceptes que poden estar relacionats amb el suïcidi, ha fet falta que entre autors com Diekstra, O'Carroll i Silverman (1), proposessin definicions concretes dels diferents conceptes per facilitar-ne la comunicació, la formació i la investigació del suïcidi. Silverman l'any 2007 va dur a terme una revisió de la nomenclatura establerta per O'Carroll. (Annex 1) (1).

Les definicions que es van establir van ser les següents:

- ↳ **Ideació suïcida:** pensaments envers el suïcidi (cognitivament).
- ↳ **Comunicació suïcida:** acte impersonal en el qual es transmeten pensaments, desitjos o intencions de posar fi a la vida d'un mateix. Acaba sent un punt entremig de la ideació suïcida i la conducta. Poden ser tant comunicacions verbals com no verbals amb intencionalitat però sense produir lesions.

Trobem dos tipus de comunicació suïcida:

- **Amenaça suïcida:** acte impersonal, verbal o no verbal que pot preveure una possible conducta suïcida en un futur pròxim.
- **Pla suïcida:** proposta d'un mètode amb el qual dur a terme una conducta suïcida.
- ↳ **Conducta suïcida:** Conducta lesiva i autoinfringida en la que hi ha evidència que o bé la persona desitgi utilitzar la intenció de morir per alguna finalitat o bé, que la persona presenti algun grau d'intencionalitat d'acabar amb la seva vida. Aquestes conductes suïcides poden no provocar lesions, provocar-ne amb diferents graus de gravetat i fins i tot arribar a produir la mort.

Es consideren conductes suïcides les següents quatre conductes:

- **Autolesió/gest suïcida:** conducta potencialment lesiva, autoinfringida en la que la persona no té intencions de matar-se.

Ús de la intencionalitat amb algun fi. Aquesta conducta pot no provocar lesions, provocar-ne o bé acabar sent mortal.

- **Conducta suïcida no determinada:** conducta autoinfringida amb un grau indeterminat d'intencionalitat suïcida que també pot no generar lesions, sí generar-ne o acabar amb la mort.
- **Intent de suïcidi:** conducta lesiva autoinfringida sense resultat mortal, però amb la intencionalitat de morir. Pot provocar o no lesions.
- **Suïcidi o suïcidi consumat:** mort autoinfringida, amb intencionalitat de provocar-se un mateix la mort (1).

La guia d'aplicació per a la prevenció del suïcidi "vivre la vida", ens fa referència a la importància de conèixer els mètodes de suïcidi que ocorren amb major freqüència, per elaborar-ne estratègies de prevenció que presentin una evidència i eficàcia demostrades (6). El mètode utilitzat en l'acte suïcida és també important, per la gravetat de l'intent, ja bé sigui consumat o no. Estudis han demostrat, que els homes són els que realitzen majors suïcidis consumats i, en canvi, les dones més intents de suïcidi. Dins els mètodes usats per uns i altres, els dels homes són mètodes de major gravetat cosa que genera una dificultat de supervivència o bé, en el cas de sobreviure ho aconsegueixen, però resten amb seqüeles rellevants. Gràcies al mètode que hagi dut a terme la persona per a cometre l'acte de suïcidi, també ens aproximarà a conèixer la gravetat de l'intent (7).

Pel que fa a els mètodes de suïcidi, s'estima que entorn de 20% dels suïcidis ocorren per auto-intoxicació amb plaguicides, la majoria d'ells en zones agrícoles de països d'ingressos baixos i mitjans (2). Els mètodes més comuns a escala mundial es diferencien segons el sexe. En els homes predominen els d'ingestió de pesticides, suïcidi per penjament i l'ús d'armes de foc. Per altra banda, en les dones els d'intoxicació per pesticides o medicaments (2,6,8,9).

Podem dividir els mètodes en greus i no tan greus: Els greus en serien els trets d'arma de foc, penjaments, defenestraments (tirar-se per la finestra), salts a la via del tren. I els no tan greus, el consum de medicació, la ingesta de substàncies

tòxiques, la veno-clisis (introduir a l'organisme una substància terapèutica mitjançant l'accés venós), l'ofegament al mar o riu, la intoxicació per gas.

La gravetat dels mètodes usats, per tant, acaba sent determinada per la capacitat de supervivència que té la persona. És d'elevada importància conèixer concretament com s'ha produït tot l'intent i amb quines substàncies i altres productes ha comès l'acte, ja que, s'ha demostrat que la intervenció precoç i adequada genera una major capacitat de supervivència i una disminució de les possibles seqüeles de les persones (7).

1.2.1. Progressió del suïcidi

El suïcidi, en poques ocasions apareix directament amb un intent autolític sobtat sense que hagin passat anteriorment una sèrie de fases progressives. Quan aquest succeeix sense premeditació i impulsivament, és molt impossible detectar i generar una bona actuació suïcida. És per això, que el suïcidi consumat o l'intent de suïcidi, s'engloben en una escala anomenada "escala suïcida" la qual, determina que la persona fins que no actua, ha hagut de passar per un procés intern d'idees, les quals detectar-les prèviament és essencial per a poder realitzar un bon seguiment i establir-ne un pla de prevenció individualitzat pel seu abordatge. D'aquesta manera, la progressió esmentada, sol seguir la major part de les vegades les següents fases fins a arribar al suïcidi consumat. Tot i això, pot ser que no en totes les ocasions se segueixi el mateix procés.

La progressió de l'escala inicia amb les *idees de mort*. Poden anar des de pensar com deu ser morir a pensar en què passaria en el seu entorn si aquest fet succeís. Tanmateix, s'ha vist, que en persones amb presència de psicopatologia i trastorns depressius sobretot, aquestes idees són més recurrents i obsessives ocupant un temps important de la vida de la persona. En segon pla, tenim les *idees de suïcidi*. La persona amb ideacions mortals passa a pensar com acabar amb la seva vida i els mètodes que utilitzaria per a cometre aquest acte. Les dues fases es diferencien, quan la persona passa a pensar que ha de fer un pas endavant per posar fi a la seva vida. Seguidament, arriba la *planificació del suïcidi*. Aquesta idea anterior suïcida es converteix en una ideació més complexa. La persona comença a pensar com podria realitzar-ho i el mètode que faria servir. Poden ser planificacions més o menys elaborades i específiques,

amb cartes de comiat, testament, detalls de mort... Finalment s'arriba a *l'intent de suïcidi* de la persona. En aquest grup les persones han comès l'acte d'intentar suïcidar-se, però no ha acabat amb la mort de la persona per diversos motius que s'haurien d'analitzar com per exemple, errors de càlculs, imprevistos, no tenir realment intencionalitat de mort, intervenció d'alguna persona... És d'elevada importància, conèixer quina ha estat la situació produïda, ja que, moltes persones que han intentat suïcidar-se i no han aconseguit el seu objectiu, ho tornen a intentar ja ve sigui en els serveis d'urgències o bé poc temps després d'haver fracassat amb aquest acte.

L'última fase del procés és, quan *apareix el suïcidi* i amb aquest sí que es *consumeix la mort* de la persona. És per tot això, que és d'elevada importància, valorar adequadament les idees de la persona, conductes i la seva progressió en el temps. D'aquesta manera, valorant-les, es podran anar treballant les ideacions de manera racional i reduir-ne les intencionalitats. S'han de proporcionar recursos a les persones per anar controlant aquestes idees ell mateix i també, és important tenir en compte l'entorn proper de la persona, familiars, amics proporcionant-los suport per a evitar nous intents autolítics.

La conscienciació del suïcidi al voltant de la persona és d'elevada importància, no s'ha de criticar mai aquest acte. Sentiments de menyspreu es poden veure augmentats en un mateix si això succeeix en el seu entorn i augmenten les possibles seqüeles d'actuacions autolítiques. És per això, que són factors que s'han de considerar per evitar un nou intent d'autolisi(7).

1.3. Legalitat del suïcidi

El suïcidi a Espanya, no està penat, tot i això, les condicions legals estipulades enfront del suïcidi, es reuneixen en el Codi Penal (CP) reunit en el BOE, (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado). En aquest, hi consta com a definició del suïcidi, un acte voluntari pel qual una persona posa fi a la seva existència. Es reuneixen en l'article (Art.) 143 les següents normatives de legalitat envers el suïcidi:

1. El que indueixi al suïcidi d'un altre serà castigat amb la pena de presó de quatre a vuit anys.

2. S'imposarà una pena de presó de dos a cinc anys a aquell que cooperi amb actes necessaris en el suïcidi d'una persona.
3. Serà castigat amb la pena de presó, de sis a deu anys si la cooperació arribés fins al punt d'executar la mort.
4. El que causa o coopera activament, amb actes necessaris, directes a la mort d'una persona que té un patiment greu, crònic i impossibilitant o bé, una malaltia greu i incurable, amb patiments físics o psíquics constants insuportables, per la petició expressa, seria i inequívoca d'aquesta, serà castigat amb la pena inferior en un o dos graus de senyals en els apartats 2 i 3.
5. No obstant això, el que es disposa en l'apartat anterior, no incorrerà, en la responsabilitat penal de qui causi o cooperi activament en la mort d'una altra persona, complint el que s'estableix en la llei orgànica regulada de l'eutanàsia(1,10).

Per altra banda, a part d'aquesta, trobem un article (Art.) 143 bis, que esmenta: Tota difusió o distribució a través de qualsevol classe de tecnologia d'informació o comunicació de continguts que estiguin concretament destinats a promoure, fomentar o incitar al suïcidi de menors d'edat o amb discapacitat necessituds d'especial protecció, serà castigada amb la pena de presó d'un a quatre anys. Tanmateix, les autoritats judicials, ordenaran prendre les mesures necessàries per a la retirada de continguts que facin referència als fets esmentats en l'apartat anterior. Interrompent, els serveis que ofereixin els continguts (10).

La imprudència professional enfront del suïcidi, es reuneix en el Codi Penal (CP) considerant com a acció imprudent la:

- 1- Acció o omissió voluntària
- 2- Reprotxable per la seva naturalesa negligent o la seva manca de previsió
- 3- Infracció del deure objectiu de la cura
- 4- Causació un resultat danyós
- 5- Relació causal entre l'acció o omissió i el resultat danyós

El delictes d'imprudència, Art. 142 punt 1 “el que per imprudència greu causi la mort a un altre, serà castigat com a homicidi imprudent amb d'1 a 4 anys de pena de presó. En el punt 3 concretament, es defineix: “quan l'homicidi sigui comès per imprudència professional s'afegirà la pena d'inhabilitació especial per la professió o càrrec per 3-6 anys” (1).

1.4. Prevalença del suïcidi a Espanya i Catalunya

Entre les dades publicades per l'Institut Nacional d'Estadística (INE), hi destaquen les estadístiques de les defuncions segons causa de mort de l'any 2021 i els provisionals del primer semestre del 2022. L'INE ens exposa que en el primer semestre de 2022 va haver-hi 2.015 morts per suïcidi un 5,1% major que en el 2021 (Taula 1).

Taula 1: Principals causes de mort externa a Espanya. Gener-Juny del 2018-2022 (3).

Principales causas de muerte externa. Enero-junio 2018-2022

Valores absolutos y variación porcentual

	enero-junio 2018	enero-junio 2019	enero-junio 2020	enero-junio 2021	enero-junio 2022	Variación enero-junio 2022/2021
Suicidio	1.872	1.821	1.935	1.918	2.015	5,1%
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales	1.486	1.586	1.431	1.543	1.863	20,7%
Caidas accidentales	1.526	1.604	1.665	1.779	1.722	-3,2%
Accidentes de tráfico	872	863	599	737	761	3,3%

Dins dels suïcidis esmentats, tres de cada quatre són homes (1.481). En el rang d'edats de 15 a 39 anys, va haver-hi un augment d'un 8,5% en les causes externes com a principal causa de mort, sent-ne la segona causa els tumors. Des de gener fins a juny del 2022 va haver-hi 8.829 morts per causes externes, un 11,8% major que en el 2021. Per sexe, 5.541 eren homes (10,7% major) i 3.288 dones (13,6% major). El suïcidi es va mantenir com a la primera causa de mort externa amb 2.015 morts, un 5,1% superior que l'any anterior. En el cas dels homes, el suïcidi continuava sent la principal causa de mort externa amb uns valors de 1.481 morts (3,4). En les comunitats autònomes es va elaborar una anàlisi comparatiu de les taxes de mort per suïcidi per cada 100.000 habitants (Figura 1). Com podem observar, Astúries es troba en primer lloc seguit per Galícia. Les taxes més baixes són les de Madrid i Melilla. Catalunya, per altra

banda, es troba en el nombre de 5,56 morts per suïcidi per cada 100.000 habitants.

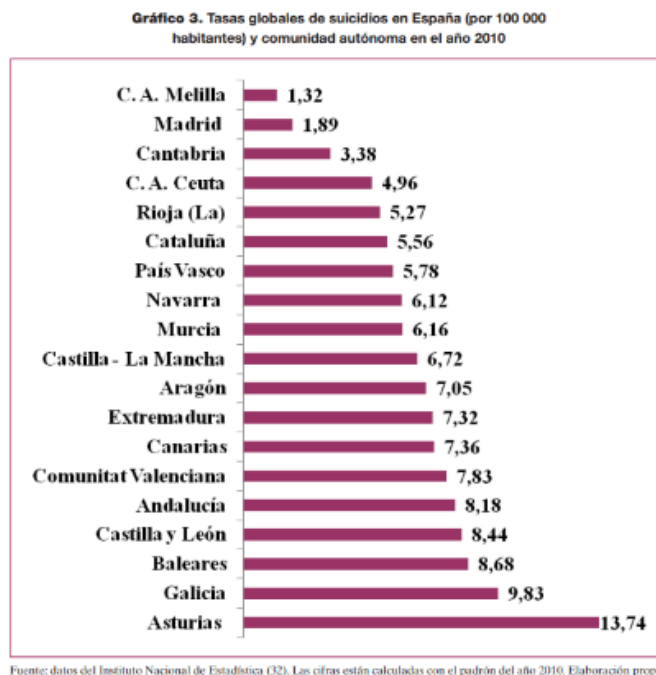


Figura 1: Taxes globals de suïcidis a Espanya per 100.000 habitants i comunitats autònomes en l'any 2010 (1).

A Catalunya, segons l'IDESCAT trobem les últimes dades actualitzades del 19 de desembre de 2022 (Taula 2). En la que podem apreciar que el predomini de nombre de defuncions per suïcidis en sexe és major en els homes que en les dones i també destacar, que el total de suïcidis a Girona predomina que a Lleida i Tarragona, tot i aquests dos últims, tenir major nombre d'habitants que Girona (11).

Taula 2: Suïcidis per sexe de les províncies de Catalunya i comparació amb Espanya IDESCAT (11).

Suïcidis per sexe. Províncies 2021							
	BARCELONA	GIRONA	LLEIDA	TARRAGONA	CATALUNYA	ESPANYA	%Cat /Esp
Total	382	82	36	76	576	4.003	14,4
Homes	283	67	26	59	435	2.982	14,6
Dones	99	15	10	17	141	1.021	13,8

Font: INE. Estadística de defuncions segons la causa de mort
 Nota: Defuncions assignades al suïcidi (autolesió intencionada)

Les morts ocasionades per un acte de suïcidi representen el 8,5% de totes les morts entre joves de 15 a 29 anys a escala mundial. Resultant, una de les principals causes de mort i considerant-se la segona causa de mort dins d'aquest rang d'edats(9,12). En l'àmbit Europeu, el suïcidi, n'és la primera causa de mort en adolescents. Tot i això, en cada país, les prevalences i temptatives suïcides són diferents, però s'engloba a generalment com a problema de salut mental freqüent en persones joves. Mundialment, les taxes de prevalença d'ideació suïcida es troben entre el 19,8% i el 24% i les temptatives suïcides entre un 3,1% i 8,8%. Aquest fet genera una preocupació dins d'aquest col·lectiu (12).

1.5. Avaluació del risc de suïcidi

El Codi de Risc de Suïcidi (CRS), és l'avaluació central que trobem per la prevenció i seguiment de risc de la persona amb ideacions suïcides o de mort. Aquest, es basa en un protocol d'actuacions assistencials i preventives de la conducta suïcida que el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va engegar l'any 2014 i que cobreix tot Catalunya des de l'any 2016. Es troba dins del Pla de Salut de Catalunya (SISCAT) emmarcat per a proporcionar una millora en la salut i qualitat de la vida de les persones amb ideacions autolítiques. Concretament, se centra a assolir tres objectius, la disminució de la mortalitat per suïcidi, prevenir la repetició de temptatives suïcides i per últim, augmentar la supervivència de la població amb conductes suïcides. Pretén proporcionar un seguiment a les persones que presenten un elevat risc de suïcidi, assegurant una continuïtat assistencial i un accés a tractaments específics de les persones amb trastorns mentals. Detectant informant i intervenint, davant de conductes suïcides i prioritant-ne la detecció precoç de les persones amb el codi per fer-ne un seguiment i proporcionar les intervencions adequades.

Els procediments i protocols que es creen gràcies a aquest, permeten garantir-ne una actuació homogènia i coordinada amb els dispositius assistencials i xarxa sanitària adequada per proporcionar una bona atenció sanitària (13–15).

El codi risc suïcidi, consta de tres fases (Figura 2):

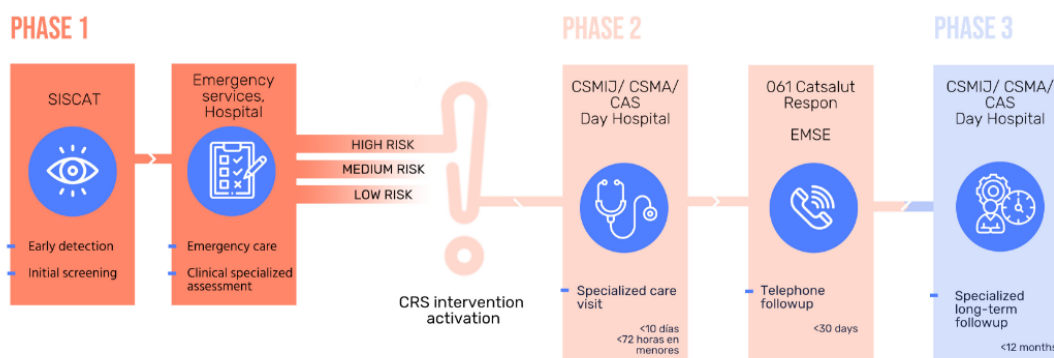


Figura 2: Programa Codi Risc Suïcidi (CRS) de Catalunya (15).

