

Elizabeth Suárez-Soto^{1,2}
Noemí Pereda^{1,3}
Geogina Guilera^{1,3}

Ideación y conducta suicida en adolescentes españoles durante la pandemia COVID-19: Un estudio exploratorio

¹ Grupo de Investigación en Victimización Infantil y Adolescente (GReVIA), Universitat de Barcelona, España

² Universidad Internacional de Valencia, España

³ Instituto de Neurociencias (UBNeuro) Universitat de Barcelona, España

RESUMEN

Introducción. La pandemia derivada del SARS-CoV-2 y sus medidas de contención, principalmente el distanciamiento físico y el aislamiento, están teniendo consecuencias perjudiciales para la salud mental de la población infantojuvenil en todo el mundo.

Objetivo. El objetivo fue identificar aquellas variables sociodemográficas, de victimización y de resiliencia asociadas con la conducta suicida en adolescentes españoles desde el inicio de la pandemia.

Metodología. La muestra la configuran 163 adolescentes, de 14 a 17 años ($M = 15,81$; $DT = 1,03$). Los participantes completaron la escala DetectaWeb-Distress, el Juvenile Victimization Questionnaire y el Adolescent Resilience Questionnaire para la evaluación de la tendencia al suicidio, la victimización y la resiliencia, respectivamente.

Resultados. Un 20,8% del total de participantes expresaron haber pensado en quitarse la vida desde el inicio del confinamiento. Otro 22,6% expresó haber pensado en algún método para hacerlo. Por último, un 7,4% expresó haber intentado quitarse la vida. Las víctimas de victimización psicológica tuvieron cinco veces más posibilidades de presentar conducta suicida y, por el contrario, recibir apoyo del entorno confirió resistencia ante el suicidio.

Conclusiones. Este estudio ofrece evidencia preliminar de que la pandemia COVID-19 puede estar contribuyendo a la conducta suicida en adolescentes españoles. Si bien aún es pronto para reconocer con seguridad la profunda huella

de la pandemia en diferentes ámbitos y, en particular, en las muertes autoprovocadas, es incuestionable que la crisis de salud ha revelado la urgente necesidad de diseñar e implementar planes de prevención del suicidio.

Palabras clave. COVID-19; España; adolescentes; ideación suicida; conducta suicida; suicidio

SUCIDAL IDEATION AND BEHAVIOUR IN SPANISH ADOLESCENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EXPLORATORY STUDY

ABSTRACT

Background. The COVID-19 pandemic and its related containment measures, mainly physical distancing and isolation, are having detrimental consequences on the mental health of the juvenile infant population worldwide. **Objective.** The objective was to identify those sociodemographic variables, victimization and resilience associated with suicidal behavior in Spanish adolescents since the beginning of the pandemic.

Method. The sample was comprised by 163 adolescents, aged 14 to 17 years ($M = 15.81$; $SD = 1.03$). Participants completed The DetectaWeb-Distress scale, the Juvenile Victimization Questionnaire, and the Adolescent Resilience Questionnaire for assessment of suicidality, victimization and resilience, respectively.

Results. 20.8% of the total participants expressed having thought about taking their own lives since the beginning of the confinement. Another 22.6% expressed having thought of some form or method to kill themselves. Finally, 7.4% expressed having tried to kill themselves. Victims of psychological abuse were five times more likely to present suicidal behavior and, on the contrary, to receive support from the environment confirmed resistance to suicide.

Autora de correspondencia:

Elizabeth Suárez Soto, Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Passeig Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona, España. Tel. +34 933125113. E-mail: ps.elizabethsuarez@gmail.com

Conclusions. This study offers preliminary evidence that the COVID-19 pandemic may be contributing to suicidal behaviors in Spanish adolescents. Although it is still too early to safely recognize the deep footprint of the pandemic in different areas and, in particular, in self-caused death, it is unquestionable that the health crisis has revealed the urgent need to design and implement suicide prevention plans.

Key words. COVID-19; Spain; adolescents; suicidal ideation; suicide attempt; suicide

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte en jóvenes a nivel mundial. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, unas 800.000 personas deciden quitarse la vida cada año en el mundo, lo que supone una muerte cada 40 segundos¹. En España durante el 2020 han fallecido por suicidio 3.941 personas, una media de casi 11 personas al día, siendo la segunda causa de muerte no natural en adolescentes españoles. Es la primera vez que España alcanza la cifra de 14 suicidios al año de menores de 15 años, duplicando los casos del 2019. Así, 2020 se convierte en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen registros².

Sin embargo, este fenómeno no se reduce únicamente a la tasa de defunciones, es decir, la muerte por suicidio, sino también a la ideación y conducta suicida previa, lo que puede significar el desconocimiento de la situación real y su problemática subyacente. De hecho, en España, según los datos recogidos por la Fundación ANAR³ durante las primeras semanas de confinamiento, la ideación e intentos suicidas en la población juvenil española aumentaron de una media del 1,9% en el año anterior al 8% en el contexto del encierro. Este incremento de las ideas e intentos de suicidio en los jóvenes también se han constatado en otros trabajos nacionales⁴ e internacionales⁵⁻⁷ en los periodos de mayor intensificación de medidas restrictivas para el control de la pandemia. Un reciente metanálisis conducido por Dubé et al. (2021) que incluyó 54 estudios de 52 países con una muestra total de 308.596, muestra mayores tasas de ideación suicida (10,81%), intentos (4,68%) y autolesiones (9,63%) en comparación al periodo previo a la pandemia, principalmente en personas jóvenes y mujeres⁸.

