

Factores de Riesgo y Protección para la Mortalidad por Suicidio en Jóvenes: Una Revisión

Sistemática y Metanálisis Marie-Claude Geoffroy, PhD; Elizabeth Baker-Sullivan, MScPH; Nusrat Jahan Nitu, MBBS; Alessia Civita, BA; Jill Boruff, MLIS, AHIP; Mark Sinyor, MSc, MD; Jo Robinson, PhD; Kathleen MacDonald, PhD; Lauren Anzarouth, MSc; Elise Chartrand, MSc; Srividya N. Iyer, PhD; Rachel Langevin, PhD; Jane Pirkis, PhD; Brett Thombs, PhD AMA Network Open. 2026;9(7):e2621622

Resumen

- **IMPORTANCIA:** Los factores de riesgo y protección para la mortalidad por suicidio en jóvenes no han sido bien sintetizados, ya que las revisiones previas se han centrado en todas las edades o en resultados no fatales.
- **OBJETIVO:** Evaluar sistemáticamente los factores asociados con el riesgo de mortalidad por suicidio en jóvenes.
- **FUENTES DE DATOS:** MEDLINE, PsycINFO, Embase y CINAHL desde su inicio hasta el 7 de marzo de 2025.
- **SELECCIÓN DE ESTUDIOS:** Se incluyeron estudios de casos y controles y de cohortes de jóvenes (edad menores de 24 años) que examinaron factores de riesgo y/o protección asociados con la mortalidad por suicidio en comparación con controles vivos de la población general. **Dos revisores independientes evaluaron 9497 registros.**
- **EXTRACCIÓN Y SÍNTESIS DE DATOS:** Siguiendo las directrices PRISMA, dos revisores independientes evaluaron los informes; uno extrajo los datos y un segundo los verificó. La evidencia se sintetizó mediante conteo de votos y metanálisis de efectos aleatorios en abril de 2026.
- **VARIABLES DE EVALUACIÓN PRINCIPALES:** El resultado primario fue la mortalidad por suicidio a la edad de 24 años o menos.
- **RESULTADOS:** Noventa informes de 68 estudios, en su mayoría de países de ingresos altos, identificaron distintos factores de riesgo y/o protección; 54 informes contribuyeron a 30 metanálisis. Los factores asociados con las mayores probabilidades de riesgo de suicidio incluyeron la esquizofrenia (odds ratio (OR), 22.23; IC del 95%, 12.05-41.03), los trastornos del estado de ánimo (OR, 11.32; IC del 95%, 6.11-20.97) y las autolesiones (OR, 14.06; IC del 95%, 5.58-35.39). Los indicadores clínicos de uso de atención médica también se asociaron con un mayor riesgo, incluido el uso de servicios de salud mental en el año anterior (OR, 7.39; IC del 95%, 6.45-8.47) y el ingreso psiquiátrico (OR, 31.96; IC del 95%, 13.83-73.86). A nivel socioecológico, varios indicadores se asociaron con un mayor riesgo, como el maltrato (OR, 4.03; IC del 95%, 1.41-11.50), la colocación fuera del hogar (OR, 4.47; IC del 95%, 2.15-9.28), la participación en el sistema de justicia juvenil (OR, 2.70; IC del 95%, 1.94-3.75) y el bajo nivel educativo (OR, 2.95; IC del 95%, 1.66-5.24). En contraste, los indicadores de estabilidad familiar se asociaron con un menor riesgo, como vivir con ambos padres (OR, 0.55; IC del 95%, 0.48-0.62). La heterogeneidad fue sustancial en todos los análisis, mientras que las calificaciones de Newcastle-Ottawa indicaron una calidad de estudio de moderada a alta.
- **CONCLUSIONES Y RELEVANCIA:** En esta revisión sistemática y metanálisis, la mortalidad por suicidio en jóvenes se asoció con trastornos mentales, contacto con los servicios de salud y

adversidad social, lo que respalda tanto la atención clínica como la prevención a nivel poblacional, requiriéndose investigaciones futuras en poblaciones subrepresentadas.