1- Fase d'activació o detecció precoç i cribratge inicial del risc de suïcidi:

Protocol específic d'actuació urgent comú per a tots els agents sanitaris implicats, concretament pels serveis d'emergències. Està basada en la detecció precoç, sospita de risc alt i primera atenció de la persona amb una activació del CRS. Davant de qualsevol sospita d'un cas d'intent o risc de suïcidi, qualsevol servei de salut públic del Sistema Sanitari Integral Català (SISCAT) pot activar un sistema per derivar el cas als sistemes d'emergència.

2- Fase de seguiment proactiu del codi o avaluació i atenció clínica especialitzada:

Procediment homogeni d'actuació en els serveis d'urgències hospitalàries i posterior seguiment una vegada s'hagi confirmat l'alta de les unitats d'urgències o hospitalització. El seguiment ha de durar mínimament trenta dies i aquest pot ser, presencial o telefònic. Presencialment, es farà una visita especialitzada en un termini de deu dies o bé, 72 hores en casos de menors de divuit anys. Aquesta atenció es durà a terme en el servei ambulatori de salut mental (CSMA) el centre de salut mental intento-juvenil (CSMIJ) el centre d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) o en l'hospital de dia de referència. Tot això es portarà a cap, amb l'objectiu, de reavaluar el risc de suïcidi i dissenyar un pla terapèutic individualitzat amb seguiment per a la persona. Per altra banda, el telefònic, es realitzarà, en el termini de trenta dies després de l'alta hospitalària. Aquest seguiment serà dut a terme per 061 CatSalut Respon o pels EMSE equips multidisciplinaris de suport especialitzat també per a reavaluar el risc de suïcidi de

la persona i estat de salut, proporcionant consells i verificant la realització de la visita especialitzada presencial anterior.

3- Fase de seguiment preventiu i longitudinal del codi:

Els casos de confirmació clínica de l'intent o elevat risc de suïcidi posteriorment a l'alta de la persona, s'inicia un seguiment preventiu de la persona. Pretén garantir, un seguiment pels serveis de salut mental i atenció primària durant els dotze mesos posteriors a l'intent de suïcidi pel CSMA/CSMIJ, CAS, Hospital de Dia o servei d'atenció primària. En el cas que un cop passat un any del seguiment de la persona el seu risc de suïcidi s'hagi estabilitzat com a baix la persona ja no estarà dins del programa de CRS. Tot i això, per a les persones de nivell baix moderat, el programa estableix un seguiment preventiu periòdic des d'Atenció Primària o amb serveis d'interconsultes entre atenció primària i salut mental per part de psiquiatria o psicòleg clínic (13–15).

Per acabar, cal afegir que per a la valoració del risc suïcidi, les millors eines, són l'entrevista clínica i les escales d'avaluació que complementen en la valoració d'aquest. Envers el risc de suïcidi en adolescents i infants, es proposa una classificació segons el model de diàtesis-estrès de Mann et al. en el que ens diferencia que alguns factors de risc del suïcidi en aquests rangs d'edats, actuen com a predisponents (vulnerables) altres com a desencadenants (estressants) i els últims de vulnerabilitat-estrès (1) (Taula 3).

Taula 3: Factors associats a la conducta suïcida en la infància i adolescència segons el model de Mann i el seu nivell d'evidència (1).

	Factores de vulnerabilidad (predisponentes)	Factores estresantes (desencadenantes)	Factores de vulnerabilidad-estrés*
Alto nivel de evidencia	<ul style="list-style-type: none"> - Factores genéticos y biológicos - Conducta suicida en la familia y psicopatología en los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión y otros trastornos mentales - Abuso de drogas - Exposición a casos cercanos - Problemas familiares y con el grupo de iguales - Acontecimientos vitales estresantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intento de suicidio previo - Maltrato físico y abuso sexual - <i>Bullying</i> - Factores psicológicos (rigidez cognitiva, desesperanza, neuroticismo y locus de control externo).
Moderado/ Bajo nivel de evidencia	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamiento familiar disfuncional - TDAH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Distimia, trastornos de ansiedad y de la alimentación - Problemas del sueño (insomnio o hipersomnia) - Exposición al suicidio en los medios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Otros factores psicológicos (impulsividad, perfeccionismo).

1.5.1. Valoració i actuació en el suïcidi

La valoració i avaluació de la conducta suïcida, és essencial per a poder proporcionar-ne un abordatge i prevenció. Aquesta, cal concretar que, només pot obtenir-se verídicament a través de l'entrevista clínica. En aquestes valoracions s'han de tenir en compte: els factors de risc de la persona, els factors protectors, senyals d'alerta, factors precipitants i la ideació i comportament suïcida (planificació, letalitat del mètode, possibilitat de rescat i autocrítica) (9). Existeixen factors de risc que són modificables i altres no modificables (Taula 4).

Taula 4: Classificació de factors de risc suïcida en modificables i no modificables (1).

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno afectivo - Esquizofrenia - Trastorno de ansiedad - Abuso de sustancias - Trastorno de personalidad - Otros trastornos mentales - Salud física - Dimensiones psicológicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Heredabilidad - Sexo - Edad: <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes y adultos jóvenes • Edad geriátrica - Estado civil - Situación laboral y económica - Creencias religiosas - Apoyo social - Conducta suicida previa

L'estat clínic de la persona i els factors de risc que presenta s'hauran de valorar, en l'exploració clínica es tindrà en compte, la psicopatologia física de l'estat mental i de la consciència, la competència de la persona per la presa de decisions o consentiment envers el seu abordatge clínic. Com a factors de risc i situacions valorarem els personals, clínics, antecedents suïcides familiars o personals, personalitats, estat anímic, xarxa de suport, situació econòmica i laboral, consum de substàncies tòxiques. Uns altres factors a tenir en compte són els precipitants més comuns en joves i adolescents alguns d'aquests són, el descobriment o no acceptació de l'homosexualitat, trastorns mentals, fracàs escolar, assetjament escolar, abús sexual, violències, separació o pèrdua d'amics, canvis socials i d'entorn, desenganys amorosos, mort d'una persona estimada, problemes escolars, pressió, exàmens, entorn suïcida, embaràs prematur, separació de pares o greus problemes de matrimoni. Algunes de les senyals d'alerta que procurarem detectar seran, els canvis d'humor (alegria injustificada, agressivitat, actitud de calma inusual), canvi d'horaris en hàbits vitals. Aïllament social i familiar. Desinterès per les coses que abans a un el feien feliç (anhedonia), consum de tòxics o augment de quantitat. Riscs innecessaris.

Baralles. Pèrdua del son. Sospites d'autolesions lleus. Desinterès. Falta de concentració. Compra d'armes. Compres compulsives. Falta d'apetit sexual. Elaboració de plans suïcides. Regals d'objectes personals...

L'avaluació de la conducta suïcida, s'haurà de realitzar una vegada valorats tots aquests factors i signes, és important valorar si la persona presenta ideacions suïcides amb quina freqüència, de quin tipus i en quina intensitat. Tanmateix, conèixer, si existeix un pla suïcida i mètode per fer-ho conèixer on, com i quan ho té planificat la persona de fer. Valorar la comunicació de la persona tant a verbalment com no verbal, quin contingut ens proporciona, les intencions, intensitat amb la qual ho expressa i freqüència. Tenir en compte els actes suïcides de la persona, amb quina freqüència es repeteixen, les lesions que es provoca, la letalitat del mètode escollit, l'accés, el temps i la manera de salvar-lo, l'autocrítica que la persona té al respecte, la intencionalitat, impulsivitat, planificació, conseqüències en l'entorn, desig de repetició i altres. Serà rellevant, registrar la informació en la història clínica de la persona (1,2,16). S'ha de parlar amb els familiars i entorn de la persona per contrarestar la informació que aquesta ens proporciona i conèixer si és verídica. Tanmateix, s'anirà revalorant el risc de suïcidi de la persona amb la presència de conductes suïcides i la intensitat del risc. Concretament, el risc pot ser alt, moderat o baix. I envers les conductes suïcides, conèixer el tipus, la freqüència i la intensitat (9).

Davant d'un acte suïcida, també hem de conèixer que és crucial, anotar l'hora, la situació, els testimonis, el mètode i vetllar per la integritat de la persona. No cercar raons de l'acte en aquest primer moment és essencial per a un bon abordatge. Si no s'aconsegueix reanimar a la persona, s'haurà de deixar tot no tocar res de l'escena i trucar a la policia. En el cas que la persona vulgui suïcidar-se, però encara no ho hagi comès, és rellevant establir una relació d'ajuda amb aquesta persona, cercar motius que l'apropin a la vida a no cometre l'acte. En tot moment, els professionals han de vetllar per la seva pròpia seguretat sense deixar d'actuar però buscant ajuda. És crucial fer ús de les preguntes indirectes i directes a l'hora de parlar del suïcidi i les idees d'aquest, no s'ha demostrat, que aquestes preguntes, puguin induir a què la persona cometi l'acte de suïcidar-se. En el cas que la persona presenti un greu de perill d'autolisi o agressivitat, es valorarà si es requereix l'ajuda dels mètodes de contenció mecànica que tot i ser

considerat un mètode de fracàs de la relació terapèutica, és temporal i procura en tot moment mantenir la seguretat de la persona. És rellevant però, abans d'acabar realitzant aquesta, haver pogut passar per la verbal i farmacològica. La relació d'ajuda i confiança és d'elevada importància en aquests casos, potenciant en tot moment l'autoestima de la persona sense jutjar-la però sense abaixar la guàrdia. A l'hora de dur a terme la contenció verbal amb una persona, és important haver valorat que l'entorn, està lliure de riscos i revisar les pertinences de la persona procurant que no disposi de cap element de risc (7). És crucial, que en tot moment, es prioritzin les solucions no farmacològiques i es respectin els drets humans de les persones (8). Els serveis d'emergències extrahospitalàries, són el primer esglaó, en actuar davant de les conductes suïcides. Sent el primer contacte que tindrà la persona amb els serveis sanitaris. Pel fet de ser a nivell extrahospitalari, no es disposen de tots els recursos i facilitats que es tenen en l'hospital, és per això que per a controlar les conductes suïcides a nivell extrahospitalari, el més crucial serà:

- 1- Anul·lar l'intent afrontant la situació de la manera més eficaç possible, alleugerint els símptomes de la persona i evitant la descompensació psicològica.
- 2- La immediatesa dels serveis d'urgències i emergències en oferir ajuda influirà en l'èxit de l'actuació.
- 3- Posteriorment, es dirigiran les intervencions per l'estudi i tractament de la causa així com les mesures de prevenció a adquirir en els casos de factors de risc de temptativa (17).

L'examen físic és crucial realitzar-lo, per trobar els signes de les lesions autoinfringides o indirectes com pot ser el d'ingestió de drogues. S'estudiarà l'estat mental i emocional de la persona, cercant possibles estats depressius i conflictes personals o familiars de conductes suïcides. Tot intent de suïcidi serà tractat com a tal, sense considerar-lo una crida d'atenció. S'aconsejarà visitar especialistes sanitaris i actuaran sabent que les indicacions d'ingrés en una unitat psiquiàtrica són: La depressió greu, la psicosi, l'abús de drogues, la ideació activa de suïcidi, els intents de suïcidi previs, el maltractament físic, emocional o

abús sexual i per últim, la incapacitat de la família per observar i protegir el pacient (generalment, un adolescent), psicoteràpia individual i familiar (18).

1.5.2. Instruments d'avaluació del suïcidi en adolescents

Els instruments psicomètrics desenvolupats per a l'avaluació del risc de suïcidi en adolescents són una ajuda complementària a l'entrevista i judici clínics, però mai haurien de substituir-los. Es troben diferents escales recomanades a Espanya que el seu ús es considera adequat en la pràctica clínica. En nens i adolescents, l'avaluació, ha d'ampliar-se a persones properes com els pares i/o professors. S'ha de conèixer el context dels nens, ja que la validesa de la informació que ens donen, depèn del nivell de desenvolupament cognitiu que aquest té en el moment de l'entrevista i també, en el grau d'afectació psicològica.

Escales autoaplicades:

- 1- *Escala de desesperança de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)* (Annex 2) (19): Escala, que està dissenyada per a mesurar el grau de desesperança de les persones. Expectatives negatives tant d'un futur pròxim com llunyà. Consta de 20 preguntes de veritat o falç, amb puntuacions de 0 i 1. És per això, que les seves puntuacions es troben entre els rangs de 0-20. Sent una puntuació de 9 o major, un indicador de risc de suïcidi.
- 2- *Inventari de depressió de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)* (Annex 3) (1): Escala que serveix, per avaluar la gravetat de la malaltia. Originalment, tenia 21 ítems, però se n'ha fet una d'abreviada de 13. Només consta d'un sol ítem que mesura la presència d'ideació suïcida, però ha resultat ser en estudis un molt bon predictor clínic en pensaments i actes suïcides.

Escales hetero-aplicades:

- 1- *Escala d'intencionalitat suïcida (Suicidal Intent Scale, SIS)* (Annex 4) (19): Escala, dissenyada per Beck el 1974, aquesta escala s'utilitza per a mesurar la intencionalitat suïcida. S'encarrega de quantificar la gravetat de la conducta suïcida recent, és per això, que està indicat usar-la després que la persona hagi comès un intent de suïcidi. Consta de 15 ítems, amb

puntuacions de 0 a 2 segons intensitat i, per tant, la puntuació total pot estar entre 0 i 30.

- 2- *Qüestionari de suïcidi (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)* (Annex 5) (20): Qüestionari, desenvolupat per Horowitz el 2001 perquè persones no especialitzades poguessin detectar el risc de conducta suïcida en nens i adolescents. El conformen 14 preguntes de 7 punts. Com major és el nombre major risc de suïcidi. Actualment, existeix una versió més breu amb quatre ítems (1,19,21,22).

Entrevistes semiestructurades:

- 1- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)* (Annex 6) (23): Entrevista diagnòstica que avalua els trastorns psicopatològics passats i presents dels nens i adolescents d'entre 6 i 17 anys, basant-se en els criteris del DSM-5. L'administren psicòlegs i neuropsiquiatres infantils tant als infants com als tutors d'aquests. . Realitzant una valoració general del funcionament del nen, permetent planificar, una intervenció terapèutica adequada (24).
- 2- *Children Depression Rating Scale, Revised (CDRD-R)* (Annex 7) (25): Avaluació de la gravetat de la depressió i ansietat infantil (puntuació verbal i no verbal). Conté 47 ítems i s'encarrega de mesurar els símptomes corresponents a depressions i ansietats en nens i adolescents de 8 a 18 anys. També es pot usar per a valorar-ho, des de la perspectiva dels pares. Com majors són les puntuacions, major és la gravetat dels símptomes (25).

1.5.3. Grups de risc en relació amb el suïcidi

Els trastorns mentals i els determinants de la salut, són deguts no només per característiques individuals de les persones com la capacitat de gestionar pensaments, emocions, comportaments i interaccions amb els altres sinó que també, depenen d'altres factors socials, culturals, econòmics, polítics i ambientals. I l'exposició d'aquests a edats primerenques és un factor de risc previsible i establert dins dels trastorns mentals (16). Hi ha grups de persones que són més vulnerables a patir problemes de salut mental sobretot va relacionat

amb temes com la marginació, ancians l'empobriment, la violència i el maltractament domèstic, excés de feina i estrès. Dins d'aquests grups se n'especifiquen casos de: famílies pobres, persones amb malalties cròniques, infants exposats a maltractament o abandonament, adolescents exposats a abusos de substàncies, grups minoritaris, poblacions indígenes, persones sotmeses a discriminacions i violacions dels drets humans, homosexuals, bisexuals, lesbianes transsexuals, presoners, persones exposades a conflictes, desastres naturals o altres emergències humanitàries, joves sense feina. S'ha demostrat, que viure catàstrofes, conflictes, actes violents, abusos, pèrdues d'essers estimats i sensacions d'aïllament pot conduir a conductes suïcides(2,16). Aquelles persones que tenen algun familiar que ha realitzat un intent de suïcidi o un suïcidi consumat presenten una major probabilitat de dur a terme un acte autolític. A vegades, es produeix una autòlisi en aniversaris de suïcidis de familiars o bé s'utilitza un mateix mètode que el familiar mort. També, quan es produeix una mort per suïcidi en un lloc sol aparèixer alguna altra mort al cap de poc temps a la mateixa zona. En aquestes ocasions, subjectes que tenien premeditat l'intent autolític prenen la decisió en tenir notícia d'un acte suïcida i del mètode emprat amb resultat de mort. És per aquest motiu, a més del malestar afectiu dels familiars i del dret a la intimitat, que el suïcidi particular no ha de ser una notícia en els mitjans de comunicació, tot i que sí que ho ha de ser la situació general dels suïcidis des d'una perspectiva d'un problema greu de salut pública (7).

1.5.3.1. Conducta suïcida en l'adolescència

El suïcidi succeeix en molts grups d'edat diferents. Tot i això, hi ha hagut un fort increment alarmant en el rang d'edat comprés entre 15 i 29 anys (1,2,12,26). S'accentua molt els casos de suïcidis i intents en les etapes de canvi com és la d'entrada a l'adolescència, pubertat i sobretot ve associat a l'inici d'abusos de substàncies a aquestes edats i als trastorns d'estat d'ànim(1,2,26).

El període de l'adolescència, va des de la infantesa fins a l'edat adulta i segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) es compren dins del rang de 10 a 19 anys. En aquesta etapa de canvi s'experimenten variacions tan físiques, de creixement, psicosocials i cognitives. Generant una influència en les emocions dels adolescents sentiments, pensaments, presa de decisions i interaccions amb

l'entorn. Per tant, el període de l'adolescència compren una etapa de canvi constant. Situacions de maltracte, violències, pobresa entre d'altres, poden acabar generant que pateixin una major vulnerabilitat a desencadenar problemes de salut mental. A nivell mundial, es calcula que un de cada set adolescents entre 10 i 19 anys (14%) pateix algun trastorn mental i que aquestes malalties continuen sense rebre el reconeixement i tracte que haurien de tenir. És per això, que són més vulnerables a patir exclusió social, discriminació, problemes d'estigmatització, dificultats educatives, dificultats de disposició a la cerca d'ajuda, comportaments de risc, mala salut física i violacions dels drets humans (26). El fet de patir depressió i altres trastorns mentals accentua el risc de suïcidi. L'evidència científica demostra, que més del 90% dels adolescents que es suïciden presenten algun trastorn mental. Haver comès algun intent de suïcidi previ, factors psicològics com pot ser la inhibició emocional, la impulsivitat, dèficit d'habilitats de resolució de problemes entre d'altres s'han associat amb simptomatologies depressives i amb ideacions i conductes suïcides(1,2,26). Tanmateix, en estudis s'ha descrit, que els problemes de salut mental que ocorren en el període de l'adolescència, solen acabar provocant comportaments d'elevat risc en els adolescents com poden ser consum de tòxics, autolesions, i també comportaments de risc sexual (27).