Con respecto a los estudios que han abordado las muertes por suicidio en jóvenes en tiempo de COVID-19, han mostrado resultados que no siempre van en la misma línea. Así, en un estudio internacional en que se analizaron 37 casos de suicidio durante la pandemia relativos a 11 países⁹, se encontró que más de la mitad fueron cometidos por adolescentes varones con una edad promedio de 16,6 años. Los

principales motivos estuvieron vinculados a síntomas de depresión y sentimientos de soledad, la educación en línea o angustia académica, la adicción a las redes sociales como TikTok y el miedo al contagio. Otra investigación relevante con adolescentes norteamericanos de 11 a 18 años con trastornos mentales¹⁰ mostró un mayor riesgo de suicidio durante la pandemia en comparación con los datos obtenidos en informes clínicos de meses anteriores, informando, a su vez, de una correlación significativa entre la ideación suicida y los factores estresantes, tales como la falta de celebración de eventos especiales (por ejemplo, fiestas de cumpleaños o actos escolares) o conflictos en el hogar relacionados con la COVID-19.

Dada la gravedad de este fenómeno, investigaciones recientes¹¹⁻¹³ han intentado explorar los factores relacionados con el aumento de las tasas de suicidio y conducta suicida como, por ejemplo, las medidas de confinamiento y distanciamiento social. Este factor de riesgo pudo intensificarse en los adolescentes¹⁴ debido a su creciente necesidad de independencia del adulto y conexión con sus compañeros¹⁵. Así, el aislamiento, además de la disminución del contacto social y el confinamiento en un espacio limitado, están relacionados con un aumento de los síntomas depresivos, baja autoestima y pensamientos e intentos suicidas¹⁶. Por otro lado, algunos autores agregan como factor de riesgo muy relevante para el suicidio juvenil, la posible escalada de violencia que la crisis derivada de la COVID-19 puede generar dentro de las familias. De hecho, experiencias previas en situaciones similares han demostrado la amenaza potencial de la violencia intrafamiliar para el aumento de estas tasas¹⁷⁻¹⁸.

Sin embargo, a diferencia de los estudios anteriores, trabajos en Japón¹⁴ y en Francia¹⁹ han encontrado una disminución en la incidencia de conductas suicidas en niños, niñas y jóvenes desde el inicio de la pandemia, lo que podría estar relacionado con factores protectores como la resiliencia. Existe evidencia que sustenta esta información dado que se ha observado que, en situaciones de alto estrés, como en el caso de la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2, las personas han podido apoyarse las unas a las otras y este apoyo podría considerarse como preventivo en relación con la intención suicida²⁰.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio exploratorio han sido (a) conocer la prevalencia de ideación, plan e intentos de suicidio en adolescentes españoles (entre 14 y 17 años) desde el inicio de la pandemia por COVID-19, (b) Identificar aquellas variables sociodemográficas, experiencias de victimización y variables de resiliencia relacionadas con la ideación y conducta suicida durante el periodo de confinamiento y desescalada.

Las experiencias de victimización refieren a aquellos actos en los que un adolescente es dañado o perjudicado por el comportamiento de otra persona o grupo de personas contrario a las normas morales socialmente establecidas²². A su vez, las variables de resiliencia hacen referencia a los recursos protectores individuales y sociales que dispone el adolescente para hacer frente a situaciones adversas que pueda experimentar²¹.

MÉTODO

Participantes

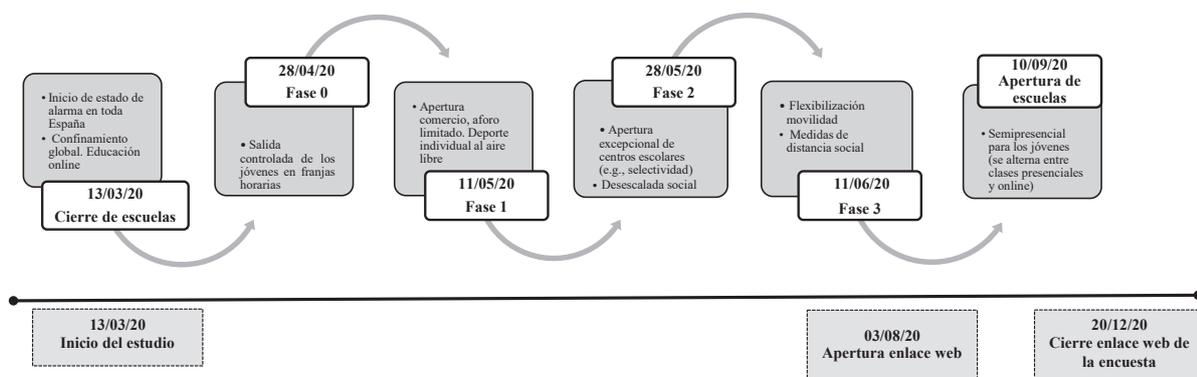
La muestra está formada por 163 adolescentes residentes en España (65,6% chicas, 32,5% chicos, una persona que se identificó con otro género, y un 1,2% que prefirieron no responder). Los participantes tenían entre 14 y 17 años ($M = 15,81$; $DT = 1,03$). Respecto a su orientación sexual, un 66,3% manifestaron ser heterosexuales, un 6,1% homosexuales, un 19,6% bisexuales, un 1,2% pansexuales, un 1,2% se identificaron con otras orientaciones sexuales, y un 5,5% prefirieron no responder. La mayoría de los participantes residían en Catalunya (63%), seguidos por la Comunidad Valenciana (18,4%), Comunidad Autónoma de Madrid (4,9%), Islas Canarias (4,3%), Andalucía (2,5%), Aragón (1,8%), Galicia (1,8%), Extremadura (1,2%), Asturias (0,6%), y Castilla y León (0,6%).