Puntos Clave

Pregunta: ¿Qué factores se asocian con el riesgo de mortalidad por suicidio entre personas de 24 años o menos?

- Hallazgos: En esta revisión sistemática y metanálisis de 90 informes (68 estudios), los trastornos mentales —particularmente condiciones agudas como la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo— y las autolesiones previas se asociaron con la mortalidad por suicidio. El contacto previo con la atención médica (ej. ingreso psiquiátrico) y una variedad de determinantes sociales (ej. maltrato, colocación fuera del hogar y desventaja social) también se asociaron con un mayor riesgo, mientras que la estabilidad familiar (ej. vivir con ambos padres) se asoció con un menor riesgo.
 - Significado: La mortalidad por suicidio en jóvenes refleja tanto la vulnerabilidad psiquiátrica como la adversidad social, lo que respalda la necesidad de estrategias de prevención integradas que combinen la intervención temprana con enfoques de prevención a nivel poblacional dirigidos a los determinantes sociales.
-

Introducción

El suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años en todo el mundo. Datos de mortalidad recientes de la Organización Mundial de la Salud en 52 países indican una tendencia al alza en muchos países de ingresos altos —especialmente entre las mujeres—, mientras que los varones siguen muriendo por suicidio a una tasa de 2 a 5 veces mayor que las mujeres.

Sin embargo, los factores de riesgo y protección para la mortalidad por suicidio siguen estando insuficientemente documentados en adolescentes/ jóvenes, lo que limita nuestra capacidad para identificar objetivos de prevención específicos para el desarrollo. Las revisiones centradas en la juventud han examinado en gran medida la ideación suicida y las autolesiones en lugar de la mortalidad por suicidio, típicamente enfocándose en un conjunto limitado de factores. Dado que la ideación suicida y las autolesiones son mucho más prevalentes que la muerte por suicidio, es posible que los hallazgos de esas revisiones no informen completamente los esfuerzos de prevención de la mortalidad por suicidio. Por el contrario, las revisiones sobre mortalidad por suicidio suelen agrupar la evidencia de todas las edades, pasando por alto diferencias clave del desarrollo en la juventud.

La mortalidad por suicidio en jóvenes puede reflejar la convergencia de trastornos mentales —capturados a través de diagnósticos psiquiátricos o contacto con la atención médica— y la adversidad social acumulada, como el abuso y la pobreza. Sin embargo, hasta donde sabemos, ninguna revisión sistemática y metanálisis previo ha sintetizado la amplitud de los factores de riesgo y/o protección para la mortalidad por suicidio entre los jóvenes de 24 años o menos. Para informar directamente las estrategias de prevención, revisamos y metanalizamos sistemáticamente los factores de riesgo y protección para la mortalidad por suicidio en personas de 24 años o menos.

Métodos

En esta revisión sistemática y metanálisis, incluimos estudios primarios que (1) emplearon diseños de casos y controles (autopsia psicológica o estudios basados en registros) o estudios de cohortes (retrospectivos o prospectivos), (2) evaluaron cuantitativamente factores de riesgo y/o protección comparando a jóvenes de 24 años o menos que fallecieron por suicidio con controles vivos, y (3) reportaron la mortalidad por suicidio de forma separada de otros resultados como las autolesiones no fatales. El estudio se registró en PROSPERO y siguió las guías de reporte PRISMA. Nos desviamos del protocolo inicial al no aplicar una restricción de edad mínima de 10 años para el suicidio, porque la información específica por edad no se reportaba de manera constante en todos los estudios. Los estudios con rangos amplios de edad se incluyeron si al menos el 80% de los participantes eran menores de 25 años y la muestra completa caía dentro de un rango de 0 a 30 años, o si la edad promedio era menor de 25 años.