Múltiples factors, posen en risc a l'adolescent que cometi un suïcidi com poden ser: l'efecte d'imitació (quan per exemple es comet un acte suïcida per a un desengany amorós), problemes amb les autoritats, comportaments suïcides previs i antecedents psiquiàtrics, trastorns alimentaris a causa de les xarxes socials, les ruptures de relacions i trastorns afectius entre d'altres(5). Trobem també, els factors genètics. S'ha determinat que la presència dels marcadors genètics GRIK2 i el GRIA3 s'associen amb la ideació suïcida en els adolescents.

L'estructura familiar també n'és un factor important, si els progenitors tenen antecedents d'algun trastorn mental genera un increment en el del fill/a/e. Famílies des-estructurades i el mal funcionament familiar o violència domèstica, són un factor important perquè incrementi, el risc de les ideacions suïcides dels adolescents. Per no deixar-nos, el bullying, els esdeveniments vitals rellevants, l'exposició a casos de suïcidi propers, dubtes pel que fa a l'orientació sexual de la persona, maltracta o abusos.

Alguns factors protectors d'aquestes edats, són els d'habilitats de resolució de problemes i estratègies d'afrontament, actituds i valors positius envers el tema del suïcidi, ser del sexe femení, les creences religioses, les habilitats vitals per estructurar les raons per les quals un viu, el nivell educatiu de la persona que sigui mitjà alt, tenir un control intern, autoestima, intel·ligència i disposar de sistemes de suport i altres recursos en l'entorn (1).

L'adolescència es considera una de les etapes òptimes per a les intervencions per promoure la salut i prevenir les malalties, ja que, el cervell adolescent té una major neuroplasticitat i, per tant majors possibilitats d'intervenir just en l'inici de la majoria de problemes de salut mental i comportaments de risc (27). És per això, que hem d'assegurar-nos que obtinguin la informació necessària i adaptada, una educació integral envers la sexualitat, creació d'entorns segurs i propers, oportunitats per poder tenir objectius vitals, serveis de salut acceptables equitatius, propis i eficaços. Sent cada una d'aquestes, oportunitats perquè els adolescents puguin respondre a les seves necessitats i drets vitals (26,27).

La fundació, que s'encarreguen d'ajudar dins de totes les seves funcions a adolescents en risc de cometre un acte de suïcidi, aquesta s'anomena ANAR (Ayudar a Niños y Adolescentes en Riesgo), una organització sense ànim de lucre que des del 1970, vetlla per promoure i defensar els drets dels nens/es i adolescents en situacions de risc (28). Aquesta ONG va ajudar a 16.442 menors l'any 2021, atenent a 251.118 peticions un 50,9% major que l'any anterior, sent una tercera part d'aquestes consultes 32,5% per problemes de salut mental. Arribant a atendre a 4.542 menors d'edat per ideacions suïcides, autolesions o intents de suïcidi segons el seu informe anual (29).

1.5.3.2. Baixa autoestima en l'adolescència

L'evidència ha demostrat, que hi ha factors individuals que s'associen amb el suïcidi tal com s'ha esmentat anteriorment. Concretament, la baixa autoestima n'és un d'ells.

L'autoestima és considerada com a la valoració que un té de si mateix incloent-hi emocions, pensaments, sentiments, experiències i actituds. Aquesta es va desenvolupant a mesura que la persona realitza interaccions amb les altres persones. Una necessitat afectiva o social i de reconeixement a la vegada i que,

per tant, afecta l'estat d'ànim de la persona fent que les persones tinguin més o menys qualitat de vida. Els entorns de la persona són realment determinants pel manteniment d'aquesta autoestima. L'entorn escolar, familiar, relacions socials...(30). Tenir poc coneixement de les capacitats d'un mateix i baixa autoestima, no permet que les persones prenguin decisions assertives en situacions vitals no gaire favorables. Això pot acabar generant sentiments de fracàs i pessimisme en la persona. És per això, que tenir una bona autoestima, potencia i és un factor protector cap a l'acte del suïcidi. La baixa autoestima, per altra banda, és un dels predictors del suïcidi consumat, tenint una relació amb la ideació suïcida i el risc d'aquest. D'aquí ve donada, la importància de mantenir una bona autoestima per la prevenció del risc de suïcidi (31).

1.6. Infermeria i suïcidi

El CIE, Consell Internacional d'infermeria, confirma l'important paper de la infermeria en el tractament i la cura de les persones amb risc de suïcidi, intent o suïcidi consumat. Infermeria és una peça clau per a la detecció d'aquests casos, han de poder crear un ambient segur pels joves i realitzar-ne programes de prevenció en l'àmbit escolar fent ús d'instruments de promoció de la salut, ràpida identificació de víctimes i classificar el grau d'intimidació de la persona, informant en tot moment als alumnes, pares i professionals envers el tema del suïcidi, aconseguint amb aquestes estratègies, que com a conseqüència, hi hagi un menor nombre de casos de suïcidi entre adolescents. Per altra banda, infermeria s'ocupa d'incidir en els factors protectors els quals poden ajudar a disminuir el suïcidi en la població adolescent. Tot i això, s'ha demostrat, que aquests factors protectors no eliminen la possibilitat que el jove es suïcidi, però hi pot ajudar a en l'àmbit preventiu. Dins d'aquests factors protectors s'hi troben: habilitats socials del menor, resiliència, alta autoestima, control dels impulsos, limitació o dificultat d'accedir a mètodes letals, estructura familiar i social que sigui estable, accés als serveis sanitaris i la capacitat i afrontament del nen per a la resolució de problemes(32,33).

Infermeria, té diversos serveis a destacar en els que proporciona atenció en els infants i adolescents amb risc, ideacions i suïcidis consumats. Aquestes zones són: L'atenció primària, el servei d'urgències o l'atenció especialitzada en la unitat de salut mental i la infermeria escolar. Dins de l'actuació d'infermeria en

l'abordatge de la ideació suïcida en l'atenció primària i centres de salut mental, destaca la importància de parlar amb les persones a les quals es va realitzant un seguiment per detectar possibles ideacions suïcides i actuar en mesures de prevenció per evitar el risc de desencadenar una conducta suïcida. És rellevant, valorar el risc de suïcidi de la persona si ha referit tenir ideacions o planificacions suïcides. És important conèixer els factors socioeconòmics de la persona, si pateix algun trastorn mental associat, algun intent de suïcidi previ i antecedents familiars de conductes suïcides o bé trastorns mentals. Des de l'atenció primària s'ha de fer una valoració de les condicions físiques de la persona que ha realitzat un intent de suïcidi i decidir envers la necessitat de derivar a la persona a un centre hospitalari per tractar-les. Trobem diverses recomanacions d'actuacions envers una situació d'idees suïcides (Taula 5) i altres d'actuació en atenció primària segons el nivell de risc de suïcidi (Annex 8) (1).

Taula 5: Recomanacions d'actuació davant d'una situació d'ideació suïcida(1).

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
<ul style="list-style-type: none"> - Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma - Mostrar apoyo y preocupación - Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo - Preguntar acerca de los intentos previos - Explorar posibilidades diferentes al suicidio - Preguntar acerca del plan de suicidio - Ganar tiempo, pactar un "contrato de no suicidio" - Identificar otros apoyos - Restringir el acceso a medios letales - Comunicación entre profesionales - Si el riesgo es alto, permanecer con la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ignorar la situación - Mostrarse consternado - Decir que todo estará bien - Retar a la persona a seguir adelante - Hacer parecer el problema como algo trivial - Dar falsas garantías - Jurar guardar secreto - Dejar a la persona sola.

Els criteris a partir dels quals, un/a infermer/a d'atenció primària haurà de derivar a la persona amb ideacions suïcides al servei de salut mental aquests són: Expressió intencionalitat suïcida, pla de suïcidi elaborat, situació familiar desfavorable i sense suport, conducta suïcida greu i recent, presència de malaltia mental greu, temptatives repetides, i per acabar, en casos de tenir dubtes de la gravetat d'ideació de la persona o el risc que té a poder cometre un intent immediat. Les derivacions d'aquest servei en el servei d'urgències, es durà a terme, en dos casos, si la persona necessita un tractament mèdic per les lesions

que s'ha provocat o bé si s'ha produït una intoxicació voluntària amb una disminució del nivell de consciència de la persona. És per això, l'elevada importància que té el fet de formar als professionals dels centres d'atenció primària per poder fer una bona avaluació i tractament de les persones que acudeixen per ideacions o conductes suïcides en aquesta àrea. Per altra banda, dins l'abordatge en la unitat d'urgències, a l'hora de dur a terme el triatge, hi ha unes preguntes concretes (Taula 6) perquè els professionals puguin formular davant d'una conducta suïcida. És important, que els atenguin en un termini d'una hora màxim. I prendre totes les mesures possibles per impedir-ne la fuga de la persona i l'agressivitat.

Taula 6: Preguntes a formular en el triatge davant d'una conducta suïcida(1).

Triage de pacientes con conducta suicida		
Preguntas a formular	Sí	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?		-----
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		
Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color		

Fuente: Elaboración propia a partir de Dieppe et al. (146)

S'haurà de valorar si la persona compleix amb els criteris d'ingrés o no (Taula 7), aquesta decisió, dependrà de tres factors, el primer és la repercussió medico-quirúrgica de la conducta suïcida, el risc de suïcidi immediat que presenta la persona i la necessitat de tractament del trastorn de base de la persona i falta de suport familiar. El metge d'urgències deriva la persona al psiquiatre quan aquesta està conscient i se'n pot dur a terme una bona valoració, entre tots dos hauran de valorar la seva psicopatologia.

Taula 7: Variables associades amb l'ingrés hospitalari(1).

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el servicio de urgencias
Intención de repetir la conducta suicida	Perspectiva realista del futuro después de la conducta suicida
Plan para usar un método letal	Alivio de que el intento de suicidio no fue efectivo
Bajo funcionamiento psicosocial antes de la conducta suicida	Disponibilidad de un método para suicidarse que no fue usado
Hospitalización psiquiátrica previa	Creer que el intento podría influir en otros
Conducta suicida el año anterior	Disponer de soporte familiar
Planificación para que nadie pueda salvar su vida después de la conducta suicida	

Des de l'escola la infermera escolar també n'ha de fer una bona detecció i abordatge d'aquests casos. La infermera de salut escola, ha de conscienciar als professors que són els que poden detectar petites conductes o factors de risc per aquell alumne/a. Concretament el circuit que es proposa és el següent (Figura 3):

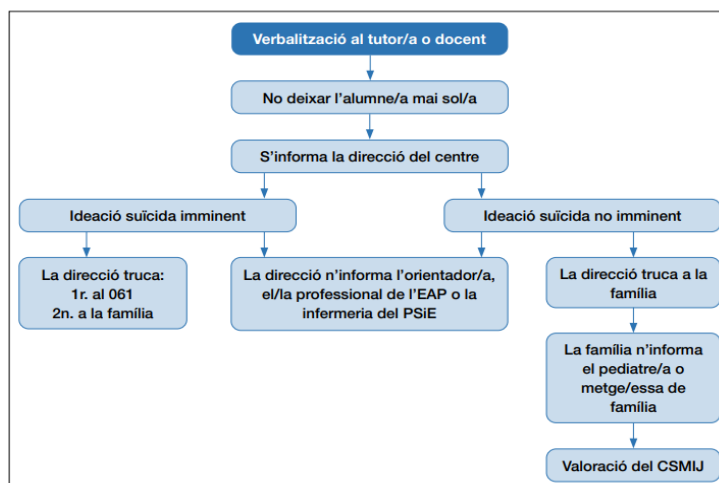


Figura 3: Circuit a seguir davant d'una verbalització d'intencionalitat suïcida(34).

En els casos de temptatives suïcides que es produeixen dins del centre educatiu, trobem un circuit a seguir en aquests casos (Annex 9) (34) I en els casos de morts per suïcidi dins o fora del centre educatiu també hi trobem un circuit establert (Annex 10) (34). Quan es detecten casos de conductes suïcides, els professionals d'infermeria és important que els professionals treballin conjuntament infermeria, medicina, psicologia entre d'altres especialitats. Orientant tanmateix, a la família per a ser un suport pel seu familiar i introduir a la persona a un grup d'autoajuda (5). Així mateix, existeixen també algorismes (1), que ens exposen els manejos de les conductes suïcides en l'atenció primària (Annex 11)(1) i en el servei d'urgències hospitalàries (Annex 12) (1).

1.7. Intervencions i tractaments

Els tractaments i l'eficàcia d'aquests en el suïcidi, es determinen gràcies a mostres molt grans de persones per a demostrar les diferències estadístiques i que aquestes siguin significatives també, s'hi afegeix, el fet que molts estudis, excloquin a les persones amb elevat risc de suïcidi i que els períodes de seguiment no solen ser llargs. És per això, que l'estratègia que s'utilitza per a analitzar els efectes dels tractaments en el suïcidi, consisteix a fer una selecció de variables que realment estan associades a aquesta conducta. És important abordar-ne les intervencions i tractament des d'una perspectiva integral valorant la farmacologia, la psicoteràpia i aspectes psicosocials i promoure en tot moment una relació terapèutica entre la persona i els professionals, tanmateix, com comptar amb un entorn positiu. Primer de tot, esmentar que es troben quatre tipus de teràpies les quals estan realment recomanades per al tractament de les persones amb conducta suïcida. La familiar, la psicodinàmica la interpersonal i les teràpies cognitives-conductuals.

La teràpia familiar utilitza les relacions familiars com a enfocament principal de la seva intervenció. Entenent la família com un sistema en el qual tots els membres hi estan relacionats els uns amb els altres de manera que si un dels membres presenta un problema, els altres hi participen d'alguna manera en la seva creació, manteniment i resolució. Estudia, per tant individualment la persona i les constants interaccions d'aquest amb la família. Aquesta teràpia, però, no ha demostrat presentar evidència suficient per a la determinació de l'eficàcia del tractament en menors de setze anys amb ideacions i conductes suïcides. Per altra banda, trobem a *la psicodinàmica*, aquesta deriva de la psicoanàlisi, basada en la teoria de Freud que afirmava que la naturalesa dels conflictes pot ser en gran manera inconscient pel que, l'objectiu terapèutic ha de ser el de resoldre aquests conflictes. L'única diferència entre la psicoanàlisi i aquesta, és que l'última, es centra en el moment present i l'objectiu del tractament és el problema actual que té la persona. Aquesta teràpia va demostrar eficàcia en la disminució de la conducta suïcida, en pacients amb trastorn límit de personalitat.

La teràpia interpersonal, creada per Klerman i Weissman, originalment dissenyada específicament per a pacients amb depressió, va passar a ser usada

per altres trastorns. Es centra en el context social immediat de la persona, té molts aspectes en comú amb la teràpia cognitiva. Busca millorar la comprensió del que succeeix en l'àmbit interpersonal i aprendre a explorar com gestionar situacions. Hi ha hagut molts estudis en els quals aquesta teràpia ha donat resultats amb evidència eficaços. Destaca en adolescents efectivitats de la teràpia majors que el tractament habitual per disminuir-ne les ideacions suïcides, l'ansietat, la desesperança i la depressió. Concretament, aquesta teràpia es recomana als adults amb conductes suïcides, persones majors de seixanta anys amb depressió i ideacions de suïcidi i en els adolescents en situacions de risc de suïcidi, no existeix l'evidència per determinar l'eficàcia d'aquesta en menors de setze anys. Finalment, trobem la *teràpia cognitiva-conductual*. Ús de tècniques conductuals com el seu nom indica en un temps limitat. Es centra, a fer que la persona modifiqui conductes disfuncionals, actituds des-adaptatives relacionades amb l'objecte d'intervenció com podria ser la conducta suïcida i pensaments negatius distorsionats associats a situacions específiques. L'eficàcia més gran d'aquestes teràpies s'obté si s'orienten a reduir un aspecte concret de la conducta suïcida, disminuir-la centrant-nos indirectament en altres símptomes i signes. En adolescents, aplicar-la en format de teràpia grupal té major eficàcia que no pas fer-ho individualment. S'ha vist una disminució del risc suïcida i augments d'autoestima i assertivitat en adolescents amb depressió, risc suïcida, trastorn de límit de personalitat i trastorn bipolar que se'ls ha aplicat aquesta teràpia. Afegir, que aquest tipus de teràpia, és la que es sol aplicar i es recomanen de dur a terme en l'inici de ser tractada la persona, cada setmana.

Com a tractament farmacològic de la conducta suïcida, trobem: antidepressius, liti, anti-convulsionants i antipsicòtics. Persones amb depressió major tractades amb ISRS (inhibidors selectius de la recaptació de serotonina) va demostrar la reducció de la ideació suïcida i no s'ha demostrat que el tractament amb antidepressius incrementi el risc de suïcidi. Tanmateix, la combinació d'ISRS-fluoxetina i TCC (teràpia cognitiva-conductual) va demostrar una reducció realment significativa de la ideació suïcida en aquestes persones. Trobem el liti com a tractament de primera elecció i a llarg termini que redueix 5 vegades més el risc de suïcidi tant intents com suïcidis consumats en persones amb trastorn de l'espectre depressiu bipolar i altres trastorns afectius. També els anti-

convulsionants que han demostrat reduir les taxes de conductes suïcides en persones amb trastorn bipolar i tractament d'àcid valproic, oxcarbazepina i lamotrigina tipus d'anti-convulsionants. Finalment, trobem els antipsicòtics, la clozapina, n'és amb la que major reducció s'ha obtingut en referència a la conducta suïcida concretament en persones adultes amb un diagnòstic d'esquizofrènia. Hi ha un altre tractament que es planteja en els casos de conductes suïcides, és el tractament, amb l'aplicació del TEC teràpia electrò-convulsiva. Basada a generar una estimulació elèctrica en el cervell. Ha demostrat ser efectiva en el tractament de diversos trastorns mentals com poden ser la depressió major greu, la mania i l'esquizofrènia. Es realitza amb l'aplicació d'anestèsia general i les persones poden presentar efectes secundaris com confusions mentals, cefalea, amnèsia i trastorns cognitius a curt termini. La decisió d'aplicar el TEC haurà de ser valorada en funció a la gravetat de la malaltia i símptomes, indicacions, contraindicacions, resistències, balanç risc/benefici, i valorant situacions com l'embaràs o el risc de suïcidi. S'ha d'obtenir el consentiment informat abans de dur-la a terme. El TEC ha demostrat en diversos estudis eficàcia i reducció de la freqüència dels intents de suïcidi en persones amb depressió major greu i en persones amb trastorns mentals greus associats a consums de substàncies o no (1).