En cuanto a las características del lugar en el que residieron los participantes desde el inicio del confinamiento, la mayoría de viviendas disponían de algún espacio exterior (92,6%) siendo este en el 40,5% un balcón, en el 46,6% una terraza, patio o jardín de uso exclusivo, y en el 14,7% de uso comunitario. El 7,4% de los adolescentes de la muestra no dispuso de ningún espacio exterior durante el confinamiento. No hubo una asociación significativa entre "acceso al

exterior" (i.e., terraza, patio o jardín de uso exclusivo) y conducta suicida ($\chi^2(1) = 3,06$; $p = 0,11$). Respecto al núcleo de convivencia, los participantes vivían con una media de 3,09 ($DT = 1,09$) personas más. Un 14,1% de los participantes dijo que alguien de su familia o ellos mismos habían tenido coronavirus, mientras que ocho respondieron que no lo sabían (4,9%). No hubo una asociación significativa con conducta suicida ($\chi^2(1) = 3,33$; $p = 0,08$).

Procedimiento

Respetando las directrices del Comité de Bioética y el delegado de Protección de Datos de la Universidad de Barcelona, se difundió el enlace web a la encuesta a través de las páginas de la organización Save the Children y del grupo de investigación GREVIA, así como en las redes sociales oficiales de Twitter, Facebook o Instagram vinculadas. La encuesta utilizó como especificador temporal en cada pregunta como fecha de inicio marzo de 2020 (inicio del confinamiento) hasta el 20 de diciembre de 2020 (véase Figura 1). Los participantes fueron autoseleccionados, teniendo que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: a) tener entre 14 y 17 años en el momento de responder al cuestionario, dada la importante incidencia de suicidios en estas edades; b) residir en España al inicio de la pandemia; y c) dar su consentimiento a la participación voluntaria, habiendo sido informados de las implicaciones que tenía su participación en el estudio. En aquellos casos en los que los participantes reportaron haber experimentado alguno de los tipos de victimización severa que implican la obligación del equipo investigador de notificarlos (i.e., malos tratos graves por parte de cuidadores principales y abuso sexual) se activó el proceso de notificación a las autoridades correspondientes. También se ofrecieron recursos especializados a quienes presentaban conducta suicida.



Nota. La duración de las fases de desconfiamento fueron como mínimo de dos semanas cada una y el avance fue condicionado a indicadores de salud pública. Las fechas son referenciales, pueden variar ligeramente según la comunidad autónoma.

Figura 1

Cronología de los hitos y restricciones en España durante el periodo del estudio

Instrumentos

El protocolo de recolección de datos, diseñado a través de una plataforma en línea, incluyó las siguientes secciones:

Características sociodemográficas

Se recogieron diversas informaciones relacionadas con las características sociodemográficas y de la COVID-19. Para este estudio se utilizaron solo algunos datos específicos de los adolescentes (sexo, edad y orientación sexual), así como información específica de la situación de confinamiento (disponer de espacio exterior en el hogar y diagnóstico de COVID-19).

Conducta suicida

La escala DetectaWeb-Distress²³ es un instrumento de detección en línea autoinformado que consta de 30 ítems que evalúan problemas asociados con la angustia emocional infantil, incluida la tendencia al suicidio. Los ítems presentan un formato de respuesta calificado con cuatro opciones (es decir, 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo y 3 = siempre). Para evaluar la conducta suicida, se pidió a los participantes que respondieran a tres ítems de esta escala (i.e., "¿Alguna vez has pensado en quitarte la vida?"; "¿Alguna vez has pensado en alguna forma de intentar suicidarte?"; "¿Alguna vez has intentado suicidarte?"). El alfa de Chronbach para la puntuación total de conducta suicida fue de 0,89 en este estudio.

Victimización

El Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ²⁴) es un cuestionario de 36 ítems diseñado con la finalidad de evaluar múltiples victimizaciones experimentadas por niños, niñas y adolescentes de entre 8 y 18 años. En este estudio, se incluyeron 2 ítems sobre victimización por cuidadores (i.e., maltrato físico y maltrato psicológico), 2 ítems sobre victimización por pares (i.e., agresión física y agresión relacional o verbal), 2 sobre victimización sexual (i.e., por algún adulto del entorno y por algún igual), 3 sobre exposición a violencia familiar, y 2 ítems sobre victimización electrónica (i.e., ciberacoso y solicitud sexual online). El formato de respuesta para cada ítem es binario (No = 0; Sí = 1). Cabe mencionar que para este estudio se agruparon los ítems referidos a haber sido dañados físicamente o heridos por otra persona, denominando a esta nueva variable como *victimización física*, conformada por 4 ítems. Una segunda variable creada fue la *victimización psicológica*, referida a quiénes habían sido intimidados, controlados o heridos psicológicamente por otra persona (7 ítems). También se substituyó el especificador temporal

"en el último año" por "desde el inicio del confinamiento, es decir, desde que se cerraron las escuelas" en cada uno de los ítems. Las propiedades psicométricas de la versión española de este instrumento son adecuadas²⁵.

Resiliencia

El Adolescent Resilience Questionnaire (ARQ²⁶) permite identificar los recursos de resiliencia disponibles en los adolescentes, tanto individualmente, como en su contexto social más amplio. En este estudio se incluyeron 10 ítems agrupados en aquellos relativos a *recursos propios* (4 ítems), obteniendo un alfa de Cronbach de 0,55. Y aquellos relativos a *recursos del entorno* (6 ítems), con un valor alfa de Cronbach de 0,62. Los ítems del cuestionario se puntúan siguiendo una escala de respuesta graduada de cinco puntos que va desde 'casi nunca' (1) a 'casi siempre' (5). En el presente estudio se substituyó el especificador temporal "en los últimos seis meses" de cada ítem por "desde el inicio del confinamiento". La versión española presenta adecuadas propiedades psicométricas²⁷.