1.8. Plans de prevenció del sistema de salut i suïcidi

La gran càrrega de trastorns mentals que es presenta en els sistemes de salut genera que hi hagi un % de les persones amb trastorns mentals greus que en funció dels ingressos que disposen poden rebre tractament o no. Tot això, i la baixa qualitat de l'atenció que es proporciona acaba generant a les persones majors complicacions. Hi ha una gran escassetat de recursos en els països per atendre les necessitats en salut mental i falta de suport social, programes educatius, feines, habitatges entre d'altres(16,35). Hi ha diversos plans de prevenció que el sistema de salut ha anat elaborant per proporcionar un bon abordatge i gestió de l'elevat nombre de casos de suïcidi en edats tant primerenques:

1- Iniciativa per Ajudar als Adolescents a Prosperar (HAT, en sigles en anglès): Des de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es treballa per desenvolupar estratègies, programes i eines que estan dirigides a l'ajuda dels

governos per poder proporcionar respostes a les necessitats de la salut dels adolescents. Com és el cas d'aquesta iniciativa, una de les mesures que realitzen de manera conjunta l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i UNICEF. Com a iniciatives sobretot, es potencia promoure la salut mental per prevenir-ne trastorns, prevenció d'autolesions i altres comportaments de risc com l'alcohol i les drogues (8). Les directrius HAT ofereixen recomanacions basades en proves científiques envers, intervencions psicosocials dirigides a promoure la bona salut mental i prevenir els trastorns mentals entre els adolescents. Es basen a recolzar la programació d'intervencions amb fonament científic per aconseguir aquest objectiu inicial. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha proporcionat la prioritat a les directrius HAT com un dels seus béns públics mundials per a la salut. Aquestes directrius es basen en dades científiques provinents d'estudis, envers les intervencions dutes a terme en nens i adolescents d'entre 10 i 19 anys. Finalment l'EED (equip per l'elaboració de directrius) va elaborar cinc recomanacions envers les intervencions de promoció i en salut mental dirigides als adolescents (Annex 13) (27).

2- Guia d'intervenció del mhGAP 2.0: Tanmateix, també s'ha elaborat un mòdul envers els diversos trastorns mentals i de comportament dels nens i adolescents com a part d'aquesta guia. Hi consten protocols clínics basats en proves per avaluar i tractar els diferents trastorns mentals en entorns d'atenció no especialitzada (8). Aquest programa d'acció mundial per superar llacunes en salut mental, mhGAP, es basa en orientacions instruments i mètodes basats en dades científiques per ampliar els serveis en els països, concretament en entorns amb recursos escassos. Es centra en un conjunt de trastorns prioritaris i orienta de manera integral la fortalesa de les capacitats cap als proveïdors d'atenció de la salut no especialitzats, amb el fi de promoure la salut mental en tots els nivells assistencials. Proporciona orientació a medicina, infermeria i altres professionals de la salut en el nivell d'atenció en la salut no especialitzada envers l'avaluació i tractament dels trastorns mentals(2,35).

3- Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya del 2021-2025 (PLAPRESC): Apareix també com a eina important on es proposen diverses línies estratègiques per al seu abordatge. Suggereix potenciar la prevenció i promoció de la salut i enfront del suïcidi. Que la població tingui consciència i coneixements de les

conductes suïcides potenciant-ne la reducció de l'estigma. Reduint també l'accés a mitjans letals i realitzar certes prevencions selectives en col·lectius de situacions amb major vulnerabilitat o risc. Aquest pla també recomana programes de detecció de les persones que presenten risc i derivar-les als corresponents serveis d'atenció immediata per proporcionar-los un tractament i recuperació adequats juntament amb l'aplicació dels processos de suport que siguin necessaris. Planteja la importància de donar un suport també a la família, amics i supervivents i professionals. Treballar amb els mitjans de comunicació, xarxes socials, cinema, teatre per potenciar la sensibilització envers la prevenció de suïcidi. Formar els professionals perquè puguin proporcionar una atenció integral i de qualitat al respecte. El pla suggereix la creació de l'observatori del suïcidi a Catalunya com una acció prioritzada immediata i la creació d'un registre oficial de la conducta suïcida fomentant una estratègia integrada de recollida de dades del suïcidi en sistemes d'informació pública de Catalunya. Finalment, és important també, enfortir la participació de les associacions de l'àmbit de prevenció del suïcidi per abordar el PLAPRESC i anar realitzant un seguiment del grau de desplegament d'aquest pla (36).

4- Pla d'Acció Integral en Salut Mental del 2013 al 2030: L'Organització Mundial de la Salut (OMS) elabora aquest pla, on reconeix el paper essencial de la salut mental per aconseguir una bona salut per a totes les persones. Consta de 4 objectius principals. El de reforçar el lideratge i governament eficaços en l'àmbit de salut mental, proporcionar serveis integrals i adaptables d'assistència social i salut mental en entorn comunitaris, posar en pràctica estratègies de promoció i prevenció en el camp de la salut mental i per últim, enfortir els sistemes d'informació, dades científiques i investigacions envers la salut mental(2,35). El pla pretén assolir reduir en una tercera part, la taxa dels suïcidis pel 2030. I reduir en un terç el risc de mortalitat prematura per malalties no transmissibles mitjançant la prevenció i el tractament així com, promovent la salut i benestar mental de les persones (2,6).

5- Altres intervencions proporcionades pel sistema de salut, per a poder posar fi o prevenir i conscienciar envers el suïcidi en són vàries:

Intervencions en l'àmbit escolar:

Programes de prevenció basats en el currículum: Mostrar als estudiants durant 3-5 dies de classes diferents vídeos o exposicions de fets que estiguin relacionats amb el tema del suïcidi. D'aquesta manera, s'obté conscienciar als alumnes en el tema, ensenyar a reconèixer signes d'alarma propis i externs i coneixement dels recursos a acudir o sol·licitar per la resolució de problemes.

Programes de prevenció basats en l'entrenament d'habilitats: Enfocats en adolescents que presenten risc de conducta suïcida. Els alumnes passen per una avaluació prèvia per seleccionar-ne la mostra.

Programes de prevenció basats en el cribatge en l'àmbit escolar: Detecció de joves amb elevat risc de suïcidi amb l'aplicació de tests autoaplicats i entrevistes individuals realitzades pels professionals de les escoles. No existeix actualment, l'evidència concloent envers l'efectivitat d'aquests cribatges.

Entrenament de figures clau "gatekeeper": Programes que es basen en la formació de persones que poden detectar als adolescents amb risc de suïcidi com podrien ser professors o bé companys de classe. Incrementar-ne els coneixements i actituds envers el tema del suïcidi. Tot i això, no existeix evidència de la seva efectivitat.

Altres estratègies de prevenció que es troben, són:

Línies telefòniques d'ajuda: El perquè de les línies telefòniques, és el fet que el suïcidi s'associa a moments de crisi pel que es pot necessitar una atenció immediata. Proporcionant d'aquesta manera, un servei de suport a la persona, confidencialitat en tot moment i respectant-ne l'anonimat. I en cap moment es jutjarà a cap persona pel que expressa en aquestes línies telefòniques. S'ha vist en diferents estudis, que pocs adolescents utilitzen aquestes línies com a servei d'ajuda (1). Catalunya, compta des del 20 de juny del 2022 amb un servei d'atenció telefònica especialitzat per a persones amb conductes o ideacions suïcides així com per al seu entorn. Dut a terme des de la Generalitat que s'anomena: "una veu contra el suïcidi". El conformen professionals de salut mental (infermeria, psicologia i psiquiatria). Aquestes trucades es reben en les oficines del SEM s'atenen les 24 hores diàries els 365 dies de l'any. Els professionals poden activar els recursos que les persones requereixin. Que ve pot ser, activació, codi risc-suïcidi, derivar a emergències, derivar a centres

especialitzats de salut mental que poden ser segons l'edat infantojuvenils (CSMIJ) o bé per adults (CSMA). Afegir, que aquest, és un dels serveis que s'inclouen en el PLAPRESC (pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025) que pretén millorar la detecció i abordatge de la conducta suïcida i reduir-ne les taxes de mort i temptatives (37).

Accés a mètodes: Hi ha mètodes que estan a l'abast fàcilment de les persones, això acaba sent un factor de risc per a les persones i pot potenciar-ne el suïcidi. Com per exemple en els Estats Units, les armes en serien un mètode letal que s'ha de prevenir que es tingui per evitar el nombre de suïcidis.

Mitjans de comunicació en internet: Hi ha hagut estudis que relacionen en aquest període de l'adolescència, la relació entre les visites als llocs web i xats en què es parla envers el suïcidi i s'esmenten els diversos mètodes, amb un augment de les taxes d'aquest. A causa de la Internet apareixen termes com: pactes de suïcidi, suïcidis narrats digitalment i falsos suïcidis. Malgrat i generar tots aquests fets també és una bona eina de prevenció, ja que, si s'utilitza adequadament i s'obté la informació correcta envers els trastorns mentals genera que aquests tinguin més coneixements i eines per afrontar-los o detectar-los(1).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) procura continuar investigant i desenvolupant diverses intervencions psicològiques per tractar els diferents trastorns en els adolescents i orientacions envers els serveis de salut mental per a aquest grup d'edat. Hi ha organitzacions de mòduls de formacions en salut mental per educadors per arribar a comprendre millor la importància de la salut mental en l'entorn escolar sobretot i quin és el mètode d'implementació d'estratègies amb les quals es poden promoure, protegir i recuperar la salut mental dels/les estudiants.

2. JUSTIFICACIÓ

A Espanya, es produeixen més de 10 suïcidis diaris, sent la primera causa de mort no natural entre la població d'adolescents i generant quasi el doble de les morts que són ocasionades per accidents de trànsit. Les infermeres tenim les competències necessàries per poder treballar en la prevenció del suïcidi. És, per tant, un tema important a destacar i a treballar per aconseguir crear intervencions de prevenció eficaces en el suïcidi. El treball exposat pretén a través d'una revisió bibliogràfica cercar l'evidència més gran envers l'efectivitat de les intervencions infermeres que proporcionen un major èxit en la prevenció i abordatge del suïcidi en el període de l'adolescència descrit entre els rangs de (10-19 anys) (1).

3. OBJECTIUS

Objectiu general:

Identificar les intervencions d'infermeria existents en la prevenció del suïcidi en la població adolescent.

Objectius específics:

- ↳ Descriure la relació entre l'autoestima i el risc suïcida en la població adolescent
- ↳ Identificar els factors de risc de la conducta suïcida en la població adolescent.

4. MATERIAL I MÈTODES

Per elaborar aquest treball, es va realitzar una revisió de la bibliografia en base a la millor evidència disponible, a través de diverses bases de dades al llarg dels mesos de març i abril del 2023. Les principals bases de dades consultades han sigut: Medline PubMed, Cochrane Library, Cuiden i Elsevier.

Les paraules clau que es van utilitzar per a dur a terme la cerca bibliogràfica són (Taula 8): "suicide", "suicide prevention", "nursing care", "nursing care plan", "adolescent", self esteem". Totes elles combinades amb els operadors booleans AND, OR i en alguns casos NOT.

Taula 8. Relació paraules clau – descriptors MeSH i DECS

PARAULA CLAU	TERMES RELACIONATS	MeSH	DECS
SUÏCIDI	Risc de suïcidi Prevenció del suïcidi Suïcidi	suicide suicide prevention	suicidio prevención del suicidio
INTERVENCIIONS INFERMERES	Intervencions Cures d'infermeria Planificació d'atenció al pacient	nursing care, nursing care plan	atención de enfermería
EDAT (13-18 anys segons MESH-DECS)	Adolescència	Adolescent	Adolescente
AUTOESTIMA	Autoimatge Autoconcepte Autopercepció	Self Esteem	Autoestima

Es van detectar 195 articles en el procés de recerca. D'aquests 94 es van descartar per duplicats. Finalment, amb l'aplicació dels criteris d'inclusió i exclusió, es van determinar com a articles vàlids un total de 12 articles (Figura 4).

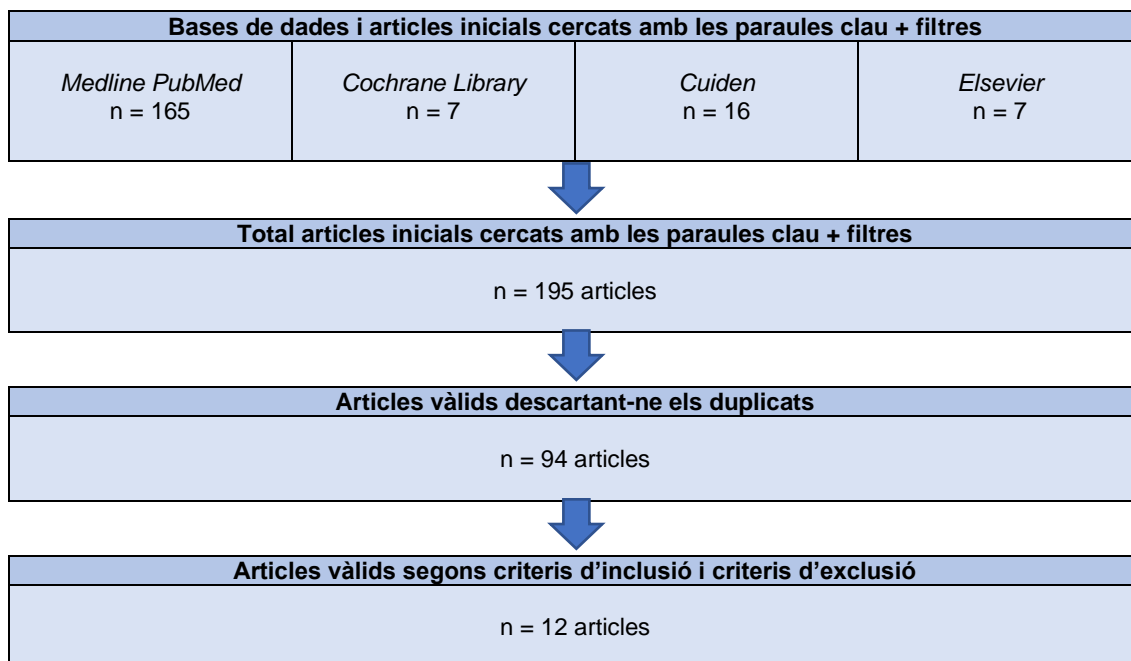


Figura 4: Algorisme dels articles seleccionats segons paraules clau i criteris d'inclusió i exclusió.

Criteris d'inclusió

- Estudis amb data de publicació en els últims cinc anys, és a dir, publicats entre el 2018 i el 2023.
- Intervencions infermeres de l'àmbit hospitalari i extrahospitalari.
- Articles en llengua catalana, castellana i anglesa.
- Adolescents amb edats compreses entre 13 i 18 anys.
- Articles disponibles a text complet gratuïts.

Criteris d'exclusió

- Tots aquells articles que tractin el suïcidi en altres rangs d'edat que no sigui l'adolescència (13-18 anys).
- Tots aquells articles que tracten els mètodes de suïcidi.
- Publicacions amb data de publicació anteriors al 2018.
- Llengües alienes al català, castellà i anglès.

5. RESULTATS

Per aquesta revisió bibliogràfica, s'han seleccionat 12 articles científics de diferent tipologia publicats en diversos anys i seleccionats per la seva rellevància en l'àmbit científic. Tots ells, compleixen els criteris d'inclusió i exclusió descrits anteriorment. Tot i això, un dels articles ha sigut acceptat de l'any 2017 i no 2018 com s'especifica en els criteris d'inclusió i exclusió, per la seva rellevància en la revisió. A continuació, s'exposen els autors de les diferents investigacions, les seves corresponents referència bibliogràfica, l'any de publicació i zona de procedència (Taula 9):

Taula 9: Exposició dels autors, referències, any i procedència de les investigacions

AUTORS	REFERÈNCIA	ANY	PROCEDÈNCIA
Bravo-Andrade et al.	(38)	2020	Guadalajara, Mèxico
Choi et al.	(39)	2019	Busan, Korea
Tabares et al.	(40)	2020	Medellín, Colòmbia
Lee et al.	(41)	2023	Uijongbu, Korea
Jesús et al.	(42)	2023	Setúbal, Portugal
Michaud et al.	(43)	2021	Toronto, Canada
Ballard et al.	(44)	2017	New York, USA
Witt et al.	(45)	2021	Melbourne, Australia
Wright et al.	(46)	2021	Kansas, USA
Sisler et al.	(47)	2020	California, USA
Cervantes et al.	(48)	2023	New York, USA
Da Silva et al.	(49)	2021	Porto, Portugal

L'estudi de **Bravo-Andrade et al.**(38) esmenta que el suïcidi esdevé de l'acció de diverses causes i de la interacció de factors socials, familiars i individuals. En el seu estudi, s'ha demostrat que l'autoestima té un paper molt important en prevenir el risc de suïcidi en joves i adolescents. La mostra d'estudi va ser una població d'estudiants d'una escola pública de Jalisco, Mèxic. Les edats anaven compreses entre 15-17 anys. Es van concloure com a resultat que l'autoestima és un factor individual protector pel risc de suïcidi adolescent. Destaquen les idees dels estudiants protectores enfront del suïcidi: "sentir-se capaç de executar les activitats de manera adequada, acceptar-se i estimar-se tal com un és". "No buscar l'amor d'altres persones". "No pots trobar amor en els altres sí primer no el troba un mateix". S'esmenta que la ideació suïcida, guarda una forta relació amb el que l'adolescent percep de si mateix. "Associen l'autoestima amb vides més actives, millor control de les circumstàncies, menor ansietat i més capacitat de gestió de l'estrès intern i extern". Una bona autoestima, permet que la persona tingui major seguretat i resolgui millor els problemes amb un maneig positiu de les seves emocions i autocontrol.