Análisis de datos

Para el primero de los objetivos, se contabilizaron los participantes que respondieron cada una de las opciones de respuesta de los tres ítems sobre conducta suicida. Para el abordaje del segundo objetivo, se generaron dos nuevas variables: a) pertenencia a LGB+, creada a partir de la variable orientación sexual, donde se diferenció entre 'jóvenes heterosexuales' y 'jóvenes homosexuales, bisexuales, pansexuales u otra orientación (LGB+)'; y b) conducta suicida, que se refiere a la presencia de cualquier fenómeno suicida (i.e., haber respondido 'A veces', 'A menudo' o 'Siempre' en cualquiera de los tres ítems de conducta suicida). Segundo, se realizaron dos tipos de análisis. Por un lado, se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, de victimización y de resiliencia de los grupos sin y con conducta suicida. Se obtuvieron medidas de asociación bivariada o de comparación de grupos entre estas variables y la presencia o ausencia de conducta suicida; concretamente se emplearon la prueba chi-cuadrado para las variables sociodemográficas y de victimización, la prueba *t* de comparación de medias para las puntuaciones totales de resiliencia y la prueba U de Mann-Whitney de comparación de rangos para los ítems de resiliencia, las cuales se acompañaron, respectivamente, del coeficiente ϕ , la *d* de Cohen y η^2 . Por otro lado, para analizar la contribución relativa de las características sociodemográficas, de victimización (victimización psicológica y victimización física) y de resiliencia (recursos propios y recursos del entorno) en la conducta suicida, se realizó un análisis de regresión logística binaria, tras constatar que los valores de tolerancia y del

factor de inflación de la varianza indicaron que no existía multicolinealidad entre las variables predictoras. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico IBM-SPSS 25.

RESULTADOS

Descriptivos de la ideación suicida, plan e intentos de suicidio

De la muestra total, 45 participantes (27,6%) informaron haber presentado algún tipo de conducta suicida desde el inicio del confinamiento. Específicamente, como se muestra en la Tabla 1, 33 participantes (20,8%) expresaron haber pensado en quitarse la vida y cuatro de ellos (3,7%) reportaron hacerlo 'A menudo'. Otros 37 jóvenes (22,6%) expresaron haber pensado en alguna forma para quitarse la vida y cinco de ellos (3,7%) reportaron hacerlo 'A menudo' o 'Siempre'. Finalmente, 12 adolescentes (7,4%) expresaron haber intentado quitarse la vida y tres de ellos (1,8%) reportaron hacerlo 'Siempre'. Tres participantes no respondieron (ver Tabla 1).

Tabla 1		Descriptivos de la ideación suicida, plan e intentos de suicidio		
		Total ^a n (%)	Chicos n (%)	Chicas n (%)
Ideación suicida	Nunca	127 (79,4)	44 (83,0)	83 (77,6)
	A veces	29 (18,1)	9 (16,9)	20 (18,7)
	A menudo	2 (1,3)	0 (0,0)	2 (1,9)
	Siempre	2 (1,3)	0 (0,0)	2 (1,9)
	No responde	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plan suicida	Nunca	125 (76,7)	40 (75,5)	83 (77,6)
	A veces	32 (19,6)	12 (22,6)	20 (18,7)
	A menudo	2 (1,2)	1 (1,9)	1 (0,9)
	Siempre	3 (1,8)	0 (0,0)	3 (2,8)
Intentos de suicidio	No responde	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Nunca	149 (91,4)	50 (94,3)	97 (90,7)
	A veces	9 (5,5)	2 (3,8)	7 (6,5)
	A menudo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Siempre	3 (1,8)	0 (0,0)	3 (2,8)
	No responde	2 (1,2)	1 (1,9)	0 (0,0)

Nota^a. n total es de 160 participantes, tres jóvenes han preferido no responder.

Características sociodemográficas, de victimización y de resiliencia de los grupos sin y con conducta suicida

En la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas, de victimización y de resiliencia de los grupos sin y con conducta suicida. Como puede constatar, no se observó una asociación significativa entre el sexo y la conducta suicida, mientras que la orientación sexual tuvo una relación estadísticamente significativa con la presencia de conducta suicida ($\chi^2(1) = 4,64; p < 0,05; \phi = 0,31$), siendo más frecuente en el grupo de jóvenes heterosexuales ($n = 24, 53,3\%$) que entre el grupo de jóvenes LGB+ ($n = 21, 46,7\%$). No se aprecian diferencias de acuerdo a la edad ($t(161) = 0,095, p = 0,92$) entre el grupo con conducta suicida ($M = 15,82; DT = 1,02$) y sus pares sin dicha conducta ($M = 15,81; DT = 1,03$).

En cuanto al haber vivido algún tipo de victimización durante el confinamiento se aprecia una asociación estadísticamente significativa con la presencia de conducta suicida ($\chi^2(1) = 11,4; p < 0,01; \phi = 0,27$). Concretamente, un 53,3% de los participantes con tendencia suicida expresaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia interpersonal. Referente a la victimización psicológica, observamos que más de la mitad de los participantes con conducta suicida ($n = 24, 53,3\%$) informaron también haber sido dañados psicológicamente, controlados o intimidados por otra persona desde el inicio del confinamiento, siendo esta asociación estadísticamente significativa ($\chi^2(1) = 14,0; p < 0,01; \phi = 0,29$). No se evidencia una relación entre la victimización física y la conducta suicida. Atendiendo a los módulos específicos de victimización, únicamente la victimización por cuidadores ($\chi^2(1) = 15,02; p < 0,01; \phi = 0,30$) y la victimización electrónica ($\chi^2(1) = 9,02; p < 0,05; \phi = 0,24$) se asociaron significativamente con la conducta suicida. Por el contrario, los otros tipos de violencia interpersonal, como la victimización por iguales/hermanos, victimización sexual y haber estado expuesto a violencia no tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la variable de estudio.

Respecto a la resiliencia, en tanto que *recursos propios*, podemos ver que la mayoría de jóvenes con conducta suicida obtuvo una puntuación media más baja ($M = 13,44; DT = 2,93$) en comparación con sus pares sin estas conductas ($M = 14,56; DT = 2,79$), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t(161) = 2,27; p < 0,05; d = 0,39$). En cuanto a los *recursos del entorno* o apoyo social que encuentran los jóvenes, el grupo con conducta suicida presenta un nivel inferior ($M = 18,58; DT = 4,75$) en comparación con sus pares ($M = 22,23; DT = 4,09$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(161) = 4,88; p < 0,01; d = 0,82$) (para mayor detalle ver la Tabla 2).

Tabla 2	Características sociodemográficas y relacionadas con la COVID-19, de victimización y de resiliencia en el grupo sin y con conducta suicida					
	Sin conducta suicida		Con conducta suicida		Estadístico	Tamaño del efecto
	n = 118	n = 45	n	%		
	n	%	n	%		
Características sociodemográficas						
Sexo						
Masculino	37	31,9	16	36,4	$\chi^2(1) = 0,28$	$\phi = 0,42$
Femenino	79	68,1	28	63,6		
Orientación sexual						
Heterosexual	84	71,2	24	53,3	$\chi^2(1) = 4,64^*$	$\phi = 0,31$
LGB+ (i.e., homosexual, bisexual, pansexual)	34	28,8	21	46,7		
Experiencias de victimización						
Victimización por cuidadores						
Sí	5	4,2	11	24,4	$\chi^2(1) = 15,02^{**}$	$\phi = 0,30$
No	113	95,8	34	75,6		
Victimización por iguales/hermanos						
Sí	11	9,3	5	11,1	$\chi^2(1) = 0,11$	$\phi = 0,27$
No	107	90,7	40	88,9		
Victimización sexual						
Sí	0	0	1	2,2	$\chi^2(1) = 2,63$	$\phi = 0,13$
No	118	100	44	97,8		
Exposición a violencia						
Sí	1	0,8	2	4,4	$\chi^2(1) = 2,33$	$\phi = 0,12$
No	117	99,2	43	95,6		
Victimización electrónica						
Sí	17	14,4	16	35,6	$\chi^2(1) = 9,02^*$	$\phi = 0,24$
No	101	85,6	29	64,4		
Alguna victimización						
Sí	30	25,4	24	53,3	$\chi^2(1) = 11,4^*$	$\phi = 0,27$
No	88	74,6	21	46,7		
Victimización psicológica						
Sí	27	22,9	24	53,3	$\chi^2(1) = 14,0^*$	$\phi = 0,29$
No	91	77,1	21	46,7		
Victimización física						
Sí	8	6,8	5	11,1	$\chi^2(1) = 0,83$	$\phi = 0,07$
No	110	93,2	40	88,9		
	<i>M (SD) o Mdn (RIQ)</i>		<i>M (SD) o Mdn (RIQ)</i>		Estadístico	Tamaño del efecto
Edad	15,81 (1,03)		15,82 (1,02)		$t(161) = 0,09$	$d = 0,01$
Resiliencia						
Recursos propios						
Sentirse optimista	14,56 (2,79)		13,44 (2,93)		$t(161) = 2,27^*$	$d = 0,39$
Intentar aprender	<i>Mdn = 3,00 (1)</i>		<i>Mdn = 3,00 (2)</i>		$U = 2112,00^*$	$\eta^2 = 0,03$
Saber dónde pedir ayuda	<i>Mdn = 3,00 (1)</i>		<i>Mdn = 4,00 (1)</i>		$U = 2540,00$	$\eta^2 = 0,00$
Saber adaptarse a los cambios	<i>Mdn = 4,00 (2)</i>		<i>Mdn = 3,00 (2)</i>		$U = 1803,00^{**}$	$\eta^2 = 0,06$
	<i>Mdn = 4,00 (2)</i>		<i>Mdn = 4,00 (2)</i>		$U = 2471,00$	$\eta^2 = 0,00$
Recursos del entorno						
Familiar						
Sentirse cercano a alguien de la familia	22,23 (4,09)		18,58 (4,75)		$t(161) = 4,88^{**}$	$d = 0,82$
Poder hablar con alguien de la familia de los problemas	<i>Mdn = 5,00 (2)</i>		<i>Mdn = 3,00 (2)</i>		$U = 1574,50^{**}$	$\eta^2 = 0,09$
	<i>Mdn = 5,00 (2)</i>		<i>Mdn = 3,00 (3)</i>		$U = 1689,50^{**}$	$\eta^2 = 0,08$
Iguales						
Estar contento/a con el grupo de amigos	<i>Mdn = 5,00 (1)</i>		<i>Mdn = 4,00 (2)</i>		$U = 2157,50^*$	$\eta^2 = 0,02$
Tener amigos en quien confiar pensamientos y sentimientos	<i>Mdn = 5,00 (1)</i>		<i>Mdn = 5,00 (2)</i>		$U = 2215,00^*$	$\eta^2 = 0,02$
Escuela						
Contar con el apoyo de un profesor/a	<i>Mdn = 3,00 (2)</i>		<i>Mdn = 3,00(3)</i>		$U = 2248,00$	$\eta^2 = 0,01$
Comunidad						
Contar con un adulto en el barrio para hablar si hay un problema	<i>Mdn = 2,00 (3)</i>		<i>Mdn = 1,00 (1)</i>		$U = 1912,00^{**}$	$\eta^2 = 0,05$

Nota: La significación se indica con asteriscos * $p < ,05$, y ** $p < ,01$. Se aplicó la corrección exacta de Fisher-Freeman-Halton. El valor que acompaña la mediana (Mdn) en los sub-ítems de resiliencia corresponden al rango intercuartílico (RIQ).