En l'estudi de **Choi et al.**(39) es valora l'efecte de l'autoestima com a moderadora pels factors que influeixen en el suïcidi dels adolescents. Sent aquests factors, la felicitat, la depressió i l'hostilitat. La mostra escollida d'aquest estudi van ser estudiants de 7è i 9è de primària de Busan, Corea. Demostra que l'autoestima té una funció predictora significativa de la conducta suïcida i és també, un factor de risc directe a les ideacions suïcides, ja que, es va demostrar que menor autoestima n'augmentava les possibilitats. Tot i això, no va estar relacionada amb les

variables d'ideació, plans i intents suïcides. La funció de l'autoestima com a moderadora del factor d'hostilitat, va ser positiva a l'hora de disminuir-ne els intents de suïcidi, per tant, es va concloure, l'eficàcia de l'autoestima com a variable moderadora però no independent. La baixa autoestima provocava actituds negatives i agressions entre els joves, ja que, les situacions conflictives no es solucionaven adequadament. Per altra banda, les persones amb una bona autoestima, tenien sentiments propis de dignitat reduint-ne l'hostilitat i risc de conductes extremes com els intents de suïcidi.

Per altra banda, en l'estudi de **Tabares et al.** (40), per determinar la correlació entre les variables d'autoestima i risc de suïcidi, van fer ús de quatre instruments validats, *l'escala rasgo de meta-conocimiento emocional o Trait Meta-Mood Scale-24 (TTMS-24)*, *l'escala d'autoestima de Rosenberg (1965-RAE)*, *l'escala de risc suïcida de Plutchik-RS* i una fitxa sociodemogràfica elaborada per investigadors i experts amb tota la informació corresponent. La mostra d'estudi, van ser estudiants universitaris de Colòmbia. Es va estudiar i demostrar la relació entre, les variables: menor risc de suïcidi i tenir una bona autoestima. Es demostra que l'autoestima baixa, pot augmentar fins a 3 vegades més el risc d'ideacions i intents de suïcidi. L'autoestima, independentment de la gravetat de la depressió d'una persona, està correlacionada amb els intents de suïcidi. Es va veure la relació entre la falta d'autoestima i suïcidis a causa que els que el cometien, eren joves que presentaven incapacitat per apreciar-se, necessitat d'aprovació constant per part dels altres, intensitats emocionals incontrolables per no complir amb els estàndards de perfecció. I es va veure, per tant, que tenir una bona autoestima potencia a gestionar millor els moments d'estrès i per tant, disminuir el factor de risc de suïcidi. L'estudi, conclou que tot i l'instrument de mesura que s'utilitzi, l'autoestima és un factor predictor del suïcidi i ha de ser un recurs psicosocial en el qual ens hem d'enfocar a enfortir per reduir els casos de suïcidi. També considera una bona autoestima com a factor protector a la prevenció del suïcidi.

En la investigació de **Lee et al.**(41) es va analitzar una mostra d'adolescents de quatre escoles de Korea, aplicant un qüestionari autoinformat validat per la Junta de Revisió Institucional de la Universitat Catòlica de Corea. Es va avaluar entre

altres, el factor de l'autoestima com a risc de suïcidi mitjançant l'Escala d'Autoestima de Rosenberg. L'estudi associa la baixa autoestima com a indicador a tenir més pensaments i intents suïcides i ho relaciona com a un dels indicadors del grup de risc dels adolescents més proper a suïcidar-se.

En l'estudi de **Jesús et al.**(42) s'avaluava l'efecte mediador que tenia l'autoestima en les conductes suïcides provocades pel burnout a partir d'un qüestionari en línia, es va fer ús també de l'Escala d'Autoestima de Rosenberg. La mostra estava compresa per professionals de la salut de Portugal. Es va determinar que l'autoestima tenia un efecte moderador entre l'esgotament professional (burnout) i les conductes suïcides, persones amb autoestima alta, en moments d'elevat esgotament presentaven menys conductes suïcides que els que tenien una baixa autoestima. És, per tant, una variable essencial a tenir en consideració per la prevenció del suïcidi en professionals. Afegeix, que tenir una autoestima alta proporciona a la persona tenir millors estratègies d'afrontament adaptatives per la resolució dels problemes. Per contra, tenir l'autoestima baixa, provoca una major sensibilitat en les persones i està associat a una major ideació suïcida. L'autoestima alta és un factor protector a la intencionalitat suïcida i per tant, determinaven que l'associació entre l'autoestima i les conductes suïcides era significativament negatiu, ja que, a menor autoestima majors conductes suïcides i al contrari, a major autoestima menors conductes.

Michaud et al. (43) realitza un estudi qualitatiu dirigit per una infermera gestora de casos encarregada de realitzar les intervencions posteriors de les persones de la unitat que han realitzat un intent de suïcidi. Proporcionant principalment, una gestió dels casos per part de la infermera de salut mental, plans de crisi, reunions i seguiment per via telefònica. L'objectiu de l'estudi és el de conèixer, les opinions de les persones que van cometre un intent de suïcidi envers les intervencions dutes a terme per la seva recuperació. Per aconseguir d'aquesta manera, millorar en l'atenció i adaptar les intervencions a les necessitats de les persones. La mostra total va ser de 41 persones. Les entrevistes es van fer telefònicament i van ser gravades amb el consentiment de cada persona. Les intervencions portades a cap van ser: seguiment per part d'infermeria, establir un pla de crisi conjunt amb infermeria, reunions amb els familiars mitjançant les xarxes,

trucades telefòniques de seguiment, valoració de factors de recuperació. Valo- rant cada una d'aquestes intervencions, es va concloure que les intervencions havien de ser individualitzades, personalitzades i tractades des del respecte, in- timitat i vulnerabilitat de cada persona, ja que, hi havia diverses opinions de les intervencions. És per això que l'estudi recomana la psicoteràpia perquè el tera- peuta s'adapta a les necessitats de cada persona escollint d'aquesta manera quines eines i intervencions són millors per cada un.

L'estudi de cohorts retrospectiu de **Ballard et al.** (44) ens pretén demostrar les estratègies de prevenció del suïcidi que poden ser útils en els serveis d'urgències pediàtriques. Concretament, amb la implementació del programa *Ask Suicide Screening Questions (ASQ)* aplicat en el triatge d'urgències de l'hospital Johns Hopkins a pacients pediàtrics psiquiàtrics d'edats entre vuit i divuit anys, durant divuit mesos per valorar les visites repetides a la unitat i d'aquesta manera valo- rar-ne la seva sensibilitat i especificitat. Trobant com a resultats, que l'ASQ tenia una sensibilitat 93% del i una especificitat del 43% com a predictor de visites repetides en el servei d'urgències amb queixes relacionades al suïcidi, en els 6 mesos posteriors de la primera visita. Verificant, per tant, un instrument de pre- venció del suïcidi per les unitats d'urgències pediàtriques.

La revisió sistemàtica de **Witt et al.** (45) té com a objectiu la valoració de les intervencions psicosocials, els fàrmacs i els productes naturals en nens i adoles- cents que han realitzat algun intent autolític el qual està associat amb el suïcidi, comparant-ho amb els tractaments i atencions que s'acostumen a realitzar. La mostra de participants amb una edat mitjana de 14,7 anys era conformada per 2.280 nens i adolescents. Es va obtenir com a resultats amb elevada evidència que les intervencions amb la teràpia dialèctica conductual (TDC-A) obtenien menys casos d'autolesions en adolescents en comparació a la psicoteràpia al- ternativa. No es va determinar la diferència d'evidència entre la teràpia cognitiva conductual (TCC) ni tampoc la teràpia familiar (TF) i els tractaments habituals (farmacologia, atenció psiquiàtrica habitual i millorada). L'estudi, parla de la falta d'evidència disponible a causa de l'escassetat d'assaigs afirmant que l'evidència que existeix de les intervencions en nens i adolescents que s'autolesionen és

incerta. Tot i això, conclou la revisió, esmentant que l'ús de la psicoteràpia individual basada en la TCC s'hauria de desenvolupar i avaluar amb major profunditat en aquest grup d'edat per valorar-ne l'eficàcia.

L'estudi de **Wright et al.** (46) busca la verificació dels mètodes per avaluar els adolescents que presenten signes o símptomes d'ideacions suïcides i formar els professionals per implementar intervencions de salut mental fent ús dels dispositius audiovisuals xifrats de tele-salut (iPad). La mostra d'estudi la comprenien 40 adolescents tots ells amb malalties cròniques i nutrició parenteral domiciliària (HPN), ideacions suïcides i símptomes depressius. Es va fer ús de l'Inventari de depressió de Beck-II per determinar-ne els pensaments suïcides i de l'escala de Raskin modificada per poder anotar possibles indicadors basats en declaracions verbals o no verbals. Diverses activitats d'intervenció interactiva amb l'iPad van ser realitzades en un total de 35 sessions, utilitzant aplicacions de jocs relacionats amb la salut i també avaluacions individuals per preguntar envers els pensaments o plans suïcides que havien pogut tenir avaluant-ne la intensitat i freqüència. L'autoxerrada positiva i la planificació positiva d'activitats van ser algunes que es van implementar perquè adquirissin habilitats per millorar el benestar mental. Exercicis de resolució de problemes, habilitats de resiliència, optimisme, esperança, superar sentiments de fracàs, mindfulness, tècniques de relaxació, control de l'estat d'ànim i d'atenció plena van ser destacats amb importància i eficàcia pels adolescents. També, es va informar per a conscienciar als participants, del recurs de suport en cas de crisi immediat, de la línia nacional de vida per a prevenció del suïcidi, concretant la seva disponibilitat les 24 h dels 7 dies de la setmana trucant al 911.

La revisió sistemàtica de **Sisler et al.** (47) pretén exposar, com tractar i avaluar el suïcidi en entorns d'atenció primària pediàtrica i clíniques escolars desenvolupant un pla de seguretat i proporcionant als professionals d'infermeria d'atenció primària eines de cribratge, per l'avaluació del risc de suïcidi basades en l'evidència. "Molts dels adolescents que van morir per suïcidi havien vist un proveïdor d'atenció primària 30 dies abans de la seva mort" És per això, que el cribratge i la intervenció precoç són els elements clau davant del suïcidi. Analitzar amb els cribratges els factors de risc i factors protectors detectar-ne sobretot, els trastorns de l'estat d'ànim per ser dels factors de risc principals en el suïcidi adolescent.

És essencial realitzar un seguiment amb un cribratge psicosocial de manera individual si durant l'entrevista psicosocial i aplicant els qüestionaris d'auto-informe, un jove dona positiu en les STB. Els cribratges psicosocials ambulatoris són útils, per avaluar la freqüència, gravetat i intenció real del suïcidi. L'estudi recomana l'ús dels següents cribratges: la SSHADESS/HEADSS, la PHQ-9, la ASQ i la C-SSRS que destaquen d'altres per tenir components incorporats per preguntar concretament sobre les STB. Altres que també recomanen per atenció primària i en l'àmbit escolar són les SAFE-T i la SLAP. Detectar les fortaleses de la persona, habilitats d'afrontament de problemes, l'autoconsciència, l'auto-cura, preguntar envers el suïcidi de manera directe però fent ús de l'empatia són algunes de les recomanacions que es proporcionen per reforçar les raons de viure dels adolescents i reduir l'estigma del suïcidi. Examen físic i d'estat mental, determinar la gravetat del risc, establir un pla de seguretat i una avaluació del suïcidi i criteris d'hospitalització psiquiàtrica, són els passos que recomana l'estudi a seguir en aquests casos. En el tractament de la persona aquest ha de ser sempre individualitzat per a cada cas. Teràpies dialèctiques conductuals, cognitives conductuals i interpersonals per reduir l'STB teràpies familiars, psicodinàmiques i intervencions psicofarmacològiques en serien altres útils. Considerant en tot moment una gestió de col·laboració i interdisciplinària.

La revisió sistemàtica de **Cervantes et al.**(48) pretenia descriure el que hi ha envers el cribratge universal de suïcidi en els serveis d'urgències pediàtriques, identificar-ne errors importants en els estudis actuals i desenvolupar recomanacions i estratègies per millorar-ne els cribratges, amb l'objectiu, de reduir-ne les taxes de suïcidi. La mostra d'edat oscil·lava entre els 8 i 14 anys. Destaca que els nens de 10 a 12 anys van mostrar risc de suïcidi gràcies al cribratge universal, tanmateix, és d'elevada importància pels nens més petits per poder proporcionar-los intervencions el més aviat millor per evitar-ne símptomes. El cribratge representa un primer pas de l'avaluació del risc de suïcidi i no tots els pacients pediàtrics requeriran el mateix suport, temps i recursos. Sent aquesta investigació, útil, per conscienciar a les persones que apliquen i realitzen guies de pràctica clínica per establir programes de cribratges específics pels joves i aplicar-los en els serveis d'urgències pediàtriques, ja que, s'ha trobat, que falten programes validats de cribratge juvenils factibles i sostenibles. S'ha vist que en adults els

cribratges universals sí que són eficaços i factibles, així doncs, falten iniciatives de cribratge que també es puguin aplicar en els entorns pediàtrics per abordar i detectar aquest elevat increment de joves amb intents de suïcidi.

Per acabar, en la revisió sistemàtica de **Da Silva et al.** (49) exposa la importància de les intervencions del servei d'urgències com a factor protector i preventiu contra futures conductes suïcides, per les persones que han comès un intent de suïcidi. L'objectiu de la revisió és indagar els efectes de les intervencions psicosocials en la prevenció del suïcidi a l'aplicar-se en les unitats d'urgències després d'un intent de suïcidi, ja que, s'ha demostrat que les persones que han realitzat un intent de suïcidi, necessiten tractament immediat per l'elevat risc que hi ha que en realitzin un altre de més gran, després de l'alta fins dotze mesos després de l'intent anterior. L'estudi es centra en una mostra de persones majors d'onze anys, els quals van rebre atenció psicosocial de prevenció del suïcidi en les unitats d'urgències després de cometre un intent. Es pretén analitzar la repetició de l'intent de suïcidi i la mort per aquesta causa. Finalment, conclou, que hi ha molts estudis que pretenen validar les intervencions per reduir-ne els intents de suïcidi i la seva mortalitat i el principal objectiu de la revisió acaba sent el de generar propostes per a les pràctiques actuals.

Taula 10: Recull d'articles seleccionats per a la revisió bibliogràfica

	PROCEDÈNCIA	ANY	FONT	DISSENY	TÍTOL	RESULTATS
Bravo-Andrade et al. (38)	Guadalajara, Mèxic	2020	<i>DUAZARY Vol.17, No1-2020/36-48</i>	<i>Estudi de cohorts qualitatiu amb grups focals de tipus fenomenològic</i>	<i>Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'autoestima té un paper molt important com a factor individual protector en la prevenció del risc de suïcidis de joves i adolescents. - La ideació suïcida està directament relacionada amb com l'adolescent es percep a si mateix. - Una bona autoestima proporciona major seguretat i capacitat de resolució dels problemes i emocions.
Choi et al. (39)	Busan, Korea	2019	<i>Journal of Preventive Medicine & Public Health</i>	<i>Estudi transversal, metodologia quantitativa</i>	<i>Self-esteem as a Moderator of the Effects of Happiness, Depression, and Hostility on Suicidality Among Early Adolescents in Korea</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'autoestima actua com a moderadora amb la hostilitat, un dels factors de risc que està estretament relacionat amb el suïcid. - La baixa autoestima provoca major agressivitat - No està directament relacionada amb les variables d'ideació, plans i intents de suïcid.
Tabares et al. (40)	Medellin, Colombia	2020	<i>Terapia Psicológica</i>	<i>Disseny no experimental de cohort transversal</i>	<i>Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir una bona autoestima està directament relacionat amb el menor risc de suïcid. - S'ha vist que, l'autoestima baixa, pot triplicar les possibilitats d'ideacions i intents de suïcid. - Tot i l'instrument que s'utilitzi, l'autoestima és un factor predictor i protector del suïcid el qual, hem de millorar en totes les persones per afavorir en la prevenció del suïcid.
Lee et al. (41)	Uijongbu, Korea	2023	<i>Psychiatry investigation</i>	<i>Estudi transversal</i>	<i>A Latent Class Analysis of Suicidal Behaviors in Adolescents</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir baixa l'autoestima és un indicador de major probabilitats de tenir pensaments suïcides i cometre intents de suïcid. - És un dels indicadors en el grup de risc dels adolescents que són més propensos a cometre un suïcid.
Jesus et al. (42)	Setúbal, Portugal	2023	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>	<i>Estudi transversal, metodologia quantitativa</i>	<i>Burnout and Suicidal Behaviours in Health Professionals in Portugal: The Moderating Effect of Self-Esteem</i>	<ul style="list-style-type: none"> - L'autoestima compleix amb un efecte moderador ja que, les persones amb autoestima alta en moments d'elevat esgotament laboral (burnout) presenten menys conductes suïcides que les persones amb baixa autoestima ja que, proporciona millors estratègies d'afrontament a problemes. - L'associació entre l'autoestima i el suïcid és significativament negatiu
Michaud et al. (43)	Toronto, Canada	2021	<i>PLOS ONE</i>	<i>Estudi qualitatiu</i>	<i>Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les intervencions que es proporcionen a les persones que han comès un intent de suïcid, han de ser individualitzades, personalitzades, tractades des del respecte, intimitat i vulnerabilitat de cada una. - Es recomana la psico-teràpia pel fet d'adaptar-se a les necessitats de cada individu i escollir d'aquesta manera les eines i intervencions més eficaces per cadascú.
Ballard et al. (44)	New York, USA	2017	<i>Prevention Science</i>	<i>Estudi de cohorts retrospectiu</i>	<i>Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruments de prevenció del suïcid en les unitats d'urgències pediàtriques com l'ASQ (Ask Suicide Screening Questions) amb una sensibilitat del 93% i una especificitat del 43%, permeten predir futures visites per suïcid en els 6 mesos posteriors a la visita en la unitat.
Witt et al. (45)	Melbourne, Austràlia	2021	<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	<i>Revisió sistemàtica</i>	<i>Interventions for self-harm in children and adolescents (Review)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Hi ha una alta evidència demostrada per aquest estudi, en el que la teràpia dialèctica conductual provoca menors autolesions en els nens i adolescents en comparació a la psicoteràpia alternativa. - No es determina l'evidència però, de les teràpies familiars i cognitiva-conductual.
Wright et al. (46)	Kansas, USA	2021	<i>HHS Author Manuscripts</i>	<i>Estudi qualitatiu, entrevistes grupals</i>	<i>Using telehealth to assess depression and suicide ideation and provide mental health interventions to groups of chronically ill adolescents and young adults</i>	<ul style="list-style-type: none"> - S'ha demostrat l'eficàcia de les aplicacions de jocs online relacionats amb la salut per afavorir en l'aprenentatge i millora de la salut mental dels adolescents. - Exercicis de respiració, resolució de problemes, mindfulness, control de l'estat d'ànim i habilitats de resiliència van destacar positivament en els adolescents.
Sisler et al. (47)	California, USA	2020	<i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i>	<i>Revisió sistemàtica</i>	<i>Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings</i>	<ul style="list-style-type: none"> - És important realitzar un seguiment amb pantalles psicossocials com SSHADESS/HEADSS, la PHQ-9, la ASQ i la C-SSRS que destaquen d'altres per tenir components incorporats per preguntar sobre les STB (suicidal thoughts and behaviors). - El tractament ha de ser individualitzat i fer ús de les teràpies conductuals i interpersonals han demostrat reduir les STB.
Cervantes et al. (48)	New York, USA	2023	<i>HHS Author Manuscripts</i>	<i>Revisió sistemàtica</i>	<i>Universal Suicide Risk Screening for Youth in the Emergency Department: A Systematic Review</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar el risc de suïcid en les edats més primerenques, és d'elevada importància per evitar-ne els símptomes, és per això, que un cribatge universal en les unitats d'urgències pediàtriques seria essencial com a primer pas per a l'avaluació del risc de suïcid, tot i així la revisió pretén conscienciar de la falta d'iniciatives per el seu abordatge perquè pugui ser igual d'eficax que en els adults.
Da Silva et al. (49)	Porto, Portugal	2021	<i>Biomedcentral (BMC)</i>	<i>Revisió sistemàtica</i>	<i>Effects of psychosocial interventions among people cared for in emergency departments after a suicide attempt: a systematic review protocol</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les intervencions en el servei d'urgències són un factor protector per a les persones que han realitzat un intent de suïcid ja que, s'ha demostrat que des de que s'ha realitzat l'intent fins els 12 mesos següents és quan la persona és més propensa de realitzar un altre intent.