Como se recoge en la Tabla 3, los resultados obtenidos en los análisis de regresión logística indicaron que fueron tres las variables que contribuyeron significativamente a la predicción de la conducta suicida (ver Tabla 3). Concretamente, los jóvenes con *orientación heterosexual* tienen el doble de probabilidades de presentar conducta suicida ($OR = 2,17$; IC 95% 0,95 - 5,00) que sus pares del grupo LGB+. Los participantes que reportaron *victimización psicológica* tuvieron cinco veces más probabilidad de presentar conducta suicida ($OR = 5,13$; IC 95% 2,06 - 12,73) que sus pares sin este tipo de victimización. En cambio, el dominio de resiliencia *recursos del entorno* se asoció a una menor probabilidad de aparición de dicha conducta ($OR = 0,82$; IC 95% 0,73 - 0,92). Atendiendo a la prueba de bondad de ajustes Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8) = 6,07$; $p = 0,63$), este modelo presentó un buen ajuste a los datos y explicó el 32% de la varianza en la predicción de la conducta suicida (Nagelkerke $R^2 = .315$).

Nuestro estudio pone de manifiesto que los adolescentes en contexto de pandemia presentan altos porcentajes de ideación suicida (20,8%), plan suicida (22,6%) e intentos de suicidio (7,4%), siendo estos porcentajes superiores a los datos registrados por la Fundación ANAR en población juvenil española al inicio del confinamiento³. Una investigación realizada en diferentes países europeos encontró una prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida en

adolescentes del 32,3%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio fue del 4,2%²⁸. Si bien estos resultados son similares a los encontrados en el presente estudio, cabe destacar que nuestro estudio se ha centrado en lo ocurrido en los nueve meses siguientes desde el inicio del confinamiento.

En este contexto, cabe destacar respecto a las tasas de suicidios, que la evidencia internacional actual es mixta y todavía existen pocas investigaciones sobre la distribución temporal de los suicidios relacionados con el confinamiento y las medidas de restricción social. Algunos estudios confirman un repunte generalizado de esta problemática²⁹⁻³², mientras que otros no han detectado un incremento e incluso reportan un descenso en las tasas de suicidio³³⁻³⁵. Estos resultados divergentes pueden indicar tanto un impacto diferencial entre territorios y grupos poblacionales como que los efectos más nocivos de la pandemia COVID-19 no son necesariamente visibles, inmediatos o universales y, del mismo modo, los recursos individuales, familiares y sociales para el afrontamiento del estrés y las tensiones que derivan de esta situación de crisis pueden moderar significativamente su efecto.

Respecto a los recursos de protección, nuestros resultados sugieren que percibir apoyo por parte del entorno es relevante para reducir el riesgo de conducta suicida en este grupo de jóvenes. Se valora positivamente que los jóvenes de este estudio expresen sentirse más cercanos a sus pares y familia, resultados que se encuentran en concordancia con otros estudios efectuados en este periodo^{21,36}. Por ejemplo, un estudio poblacional representativo realizado en el Reino Unido encontró que los participantes con conducta suicida informaron con mayor frecuencia recurrir a apoyos informales, como hablar con amigos o familiares, siendo mayor (32,6%) de lo que normalmente se informaba en investigaciones similares previas a la pandemia en ese país (21,7%)³⁷. Este aspecto tiene importantes implicaciones en el área de la prevención del suicidio¹².

Por otro lado, la evidencia científica pone de manifiesto que la salud mental de los jóvenes puede verse afectada por el cierre de las escuelas y la limitación de las relaciones con iguales⁵⁻⁷. Así, la crisis derivada por la COVID-19 se asocia con un incremento de factores de riesgo psicosociales, como son el aislamiento y la violencia intrafamiliar³⁸⁻³⁹. En este sentido, nuestro estudio destaca que la conducta suicida fue significativamente más frecuente en los adolescentes que reportaron haber sido víctimas de la violencia, tal como se ha observado tanto en estudios desarrollados antes⁴⁰ y durante la crisis de la COVID-19⁴¹. Asimismo, los participantes con antecedentes de victimización psicológica, es decir, quienes informaron haber sido intimidados, controlados o heridos psicológicamente por otra persona, exhibieron niveles más

Tabla 3			
Descriptivos de la ideación suicida, plan e intentos de suicidio			
VARIABLES (categoría de referencia)	β	OR	95% CI
Edad	0,041	0,96	[0,65 - 1,41]
Sexo (chico)	0,907	0,40	[0,16 - 1,01]
Orientación sexual (heterosexual)	0,777*	2,17	[0,95 - 5,00]
Victimización			
Victimización psicológica	1,634**	5,13	[2,06 - 12,73]
Victimización física	0,097	0,91	[0,24 - 3,45]
Resiliencia			
Recursos propios	-0,038	0,96	[0,82 - 1,13]
Recursos del entorno	-0,198**	0,82	[0,73 - 0,92]
Constante	3,945		

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval. La significación se indica con asteriscos * $p < ,05$; ** $p < ,01$. -2 log verosimilitud

altos de conducta suicida. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones recientes sobre los efectos negativos de la violencia en la salud mental de los jóvenes en período de confinamiento^{36,42}. Si bien no se puede presumir que la victimización psicológica indique más posibilidad de suicidio, y tampoco debe substituir la evaluación reflexiva de su riesgo, sí puede proporcionar una base eficiente para detectar a aquellos jóvenes con un mayor riesgo, para así poder hacer una evaluación adicional de la conducta suicida. Nuestro estudio también destaca la alta prevalencia de victimización electrónica encontrada en esta muestra. Resulta importante considerar los peligros del aumento de las interacciones *online* e informar a los adolescentes sobre la exposición que pueden representar⁴³, no solo a nivel de exposición a la violencia, sino también por los riesgos de adicción y de potenciación de conductas de riesgo, como la autolesión o consumo de sustancias.

Finalmente, en términos sociodemográficos, la literatura especializada ha destacado que el sexo es una característica sobresaliente en la comprensión de la conducta suicida. Las tasas de ideación e intentos de suicidio suelen ser más altas en las mujeres, mientras que la muerte por suicidio es más frecuente en los hombres⁴⁴. No obstante, nuestro estudio no encontró diferencias entre ambos grupos. En cambio, en nuestro estudio se encontró que los jóvenes con orientación heterosexual presentaron mayor prevalencia de conducta suicida que sus pares del grupo LGB+. Estos resultados difieren a lo encontrado en la literatura previa o en contexto pre-pandémico. Por ejemplo, una destacada revisión sistemática y metanálisis anterior encontró que los jóvenes LGB+ tenían mayor probabilidad de reportar intentos de suicidio que sus pares⁴⁵. Dentro de las posibles explicaciones para nuestros resultados podríamos hipotetizar que el cierre de las escuelas ha llevado a una menor presión social, y menos conflictos e intimidación entre compañeros. Esto puede tener un impacto positivo sustancial en el bienestar de algunos jóvenes vulnerables o minorías sexuales, y conducir a una disminución de las tasas de conducta suicida¹⁸. Basándonos en el modelo del estrés de las minorías, usado para entender cómo los factores socioculturales como el estigma, el prejuicio, y la discriminación hacia las minorías sexuales contribuyen a su malestar general⁴⁶, la no presencialidad en la escuela, en cierto modo, actuaría como un factor de protección frente a situaciones de acoso escolar, aliviando a los jóvenes de esta presión. Este argumento cobra especial sentido, si consideramos que en nuestro estudio la victimización por iguales no se ha vinculado a la conducta suicida. No obstante, sería recomendable replicar este estudio con una muestra más amplia y comparar ambos periodos, es decir, durante el confinamiento y desde la incorporación a las escuelas.

En general, los resultados sugieren la necesidad de realizar más estudios en España debido a las diferencias que podemos encontrar en las medidas tomadas por los distintos gobiernos o los diferentes estilos de afrontar el confinamiento a nivel mundial.

LIMITACIONES

El presente estudio presenta un sesgo de selección y una representatividad incierta de los resultados debido a la estrategia de muestreo de conveniencia por bola de nieve. Sin embargo, la difusión online de la encuesta y el acceso voluntario de aquellos que quisieran participar ha sido el medio más efectivo de contactar con los adolescentes españoles en este periodo. La evaluación se llevó a cabo únicamente mediante cuestionarios aplicados en línea, lo que supone que los resultados se basan solamente en el autorreporte de los adolescentes. Además, con la intención de adaptarse a la situación de confinamiento y optimizar el tiempo de administración del protocolo, se utilizaron algunos ítems de los instrumentos DetectaWeb, JVQ y ARQ. No obstante, estos instrumentos no han sido examinados psicométricamente en estas condiciones, más allá de obtener una medida de consistencia interna en el presente estudio. A pesar de todas estas limitaciones, nuestro trabajo es uno de los primeros estudios que ha preguntado directamente a los adolescentes españoles sobre ideación y conducta suicida así como por las victimizaciones ocurridas durante el período inicial de la pandemia por COVID-19, si bien las dificultades de acceso a los jóvenes y las restricciones del periodo de recogida de datos han impedido disponer de un amplio tamaño muestral.

CONCLUSIONES

La prevención del suicidio adolescente en la era COVID-19 es un tema de gran relevancia social. La adolescencia es una etapa del desarrollo de alta vulnerabilidad ante la conducta suicida debido a los desafíos que conlleva este período y a sus propias características y demandas, que se ven limitadas por las medidas tomadas para el control del virus. Se necesitan estudios sobre cómo se pueden mitigar las consecuencias para la salud mental durante y después de la pandemia COVID-19 en los más jóvenes.

Fuentes de financiación

Este estudio ha sido parcialmente financiado por la Institució Catalana de Recerca i Estudis Avançats, ICREA 2016.

Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés en el presente trabajo.

Agradecimientos

Las autoras desean agradecer a la organización Save the Children y a los miembros del GREVIA su contribución en la difusión de la encuesta y el desarrollo del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [Nota descriptiva]. Ginebra, Suiza: WHO; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Fundación ANAR. La fundación ANAR prevé que el 76,7% de los niños/as y adolescentes que se pusieron en contacto con ANAR durante el confinamiento tendrán problemas psicológicos durante la desescalada Disponible en: <https://www.anar.org/fundacion-anar-preve-76-ninos-adolescentes-contacto-anar-durante-confinamiento-problemas-psicologicos-desescalada/>
- Jerónimo MA, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, et al. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2021; 573: 7.
- Turner BJ, Robillard CL, Ames ME, Craig SG. Prevalence and correlates of suicidal ideation and deliberate self-harm in Canadian adolescents during the Coronavirus disease 2019 pandemic. *Can J Psychiatry.* 2021; 1-4.
- López LC, Steinmetz SB, Fong JC, Godoy. Suicidal risk and impulsivity-related traits among young Argentinean college students during a quarantine of up to 103-day duration: Longitudinal evidence from the COVID-19 pandemic. *Suicide Life Threat Behav.* 2021; sltb.12799.
- Yard L, Radhakrishnan MF, Ballesteros M, Sheppard A, Gates Z, Stein et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic – United States January 2019–May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021; 70: 888-894
- Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res.* 2021; 301:113998.
- Manzar MD, Albougami A, Usman N, Mamun MA. COVID-19 suicide among adolescents and youths during the lockdown: An exploratory study based on media reports. *Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2020; 1-8.
- Thompson EC, Thomas SA, Burke TA, Nesi J, MacPherson HA et al. Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically hospitalized adolescents pre-and post-COVID-19: A historical chart review and examination of contextual correlates. *J Affect Disord Rep.* 2021; 4:100100.
- Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(6): 468-471.
- Klomek AB. Suicide prevention during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(5): 390.
- Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm?. *JAMA Psychiatry.* 2020; 77(11): 1093-1094.
- Isumi A, Doi S, Yamaoka Y, Takahashi K, Fujiwara T. Do suicide rates in children and adolescents change during school closure in Japan?. The acute effect of the first wave of COVID-19 pandemic on child and adolescent mental health. *Child Abuse Negl.* 2020; 110; 104680.
- Brown BB, Larson J. Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner L, Steinberg (Eds.). *Handbook of adolescent psychology: Contextual influences on adolescent development: John Wiley & Sons, Inc.* 2009. p.74-103.
- Xu S, Su Z, Jiang S, Guo Q, Lu L, Liu et al. Prevalence and Risk Factors of Mental Health Symptoms and Suicidal Behavior Among University Students in Wuhan, China During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry.* 2021; 12: 695017.
- John A, Prikis J, Gunnell D, Appleby L, Morrisey J. Trend in suicide during the COVID-19 pandemic: prevention must be prioritised while we wait for a clearer picture. *BMJ.* 2020; 371:m4352.
- Hoekstra PJ. Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID-19 crisis. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 29: 737-738.
- Mourouvaye M, Botteman H, Bonny G, Fourcade L, Angoulvant F, Cohen JF. et al. Association between suicide behaviours in children and adolescents and the COVID-19 lockdown in Paris, France: a retrospective observational study. *Arch Dis Child.* 2020; 22: 320628
- Ayuso-Mateos JL, Morillo D, Haro JM, Olaya B, Lara E, et al. Changes in depression and suicidal ideation under severe lockdown restrictions during the first wave of the COVID-19 pandemic in Spain: A longitudinal study in the general population. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021; 30.
- Masten AS, Motti-Stefanidi F. Multisystem resilience for children and youth in disaster: Reflections in the context of COVID-19. *Adversity and Resilience Science.* 2020; 1(2): 95-106.
- Finkelhor D, Ormrod RK, Turner H. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl.* 2007; 31(1): 7-26.