6. DISCUSSIÓ

El suïcidi, pot ser originat per múltiples factors i causes. Existeixen diversos factors de risc i factors de protecció, que interactuen en els nivells socials, familiars i individuals de les persones, i n'és important conèixer la seva relació amb el suïcidi per poder detectar-los amb antelació i d'aquesta manera iniciar-ne un abordatge i prevenció adequat (38). Els diferents estudis trobats (38–42), s'han centrat a identificar i avaluar quins són els factors que estan relacionats amb el suïcidi juvenil i concretament a descriure'n la relació amb el factor de l'autoestima. El principal factor de risc de suïcidi individual de la població adolescent, és la depressió, que va acompanyada de sentiments de soledat, sensacions de buidor, fracàs, frustració, vergonya, culpa, apatia, pessimisme i aïllament (38–40). Tot i això en l'estudi de **Lee et al.** (41) s'especifica que el risc de suïcidi no té per què anar necessàriament acompanyat de la depressió. També, s'ha evidenciat en l'estudi de **Choi et al.** (39) que un dels factors de risc de suïcidi més greu en joves és l'hostilitat, ja que, està directament relacionat amb les ideacions els plans i els intents suïcides, d'altra banda, la depressió mostrava relació directa amb les ideacions i els intents però no amb els plans suïcides. Altres factors emocionals que condicionen a un augment del risc de suïcidi són: els sentiments de tristesa (38,39) dificultat del maneig dels sentiments, emocions i problemes amb canvis d'humors constants i inestabilitats, emocions negatives cap a un mateix i cap als altres, sentiments de desencant, desesperança i falta de trobar-li un sentit a la vida, falta d'identitat, no tenir projectes i la cerca de la immediata satisfacció (38). La impulsivitat, el maltractament infantil, les autolesions, abusos sexuals, el consum de substàncies tòxiques, l'absentisme escolar i l'assetjament escolar també eren alguns dels factors de risc (41). La desconexió i l'esgotament (burnout) s'ha demostrat en l'estudi de **Jesús et al** (42), que també tenen un efecte en la freqüència de conductes suïcides. Per altra banda, com a factors protectors individuals davant del risc de suïcidi en adolescents s'han trobat: la capacitat de resolució de problemes igual que la de buscar ajuda, afrontament de l'estrès, el reconeixement dels problemes i l'ús del diàleg com a mitjà, l'ús d'estratègies positives d'afrontament de problemes, l'optimisme, el positivisme, els vincles familiars positius, aprendre dels errors, la resiliència, l'autoestima

(autoreconeixement, autoconfiança i l'amor cap a un mateix) i la intel·ligència emocional (38,40). L'autoestima ha demostrat no ser un factor de risc amb efecte directe a la ideació, els plans i els intents de suïcidi (39,41). Tot i això, s'ha evidenciat en l'estudi de **Choi et al.** (39), el seu efecte moderador de l'hostilitat, un dels factors de risc més greus del suïcidi. Afegir el seu efecte moderador positiu evidenciat per l'estudi de **Jesús et al.** (42) envers la desconexió, l'esgotament (burnout) i la freqüència de conductes suïcides. Per altra banda, en l'estudi de **Tabares et al.** (40) es va associar la baixa autoestima als pensaments i intents suïcides i es va determinar que molts joves que havien comès suïcidi, tenien baixa autoestima i necessitaven l'aprovació constant de persones significatives per ells, apareixent les crisis suïcides degudes a la intensitat emocional que patien perquè no s'ajustaven als seus estàndards de perfecció. Finalment, cal afegir que en l'estudi de **Jesús et al.** (42) es demostra que tenir baixos nivells d'autoestima augmenta la freqüència de les conductes suïcides.

La revisió també proporciona informació de diverses intervencions d'infermeria per la prevenció del risc de suïcidi en adolescents en els diferents àmbits d'atenció d'infermeria: hospitalari, centre d'atenció primària i escolar. Primer de tot, s'ha evidenciat a partir de dos estudis (43,47) la importància que les intervencions que s'apliquen a les persones que han realitzat un intent de suïcidi siguin individualitzades. Concretament, en l'estudi de **Michaud et al.** (43), els participants van tenir opinions molt diverses envers les intervencions que se'ls havia aplicat a tots per igual. A causa d'aquest fet, es recomana, fer ús de la psicoteràpia per valorar quines eines i intervencions s'adaptin més a les necessitats de la persona abans de ser aplicades. Les intervencions que es van aplicar a l'estudi van ser: seguiment per part d'infermeria, realització d'un pla de crisi conjunt, reunions en línia amb els familiars i trucades telefòniques de seguiment. La majoria de les valoracions van ser positives fent referència a l'empatia, l'escolta activa i la relació terapèutica i de reflexió conjunta que es va establir amb la infermera. Tot i això, les valoracions del pla de crisi van ser positives en realitzar-lo però, especificant que era millor abordar-lo, una vegada s'hagués establert confiança amb la persona i no realitzar-lo de primeres sinó que era millor, esperar que les persones no estiguessin tan afectades físicament i mentalment per no tenir dificultats en comprendre'l. Les reunions en línia amb

els familiars van tenir comentaris positius per ajudar-los a gestionar l'impacte que els podia generar que un familiar seu hagués dut a terme un intent de suïcidi. Tot i així, per alguns no van ser tan positives pel fet de no voler ser jutjats pels familiars o bé voler guardar la seva confidencialitat i intimitat del que els havia passat. Finalment, les trucades de seguiment van ser positives, però alguns consideraven que se'n feien masses i altres poques (43). Els estudis (44,48,49) destaquen la importància de l'assistència que es proporciona en les urgències pediàtriques, ja que, són unitats molt importants en la detecció immediata de nens i adolescents amb risc de suïcidi. Tal com recomanen els estudis de **Ballard et al** (44) i **Cervantes et al** (48) ha d'haver qüestionaris i cribratges validats amb uns graus de sensibilitat i especificitat per poder-los aplicar en les unitats i d'aquesta manera, detectar i realitzar l'abordatge adequat de tots els nens i adolescents amb risc de suïcidi. És per això que, com esmenta l'estudi de **Da Silva et al.** (49) les intervencions que es proporcionen en la unitat també han de ser validades per poder proporcionar un bon abordatge del tractament immediat que puguin requerir els joves amb risc de suïcidi abans dels dotze mesos després del primer intent, ja que és quan més risc hi ha que es repeteixi l'intent. El qüestionari validat que proposa l'estudi de **Ballard et al** (44) és l'ASQ (Ask Suicide Screening Questions) amb una sensibilitat del 93% i una especificitat del 43%. Són eines, per tant, útils per a la prevenció del suïcidi i seguretat de les persones i per reduir-ne símptomes i riscos futurs. És important, per tant, capacitar als professionals i potenciar que facin ús d'aquestes eines de detecció precoç de conductes suïcides(44,48,49). L'estudi de **Sisler et al.** (47) refereix la importància que en els entorns d'atenció primària pediàtrica i clíniques escolars, també hi hagi plans de seguretat validats i professionals d'infermeria que tinguin les eines de cribratges de detecció precoç necessàries per a poder realitzar una bona valoració del risc de suïcidi dels joves. S'ha de dur a terme una bona valoració de la persona, dels seus factors de risc, factors protectors, i fer ús dels cribratges psicosocials de manera individual per poder valorar la freqüència, gravetat i intenció real del suïcidi una vegada la persona hagi donat positiu en els pensaments i conductes suïcides. Concretament, l'estudi recomana l'ús dels cribratges: la SSHADESS/HEADSS, la PHQ-9, la ASQ i la C-SSRS que destaquen d'altres per tenir components incorporats per preguntar sobre les STB (suicidal thoughts and behaviors). Altres que també recomanen

per atenció primària i en l'àmbit escolar són les SAFE-T i la SLAP. És important també fer un examen físic i de l'estat mental, determinar-ne la gravetat del risc, establir un pla de seguretat, i realitzar avaluar el suïcidi i els criteris d'hospitalització psiquiàtrica. Les intervencions amb teràpies, concretament amb teràpies dialèctiques conductuals (TCD-A) van donar resultats positius d'elevada evidència envers la reducció de les autolesions en els adolescents fet que està directament associat al suïcidi, comparant-la amb la psicoteràpia alternativa. Tot i així, les teràpies cognitives conductual (TCC) i familiars (TF) no van obtenir una evidència que es pogués determinar en comparació als tractaments habituals que s'usaven (farmacologia, atenció psiquiàtrica habitual i millorada). I l'estudi de **Witt et al** (45), refereix que caldria avaluar amb major profunditat l'ús de la psicoteràpia individual basada en la TCC en aquest grup d'edat per valorar-ne l'eficàcia. Altres estudis en comptes, com el de **Sisler et al.** (47) afirmen que les teràpies dialèctiques conductuals, cognitives conductuals i interpersonals per reduir l'STB teràpies familiars, psicodinàmiques i intervencions psicofarmacològiques serien altres útils. Per acabar, eines com les de l'Inventari de depressió de Beck-II per determinar-ne els pensaments suïcides i de l'escala de Raskin modificada per poder anotar possibles indicadors basats en declaracions verbals o no verbals han demostrat la seva eficàcia així com l'ús de dispositius en línia per poder proporcionar un seguiment domiciliari, i aportar intervencions com exercicis de resolució de problemes, habilitats de resiliència, optimisme, esperança, superar sentiments de fracàs, mindfulness, tècniques de relaxació, control de l'estat d'ànim i d'atenció plena que van demostrar eficàcia. També ha donat resultats positius, el fet de conscienciar dels recursos de suport en casos de crisi immediata de la línia nacional de vida per a prevenció del suïcidi, trucant al 911 en qualsevol dia i hora de la setmana (46).

6.1. Limitacions

La variabilitat en les poblacions (adolescents entre el rang d'edat 13 a 18 anys) constitueix una limitació, donat que les intervencions d'infermeria poden diferir en la seva efectivitat segons les característiques de la població objectiu i l'entorn a on es duu a terme. Les diferències en la cultura i els sistemes sanitaris poden afectar a la generalització dels resultats. La necessitat de més estudis per obtenir suficient evidència que sostinguin conclusions més sòlides.

7. CONCLUSIONS

Els resultats de la revisió bibliogràfica realitzada evidencien:

- ↳ Les intervencions han de ser individualitzades fent ús de la psicoteràpia per valorar quines s'adapten més a les necessitats de la persona.
- ↳ Es recomana fer un seguiment per part d'infermeria, una realització d'un pla de crisi conjunt, reunions en línia amb les famílies i trucades telefòniques de seguiment.
- ↳ El pla de crisi s'ha de dur a terme una vegada aconseguida la confiança amb la persona.
- ↳ Ha d'haver-hi qüestionaris i cribratges validats amb un grau d'especificitat i sensibilitat concrets en les unitats d'urgències pediàtriques per la detecció immediata i la realització del correcte abordatge dels adolescents amb risc de suïcidi.
- ↳ L'ASQ (Ask Suicide Screening Questions) amb sensibilitat del 93% i especificitat del 43% és una proposta validada que es pot usar com a eina de prevenció del suïcidi en adolescents.
- ↳ L'ús dels cribratges SSHADESS/HEADSS, PH-9, ASQ, C-SSRS està recomanat i destaquen per tenir components incorporats per preguntar sobre les STB (suicidal thoughts and behaviors).
- ↳ Recomanen l'aplicació en atenció primària i en l'àmbit escolar de les SAFE-T i la SLAP.
- ↳ És important realitzar un examen físic i mental de la persona per determinar la gravetat del risc, establir-ne un pla de seguretat i realitzar-ne una avaluació del suïcidi i dels criteris d'hospitalització psiquiàtrica.
- ↳ Les teràpies dialèctiques conductuals (TCD-A) van donar millors resultats positius amb evidència elevada que la psicoteràpia alternativa en la reducció de les autolesions en els adolescents fet que està directament associat al suïcidi.

- ↪ Les teràpies cognitives conductual (TCC) i familiars (TF), no van obtenir una evidència que es pogués determinar en comparació als tractaments habituals (farmacologia, atenció psiquiàtrica habitual) caldria avaluar-les amb major profunditat en aquest grup d'edat per determinar-ne l'evidència.
- ↪ Eines com l'Inventari de Beck-II ha demostrat eficàcia en la detecció de pensaments suïcides i l'escala de Raskin modificada en la detecció d'indicadors verbals o no verbals del suïcidi.
- ↪ Els dispositius en línia han demostrat la seva eficàcia per proporcionar un seguiment domiciliari i realitzar intervencions com: exercicis de resolució de problemes, habilitats de resiliència, optimisme, esperança, superar sentiments de fracàs, mindfulness, tècniques de relaxació, con-trol de l'estat d'ànim i d'atenció plena que van demostrar eficàcia en la prevenció del suïcidi.
- ↪ Conscienciar dels recursos de suport en casos de crisi immediata trucant al 911 en qualsevol hora i dia de la setmana també va demostrar eficàcia.
- ↪ L'autoestima no es considera, un factor de risc del suïcidi però sí, que ha demostrat tenir un efecte moderador de l'hostilitat, la desconexió i l'esgotament (burnout) tots ells factors de risc del suïcidi. L'autoestima també ha demostrat ser una variable protectora al risc de suïcidi i que el fet de tenir baixos nivells d'aquesta, augmenta la freqüència de les conductes suïcides.
- ↪ Un dels factors de risc de suïcidi més greu en joves és l'hostilitat ja que, està directament relacionada amb les ideacions els plans i els intents suïcides.
- ↪ La depressió és el principal factor de risc de suïcidi individual en la població adolescent mostrava relació directa amb les ideacions i els intents, però no amb els plans suïcides i el risc de suïcidi no té per què anar sempre acompanyat de la depressió.

- ↳ Són factors de risc emocionals que augmenten el risc de suïcidi: els sentiments de tristesa, dificultat del maneig dels sentiments, emocions i problemes amb canvis d'humors constants i inestabilitats, emocions negatives cap a un mateix i cap als altres, sentiments de desencant, desesperança i falta de trobar-li un sentit a la vida, falta d'identitat, no tenir projectes i la cerca de la immediata satisfacció, La impulsivitat, el maltractament infantil, les autolesions, abusos sexuals, el consum de substàncies tòxiques, l'absentisme escolar i l'assetjament escolar.

7.1. Aplicabilitat de la revisió

Perquè ens serveix aquesta revisió?

A causa de l'increment de suïcidis en nens i adolescents i la falta d'estudis i evidència pel seu abordatge des d'infermeria, detecció i tractament, és important que estudis com aquest, pretenguin parlar sobre el tema i destaquin la importància i la manca d'estudis específics per aquest grup d'edat. Donant importància també a la realització d'estudis que avaluin mitjançant l'evidència i l'efectivitat diverses intervencions per diferenciar-ne les més adequades en les diferents franges d'edat. Infermeria s'ha de beneficiar d'aquest estudi per poder conscienciar-se i formar-se obtenint els coneixements adequats per realitzar-ne un bon abordatge, prevenció i una atenció individualitzada adequada per cada persona amb risc de suïcidi. Els professionals d'infermeria podem contribuir significativament a revertir les tendències de suïcidi i conscienciar d'aquest problema de salut pública. És per això que és crucial conèixer quines són les intervencions que disminueixen el risc de suïcidi en la població adolescent. S'han de tenir protocols basats en la clínica de les persones amb plans de seguretat, seguiments i derivacions per a poder proporcionar una atenció i seguiment adequats en els adolescents amb risc de suïcidi i als seus entorns.

Línies de futur que aporta?

La rellevància de la necessitat des del punt de vista infermer de treballar els protocols preventius, potenciant l'ús dels cribratges i formant els professionals d'infermeria encarregats d'abordar els casos de risc de suïcidi en les diverses unitats assistencials. També, per posar en evidència la manca d'estudis en aquest grup d'edat en relació amb els beneficis de les teràpies i tractaments.