23. García-Olcina M, Rivera-Riquelme M, Cantó-Díez TJ, Tomás-Berenguer MR, Bustamante R, Piqueras JA. Detección online de trastornos emocionales en población clínica de niños y adolescentes: Escala DetectaWeb-Malestar. *Rev psicol clín niños adolesc.* 2017; 4(3): 35-45.
24. Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod R, Turner H. The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity and national norms. *Child Abuse Negl.* 2005; 29(4): 383-412.
25. Pereda N, Gallardo-Pujol D, Guilera G. Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychol Violence.* 2018; 8(1): 76-86.
26. Gartland D, Bond L, Olsson CA, Buzwell S, Sawyer SM. Development of a multi-dimensional measure of resilience in adolescents: The Adolescent Resilience Questionnaire. *BMC Med Res Methodol.* 2011; 11:134.
27. Guilera G, Pereda N, Paños A, Abad J. Assessing resilience in adolescence: The Spanish adaptation of the Adolescent Resilience Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes.* 2015; 13(1): 1-9.
28. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M. et al. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World psychiatry.* 2014; 13(1): 78-86.
29. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet Psychiatry.* 2020; 395(10227): 912-920.
30. Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide ideation and attempts in a pediatric emergency department before and during COVID-19. *Pediatrics.* 2020; 147(3): e2020029280.
31. Tanaka T, Okamoto S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav.* 2021; 5(2): 229-238.
32. Gayete S, Giné A, Marcos S, Vidal MA, Ventura C. et al. Perfil sociodemográfico y clínico de las personas atendidas en el programa "Código Riesgo Suicidio de Cataluña". *Actas Esp Psiquiatr.* 2022; 50(2).
33. Leske S, Kólves K, Crompton D, Arensman E, de Leo D. Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *Lancet Psychiatry.* 2021; 8(1): 58-63.
34. Vantoros S, Theodorikakou O, Katsadoros K, Zafeiropoulou D, Kawachi I. No evidence of increase in suicide in Greece during the first wave of Covid-19. *MedRxiv.* 2020.
35. Mitchell TO, Li L. State-level data on suicide mortality during COVID-19 quarantine: early evidence of a disproportionate impact on racial minorities. *Psychiatry Res.* 2021; 295: 113629.
36. Janiri D, Doucet GE, Pompili M, Sani G, Luna B, Brent DA et al. Risk and protective factors for childhood suicidality: a US population-based study. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(4): 317-326.
37. Job E, Steptoe A, Fancourt D. Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic. *British J Psychiatry.* 2020; 217(4): 543-546.
38. Martínez Pérez A, Fernández-Fernández V, Alcántara-López M, López-Soler C, Castro Sáez M. Resultados preliminares del impacto de la COVID-19 en niños/as y adolescentes expuestos a maltrato intrafamiliar. *Ter Psicol.* 2020; 38(3): 427-445.
39. Lawson M, Piel MH, Simon M. Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. *Child Abuse Negl.* 2020; 110(2): 104709.
40. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. The effect of lifetime victimization of the mental health of children and adolescents. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 13-27.
41. Every-Palmer S, Jenkins M, Gendall P, Hoek J, Beaglehole B, Bell C, et al. Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2020; 15(11): e0241658.
42. Martínez Pérez A, Fernández-Fernández V, Alcántara-López M, López-Soler C, Castro Sáez M. Resultados preliminares del impacto de la COVID-19 en niños/as y adolescentes expuestos a maltrato intrafamiliar. *Ter Psicol.* 2020; 38(3): 427-445.
43. Deslandes SF, Coutinho, T. The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID 19 and the risks for self-inflicted violence. *Ciênc Saúde Colet.* 2020; 25:2479-2486.
44. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med.* 2020; 382: 266-74.
45. Miranda-Mendizábal A, Castellví P, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I. et al. Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *Brit J Psychiat.* 2017; 211(2): 77-87.
46. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003; 129(5): 674.