8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (revisada septiembre 2020) [Internet]. Coruña: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad; 2019 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://portal.guiasalud.es/gpc/conducta-suicida/>
2. Suicidio. En: WHO.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales). En: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: (INE); 2022 [citad 31 març 2023]. p. 1-14. Disponible a: https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
4. Boletín informativo del Instituto Nacional. En: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: (INE); 2021 [citad 1 abril 2023]. Disponible a: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
5. Morales EMC, Rosado BV, Almenta RM. Investigación enfermera sobre las manifestaciones clínicas y la prevención en la conducta suicida en la adolescencia. Revista INFAD de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology. 22 octubre 2017;2(1):221-8.
6. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>
7. Ballester Ferrando D, Gelabert Vilella S. Urgencias psiquiátricas. En: Megías-Lizancos F, Serrano Parra M, editors. Enfermería en psiquiatría y salud mental. 4a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2021. p. 627-53.
8. Salud mental del adolescente. En: WHO.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

9. Datos clave sobre suicidio. En: PREVENSUIC Prevención del suicidio [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; [citad 31 març 2023]. Disponible a: <http://www.prevensuic.org/la-conducta-suicida/datos-clave-sobre-suicidio/>
10. BOE-A-1995-25444 Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. Disponible a: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444#a143>
11. Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Suïcidis. Per sexe. Províncies. En: Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. Barcelona: (Idescat); 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15594>
12. Cha CB, Franz PJ, M. Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018;59(4):460-82.
13. Programa Codi Risc Suïcidi (CRS) de Catalunya. En: Programas de prevención de la conducta suicida en España [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio; 2019 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <http://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/crs/>
14. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi (CRS). [Internet] En: Barcelona: Servei Català de la Salut; 2015 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1654>
15. Programa CRS. En: Codi Risc [Internet]. Barcelona: Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques; 2023 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://codirisc.org/intervencio-crs>
16. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citad 31 març 2023]. 50 p. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
17. Mateo Cervera A, Galarza Mateo A. Manejo enfermero del paciente con ideas suicidas en el ámbito extrahospitalario. *Ene*. 2020;14(1):1-7.

18. Rovira Gil E. Primeros auxilios en la infancia. En: Urgencias esenciales para enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2019. p. 353-94.
19. Trabucchelli García-Augusti M. Investigación cualitativa sobre los motivos que impulsan a los adolescentes a suicidarse: TFG. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2020.
20. Escala Deteccion Riesgo Suicida [Internet]. Madrid: SAMUR-Proteccion Civil; 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/anexos/214d_EscalaRiesgoSuicida.pdf
21. Fernandez Bearan A. Programa de formación a enfermeras de atención primaria para la detección e intervención de conductas de riesgo suicida: TFG. Navarra: Universidad Pública de Navarra; 2014.
22. Paida Valverde L. Atención de enfermería en niños y adolescentes con conducta suicida: TFG. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina; 2018.
23. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D, Ryan N. K-SADS-PL DSM-5 [Internet]. New Haven: Child and Adolescent Research and Education (CARE); 2016 [citad 1 abril 2023]. Disponible a: https://www.pediatricbipolar.pitt.edu/sites/default/files/KSADS_DSM_5_SCREEN_Final.pdf
24. K-SADS-PL DSM-5 valutazione disturbi psicopatologici. En: Erickson [Internet]. Trento: Centre Studi Erickson; 2023 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://www.erickson.it/it/ksadspl-dsm5>
25. Revised Child Anxiety and Depression Scale – Child (RCADS-Child). En: NovoPsych [Internet]. Australia: NovoPsych; 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://novopsych.com.au/assessments/diagnosis/revised-child-anxiety-and-depression-scale-child-rcads-child/>
26. Salud del adolescente. En: WHO.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>

27. Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Ayuda a niños y adolescentes en riesgo. En: Fundación ANAR [Internet]. Madrid: Fundación ANAR; 2022 [citad 1 abril 2023]. Disponible a: <https://www.anar.org/>
29. Las cifras del suicidio en España, en datos y estadísticas. En: Epdata [Internet]. Madrid: Europa Press; 2022 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://www.epdata.es/datos/cifras-suicidio-espana-datos-estadisticas/607>
30. Giraldo KP, Holguín MJA. La autoestima, proceso humano. Revista Electrónica Psyconex. 3 agost 2017;9(14):1-9.
31. Honorato Bernal TM, González Arratia López Fuentes N, Ruiz-Martínez AO, Andrade Palos P. Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. Nova scientia. 2019;11(22):413-32.
32. Aguado VC. La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detención del acoso escolar. Revista española de comunicación en salud. 15 desembre 2017;8(2):247-53.
33. Alvarado Romero H, Córdoba R D, Mesa A. L, Turmequé S E, Álvarez C L, Quintero M. L. Función del profesional en enfermería en la atención del acoso escolar en niños, niñas y adolescentes. Revista Colombiana de Enfermería. 29 octubre 2018;17:65-74.
34. Guia per a l'abordatge de la conducta suïcida i de les autolesions no suïcides en el centre educatiu [Internet]. 1a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Educació; 2022 [citad 31 març 2023]. 25 p. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-addiccions/projectes-documents/

35. Trastornos mentales. En: WHO.int [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
36. Pla Director de Salut Mental i Addiccions (Catalunya). En: Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 [Internet]. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2021 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6319>
37. 061. Una veu contra el suïcidi. [Internet] En: Barcelona: CatSalut; 2022 [citad 31 març 2023]. Disponible a: <http://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-mental/061-veu-contra-suicidi/>
38. Bravo-Andrade HR, Ruvalcaba-Romero NA, Orozco-Solís MG, Macías-Espinoza F. Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*. 1 gener 2020;17(1):36-48.
39. Choi YS, Shin HK, Hong DY, Kim JR, Kang YS, Jeong B, et al. Self-esteem as a Moderator of the Effects of Happiness, Depression, and Hostility on Suicidality Among Early Adolescents in Korea. *J Prev Med Public Health*. gener 2019;52(1):30-40.
40. Tabares ASG, Núñez C, Osorio MPA, Caballo VE, Tabares ASG, Núñez C, et al. Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia psicológica*. desembre 2020;38(3):403-26.
41. Lee JS, Kwon H, Park J, Hong HJ, Kweon YS. A Latent Class Analysis of Suicidal Behaviors in Adolescents. *Psychiatry Investig*. 23 febrer 2023;20(2):93-100.
42. Jesus A de, Pitacho L, Moreira A. Burnout and Suicidal Behaviours in Health Professionals in Portugal: The Moderating Effect of Self-Esteem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5):1-19.
43. Michaud L, Dorogi Y, Gilbert S, Bourquin C. Patient perspectives on an intervention after suicide attempt: The need for patient centred and individualized care. *PLoS One*. 2021;16(2):1-10.

44. Ballard ED, Cwik M, Van Eck K, Goldstein M, Alfes C, Wilson ME, et al. Identification of At-Risk Youth by Suicide Screening in a Pediatric Emergency Department. *Prevention Science*. 2017;18(2):174-82.
45. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Salisbury TLT, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;(3):1-44.
46. Wright S, Thompson N, Yadrich D, Bruce A, Bonar JRM, Spaulding R, et al. Using telehealth to assess depression and suicide ideation and provide mental health interventions to groups of chronically ill adolescents and young adults. *Res Nurs Health*. febrer 2021;44(1):129-37.
47. Sisler SM, Schapiro NA, Nakaishi M, Steinbuchel P. Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. novembre 2020;33(4):187-200.
48. Cervantes PE, Seag DEM, Baroni A, Gerson R, Knapp K, Tay ET, et al. Universal Suicide Risk Screening for Youth in the Emergency Department: A Systematic Review. *Psychiatr Serv*. 1 gener 2022;73(1):53-63.
49. da Silva APC, Henriques MR, Rothes IA, Zortea T, Santos JC, Cuijpers P. Effects of psychosocial interventions among people cared for in emergency departments after a suicide attempt: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 5 març 2021;10:68.

9. ANNEXOS

Annex 1: Revisió de la nomenclatura de O'Carroll et al, proposada per Silverman et al.(1).

Ideació suïcida	a. Sin intencionalidad suïcida	1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	
	c. Con alguna intencionalidad suïcida	
Comunicación suïcida*	a. Sin intencionalidad suïcida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suïcida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suïcida, Tipo I)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suïcida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suïcida, Tipo II)	
	c. Con alguna intencionalidad suïcida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suïcida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suïcida, Tipo III)	
Conducta suïcida*	a. Sin intencionalidad suïcida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suïcida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suïcida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)	
	c. Con alguna intencionalidad suïcida 1. Sin lesiones (Intento de suïcidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suïcidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suïcidio consumado)	
*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suïcida: – Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación) – Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control) – Foco mixto		

Fuente: elaboración propia a partir de Silverman et al. (12, 13).

Annex 2: Escala de desesperança de Beck (BHS)(19).

	V	F
1- Espero el futur amb esperança i en		
2- Puc donar-me per vençut, renunciar, ja que no puc fer millor les coses per mi mateix		
3- Quan les coses van malament hem tranquil·litza saber que les coses no poden quedar-se un temps així		
4- No puc imaginar com serà la meva vida d'aquí 10 anys		
5- Tinc bastant temps per dur a terme les coses que vull fer		
6- En el futur, espero aconseguir el que hem pogut interessar		
7- El meu futur hem sembla fosc		
8- Espero més coses bones de la vida, que el que la gent sol aconseguir		
9- No aconsegueixo fer que les coses canviïn i no existeixen raons per a creure que pugui en el futur		
10- Les meves experiències passades m'han preparat bé per el meu futur		
11- Tot el que puc veure per davant meu és més desagradable que agradable		
12- No espero aconseguir el que realment desitjo		
13- Quan miro al futur, espero que seré més feliç del que soc ara		
14- Les coses no van com jo voldria		
15- Tinc una gran confiança en el futur		
16- Mai aconsegueixo el que vull, pel que és absurd desitjar en el futur		
17- Es molt improbable que pugui aconseguir una satisfacció real en el futur		
18- El futur hem sembla incert i mandrós		
19- Espero més èpoques bones que dolentes		
20- No mereix la pena que intenti aconseguir alguna cosa que desitgi perquè probablement no ho aconseguiré		
PUNTUACIÓ TOTAL		

Annex 3: Inventari de depressió de Beck (BDI), ítem sobre conducta suïcida del BDI (1).

No tengo pensamientos de hacerme daño	0
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	1
Me gustaría quitarme la vida	2
Me mataría si pudiera	3

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI) (88).

Annex 4: Escala d'intencionalitat suïcida (SIS)(19).

FASES
<p>Primera: Fa referència a les circumstàncies objectives que envolten l'intent de suïcidi (ítem 1-8)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grau de preparació de l'intent - Context - Precaucions envers al descobriment/intervenció
<p>Segona: Auto-informada i cobreix (ítem 9-15)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percepcions envers a la letalitat del mètode - Expectatives envers la possibilitat de rescat i intervenció

Annex 5: Qüestionari de suïcidi (RSQ) (20).

Número informe: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Traslado: SI NO Hospital: _____

Durante este último mes:

C1 - ¿Ha pensado que sería mejor morirse o ha deseado estar muerto?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C2 - ¿Ha querido hacerse daño?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C3 - ¿Ha pensado en el suicidio?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C4 - ¿Ha planeado suicidarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
C5 - ¿Ha intentado suicidarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

A lo largo de su vida:

C6 - ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

¿Hay al menos una respuesta codificada SI? SI NO

MINI subescala suicidio (Riesgo de Suicidio Actual) :
Si la respuesta anterior es SI especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

- C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
- C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
- C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

Puntuar 1 por cada ítem señalado con una X:

<input type="checkbox"/>	Sexo: Varón
<input type="checkbox"/>	Edad: menor de 19 o mayor de 45
<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Intentos de suicidio previos
<input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/>	Trastornos cognitivos (delirium, demencia u otros trastornos cognitivos)
<input type="checkbox"/>	Bajo soporte social
<input type="checkbox"/>	Plan organizado de suicidio
<input type="checkbox"/>	Sin pareja estable
<input type="checkbox"/>	Enfermedad somática

Puntuación total SAD

0 - 2 PUNTOS: Alta con seguimiento ambulatorio.
3 - 4 PUNTOS: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar internación psiquiátrica.
5 - 6 PUNTOS: Si no hay control familiar estrecho debe internarse.
7 - 10 PUNTOS: Internación. Riesgo de muerte inminente.

(*) Tener en cuenta que, por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Incluir en el informe **MINI subescala suicidio** (Ligero / Moderado / Alto) y **Puntuación total SAD**

Annex 6: Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)(23).

2013	KSADS-PL SCREEN INTERVIEW Family History for Biological Relatives	<i>page xi of xiv</i>
------	--	-----------------------

Probe: Have you or anyone else in your family had psychiatric treatment before? For what sorts of problems?

- Criteria:**
- 0 = No Information
 - 1 = Not Present
 - 2 = Probable
 - 3 = Definite

	Mother	Father	Sibling	Half-Sibling	Grandparent	Aunt/Uncle	Other
Psychiatric Tx	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Depression	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Mania	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
ADHD	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Conduct/Antisocial	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Schizophrenia	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Other Psychosis	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Alcohol Use Disorder	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Substance Use Dis.	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Autism Spectrum	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Suicide Attempt	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Suicide Completion	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
Other	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

Annex 7: Children Depression Rating Scale, Revised (CDRD-R) (25).

Revised Child Anxiety and Depression Scale - Child version (RCADS-Child)

Instructions:

Check the word that shows how often each of these things happens to you. There are no right or wrong answers.

		Never	Sometimes	Often	Always
1	I worry about things	0	1	2	3
2	I feel sad or empty	0	1	2	3
3	When I have a problem, I get a funny feeling in my stomach	0	1	2	3
4	I worry when I think I have done poorly at something	0	1	2	3
5	I would feel afraid of being on my own at home	0	1	2	3
6	Nothing is much fun anymore	0	1	2	3
7	I feel scared when I have to take a test	0	1	2	3
8	I feel worried when I think someone is angry with me	0	1	2	3
9	I worry about being away from my parents	0	1	2	3
10	I get bothered by bad or silly thoughts or pictures in my mind	0	1	2	3
11	I have trouble sleeping	0	1	2	3
12	I worry that I will do badly at my school work	0	1	2	3
13	I worry that something awful will happen to someone in my family	0	1	2	3
14	I suddenly feel as if I can't breathe when there is no reason for this	0	1	2	3
15	I have problems with my appetite	0	1	2	3
16	I have to keep checking that I have done things right (like the switch is off, or the door is locked)	0	1	2	3

		Never	Sometimes	Often	Always
17	I feel scared if I have to sleep on my own	0	1	2	3
18	I have trouble going to school in the mornings because I feel nervous or afraid	0	1	2	3
19	I have no energy for things	0	1	2	3
20	I worry I might look foolish	0	1	2	3
21	I am tired a lot	0	1	2	3
22	I worry that bad things will happen to me	0	1	2	3
23	I can't seem to get bad or silly thoughts out of my head	0	1	2	3
24	When I have a problem, my heart beats really fast	0	1	2	3
25	I cannot think clearly	0	1	2	3
26	I suddenly start to tremble or shake when there is no reason for this	0	1	2	3
27	I worry that something bad will happen to me	0	1	2	3
28	When I have a problem, I feel shaky	0	1	2	3
29	I feel worthless	0	1	2	3
30	I worry about making mistakes	0	1	2	3
31	I have to think of special thoughts (like numbers or words) to stop bad things from happening	0	1	2	3
32	I worry what other people think of me	0	1	2	3
33	I am afraid of being in crowded places (like shopping centers, the movies, buses, busy playgrounds)	0	1	2	3
34	All of a sudden I feel really scared for no reason at all	0	1	2	3
35	I worry about what is going to happen	0	1	2	3
36	I suddenly become dizzy or faint when there is no reason for this	0	1	2	3

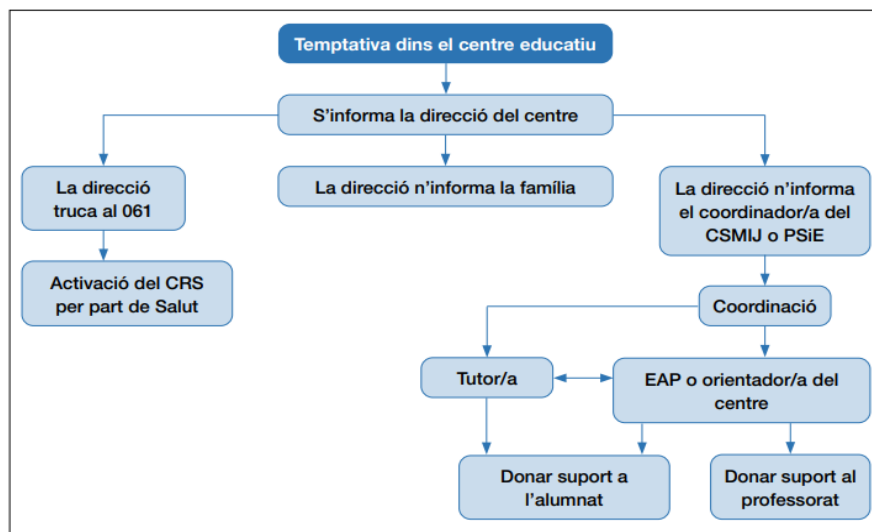
		Never	Sometimes	Often	Always
37	I think about death	0	1	2	3
38	I feel afraid if I have to talk in front of my class	0	1	2	3
39	My heart suddenly starts to beat too quickly for no reason	0	1	2	3
40	I feel like I don't want to move	0	1	2	3
41	I worry that I will suddenly get a scared feeling when there is nothing to be afraid of	0	1	2	3
42	I have to do some things over and over again (like washing my hands, cleaning or putting things in a certain order)	0	1	2	3
43	I feel afraid that I will make a fool of myself in front of people	0	1	2	3
44	I have to do some things in just the right way to stop bad things from happening	0	1	2	3
45	I worry when I go to bed at night	0	1	2	3
46	I would feel scared if I had to stay away from home overnight	0	1	2	3
47	I feel restless	0	1	2	3

Annex 8: Recomanacions d'actuació en atenció primària segons el nivell de risc de suïcidi(1).

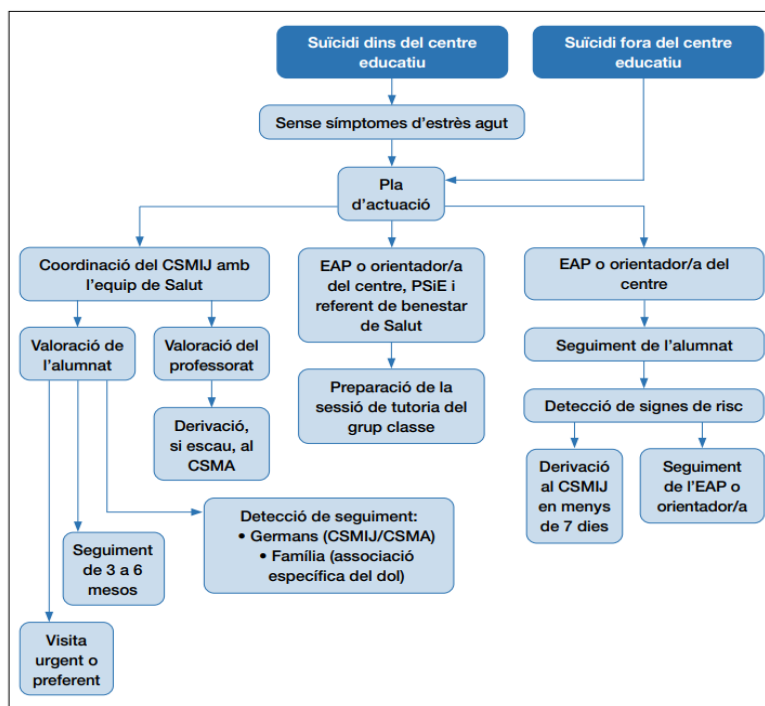
Riesgo	Acciones
Bajo (presencia de ideación suicida, sin planificación)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo - Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida - Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado - Derivación a salud mental - Seguimiento regular
Medio (ideación y planificación suicida, pero no inmediata)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona - Explorar alternativas al suicidio - Pactar un contrato "no suicidio" (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio): <ul style="list-style-type: none"> • sin contactar previamente con personal sanitario • por un periodo específico de tiempo - Derivación a salud mental - Contactar con la familia y allegados
Alto (plan definido e inmediato y medios para llevarlo a cabo)	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento - Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio - Haga un contrato de "no suicidio" - Derivación inmediata del paciente a un centro sanitario

Fuente: Modificado de OMS (15)

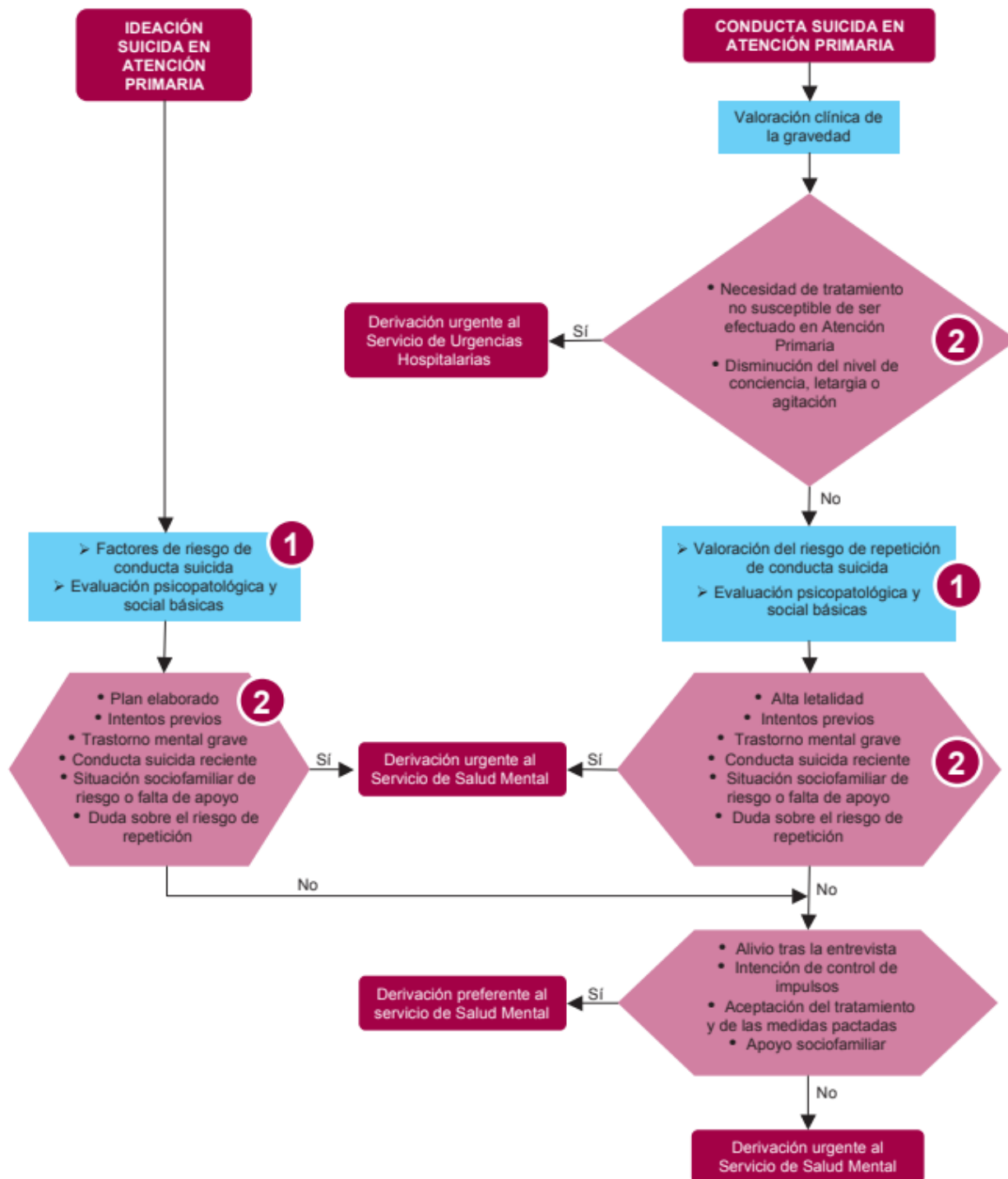
Annex 9: Circuit davant d'una temptativa suïcida dins del centre educatiu(34).



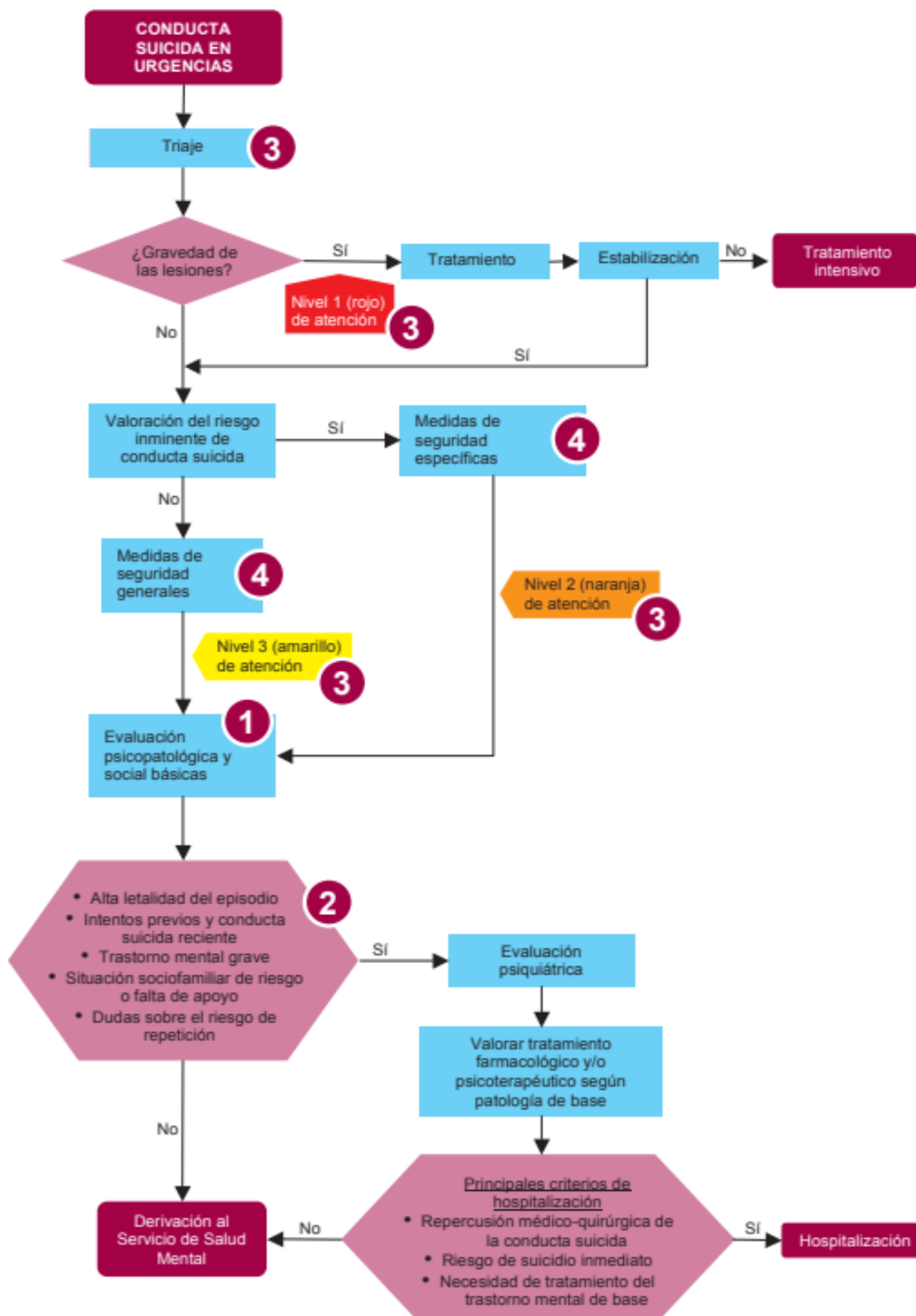
Annex 10: Circuit a seguir davant d'una mort per suïcidi dins o fora del centre educatiu(34).



Annex 11: Maneig de la conducta suïcida en l'atenció primària(1).



Annex 12: Maneig de la conducta suïcida en el servei d'urgències hospitalàries(1).



Annex 13: Resum de les 5 recomanacions HAT (27).

Recomendación A

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales universales dirigidas a todos los adolescentes. Estas intervenciones promueven una buena salud mental, a la vez que previenen y reducen el comportamiento suicida, los trastornos mentales (como la depresión y la ansiedad), las conductas problemáticas de agresividad o de oposición y el consumo de sustancias.

Fuerza de la recomendación: Fuerte.

Certeza de las pruebas: Baja.

Observaciones importantes: En vista de las pruebas disponibles, las intervenciones deberían centrarse en el aprendizaje social y emocional e incorporar aspectos como, por ejemplo, la regulación emocional, la resolución de problemas, las aptitudes interpersonales, la atención consciente, la asertividad y la gestión del estrés (7).

Justificación: En muchos casos se rebajó la certeza de las pruebas porque los estudios estaban sujetos al riesgo de sesgo, tanto por la dificultad de enmascaramiento de las intervenciones como por la dependencia de resultados comunicados por los propios interesados, dos fenómenos que son muy habituales en este tipo de estudios de intervención. Sin embargo, se emitió una recomendación fuerte a pesar de la escasa certeza de las pruebas, porque los resultados de los estudios se consideraron muy coherentes y porque se llegó a la conclusión de que se podían obtener beneficios significativos que superaban con creces los posibles daños. Además, la recomendación se sustentó en varias consideraciones sobre valores, viabilidad y costoeficacia. Las intervenciones universales en las escuelas pueden ser más fáciles de ejecutar y es menos probable que provoquen estigmatización, en comparación con las intervenciones que requieren una selección de participantes. Cuando se realizan en las escuelas, las intervenciones pueden abordar varios factores de riesgo y ayudar a gran parte de los adolescentes, a la vez que les proporcionan aptitudes básicas para promover la salud mental y prevenir las conductas de riesgo.

Recomendación B:

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes que viven en un contexto de emergencia humanitaria.

Esas intervenciones son especialmente beneficiosas para prevenir los trastornos mentales (depresión, ansiedad y trastornos relacionados específicamente con el estrés) y cabe plantearse para reducir el consumo de sustancias entre adolescentes.

Fuerza de la recomendación: Fuerte en lo tocante a la reducción de síntomas o a la prevención de los trastornos mentales (depresión, ansiedad y trastornos relacionados específicamente con el estrés). Condicional en lo referente al consumo de sustancias.

Certeza de las pruebas: Baja.

Observaciones importantes: Los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias han recibido y reciben intervenciones psicosociales de lo más diversas. Hay que tener en cuenta la naturaleza heterogénea de las experiencias relacionadas con los sucesos de emergencia. Por consiguiente, es importante interpretar los resultados de los estudios con cautela. Las pruebas disponibles apuntan a que la gestión del estrés, las estrategias de relajación y el cuidado del bienestar de la persona encargada de ejecutar la intervención son los componentes que se traducen en mayor efectividad. En el caso de los adolescentes que han estado muy expuestos a situaciones traumáticas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) centrada en el trauma ha demostrado efectos positivos en la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (8,9). Se ha demostrado que las intervenciones de TCC en grupo surten efectos positivos en los síntomas de otros adolescentes expuestos a sucesos estresantes (10).

Justificación: En muchos casos se rebajó la certeza de las pruebas porque los estudios estaban sujetos al riesgo de sesgo, tanto por la dificultad de enmascaramiento de las intervenciones como por la dependencia de resultados comunicados por los propios interesados, dos fenómenos que son muy habituales en este tipo de estudios de intervención. Sin embargo, pese a la baja certeza de las pruebas, poner en práctica intervenciones psicosociales encaminadas a reducir los síntomas de los trastornos mentales se planteó como una recomendación fuerte, puesto que los beneficios clínicos que se pueden obtener superan con creces los posibles daños. Además, entran en juego consideraciones importantes sobre valores, equidad y viabilidad que sugieren que los programas de prevención de las enfermedades mentales deben dar prioridad a los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias. Las pruebas corroboran la idea de que todos los adolescentes deben tener acceso a intervenciones psicosociales universales. La alta prevalencia de trastornos mentales entre los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias, así como la enorme brecha terapéutica que impera en esos entornos, hacen que los argumentos a favor de la aplicación de intervenciones psicosociales en esta población resulten aún más convincentes. No obstante, es preciso tener en cuenta el perfil de los adolescentes y su diferente nivel de exposición, dada la heterogeneidad de experiencias y circunstancias.

La mayoría de los estudios se realizaron en países de ingresos medianos y bajos; una tercera parte examinó las intervenciones realizadas por no especialistas. Por ende, las conclusiones son directamente pertinentes en los entornos en los que viven la mayoría de los adolescentes expuestos a emergencias humanitarias.

Recomendación C

Debería plantearse la posibilidad de introducir intervenciones psicosociales dirigidas a adolescentes embarazadas y a progenitores adolescentes, especialmente con el fin de promover una buena salud mental (funcionamiento intelectual y bienestar mental) y mejorar su asistencia a la escuela.

Fuerza de la recomendación: Condicional.

Certeza de las pruebas: Baja.

Observaciones importantes: En vista de las pruebas disponibles, cabe plantearse la posibilidad de ofrecer a las adolescentes embarazadas y a las madres adolescentes programas cognitivo-conductuales de fortalecimiento de competencias (11).

Recomendación D

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales dirigidas a los adolescentes con síntomas emocionales.

Fuerza de la recomendación: Fuerte en lo tocante a la reducción de síntomas de depresión/ansiedad, a la prevención de trastornos mentales (depresión y ansiedad) y a la promoción de una buena salud mental. Condicional en lo que respecta a mejorar la asistencia a la escuela.

Certeza de las pruebas: Muy baja.

Observaciones importantes : Teniendo en cuenta las pruebas disponibles, cabe plantearse la posibilidad de poner en práctica TCC en grupo para las adolescentes con síntomas emocionales (12).

Justificación: En muchos casos se rebajó la certeza de las pruebas porque los estudios estaban sujetos al riesgo de sesgo, tanto por la dificultad de enmascaramiento de las intervenciones como por la dependencia de resultados comunicados por los propios interesados, dos fenómenos que son muy habituales en este tipo de estudios de intervención. Sin embargo, pese a que la certeza de las pruebas se calificó como muy baja, se emitió una recomendación fuerte de reducir los síntomas de depresión o ansiedad y prevenir los trastornos mentales (depresión y ansiedad) así como de promover una buena salud mental en los adolescentes con problemas emocionales. El motivo es que los beneficios compensan los daños potenciales. Además, entran en juego consideraciones importantes sobre valores, equidad y costoeficacia que justifican invertir en intervenciones específicas para este grupo de riesgo. La mala salud mental de los adolescentes es un factor de riesgo fundamental que puede desencadenar problemas de salud física y mental más adelante. Se ha demostrado que es crucial intervenir cuanto antes en los adolescentes que presentan problemas emocionales, para prevenir la progresión de los problemas de salud mental y mejorar sus trayectorias vitales y sanitarias.

Recomendación E

Deberían ofrecerse intervenciones psicosociales específicas dirigidas a los adolescentes con conductas problemáticas o comportamientos de oposición. Estas intervenciones reducen las conductas agresivas y problemáticas y el comportamiento de oposición, previenen los trastornos mentales (depresión y ansiedad) y promueven una buena salud mental. Las intervenciones deben realizarse con cautela para evitar que aumente el consumo de sustancias entre los adolescentes con conductas problemáticas o comportamientos de oposición.

Fuerza de la recomendación: Condicional.

Certeza de las pruebas: Muy baja.

Observaciones importantes: Según las pruebas disponibles, en adolescentes que corren el riesgo de sufrir un trastorno de la conducta o a los que se les ha diagnosticado dicho trastorno, las intervenciones más eficaces son las que incluyen la formación para los progenitores basada en enfoques de aprendizaje social, y la formación social, cognitiva, de resolución de problemas y de aptitudes interpersonales para los adolescentes. También se pueden realizar intervenciones multimodales tanto para los adolescentes como para sus progenitores, basadas en un modelo de aprendizaje social (13).