Un bibliotecario de ciencias de la salud buscó en MEDLINE, PsycINFO, Embase y CINAHL artículos publicados desde su inicio hasta el 7 de marzo de 2025. La búsqueda combinó términos relacionados con la mortalidad por suicidio, niños, adolescentes y/o adultos jóvenes y estudios de casos y controles o de cohortes, sin restricciones de idioma o fecha de publicación.

Los títulos y resúmenes se cargaron en la plataforma de revisión; se eliminaron los duplicados. Dos revisores independientes evaluaron los títulos y resúmenes y luego realizaron la revisión del texto completo. Cualquier discrepancia se resolvió mediante consenso. Dado que todos los idiomas eran elegibles, los registros en idiomas distintos al inglés se evaluaron mediante herramientas de traducción automática o hablantes fluidos. Al ser una revisión sistemática de literatura ya publicada, no se requirió una nueva aprobación ética.

Extracción de Datos

Se extrajeron datos del texto completo y los materiales suplementarios. La información incluyó el primer autor, año de publicación, país, número de muertes por suicidio y controles, edad media y rango de edad al momento de la muerte, años en los que ocurrieron las muertes, proporción de varones y todos los factores de riesgo y protección, sin selección previa de factores. La calidad de los estudios se evaluó mediante la Escala Newcastle-Ottawa. Un revisor extrajo los datos utilizando un formulario estandarizado y un segundo revisor verificó de forma independiente su precisión.

Análisis Estadístico

Primero, todos los factores se agruparon en 5 dominios amplios definidos a priori: salud mental y autolesiones, trastornos físicos, contactos con servicios de salud, factores prenatales y perinatales, y determinantes socioecológicos. Segundo, los factores examinados en al menos 2 informes de 2 estudios diferentes se agruparon en factores comparables para la síntesis narrativa. Terc, utilizamos el conteo de votos basado en la dirección de la asociación en línea con la guía del Manual Cochrane.

Cuarto, para los factores examinados en al menos 5 informes y que pudieron armonizarse, realizamos metanálisis de efectos aleatorios utilizando estimación de máxima verosimilitud restringida en el software estadístico R en abril de 2026. Priorizamos estimaciones no ajustadas o mínimamente ajustadas por sexo y edad. Las estimaciones retenidas o calculadas incluyeron odds ratios (OR), hazard ratios (HR) y risk ratios (RR), aproximando estos últimos a OR. La significancia estadística se definió con un IC del 95% que no incluyera el valor nulo de 1. Evaluamos la heterogeneidad usando el estadístico I^2 . El sesgo de publicación potencial se evaluó mediante

gráficos de embudo (funnel plots). Los análisis de sensibilidad incluyeron la estratificación por diseño de estudio.

Resultados

Identificamos 14238 registros a través de búsquedas en bases de datos, evaluamos 9497 tras eliminar duplicados y revisamos 1573 documentos a texto completo. En total, 154 informes de 120 estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Excluimos además 56 informes debido a la generalización limitada de las poblaciones seleccionadas y 6 informes sobre tratamientos farmacológicos. Finalmente, incluimos 90 informes de 68 estudios en la revisión sistemática.

Los 68 estudios se realizaron principalmente en países de ingresos altos. La mayoría procedía de Suecia y EE. UU. Unos 10 estudios adicionales procedían de países de ingresos medianos-altos y medianos-bajos, principalmente China y Sri Lanka. Identificamos 36 estudios de casos y controles y 37 informes de 32 estudios de cohortes. El número de suicidios varió de 4 a 4828.

Síntesis Narrativa

De 846 factores extraídos, 106 factores distintos examinados en al menos 2 informes se incluyeron en el conteo de votos: 25 trastornos de salud mental y autolesiones, 8 trastornos físicos, 8 de contacto con servicios de salud, 6 prenatales/perinatales y 59 determinantes socioecológicos. Los factores de riesgo más frecuentemente estudiados fueron la depresión, las autolesiones, el abuso de sustancias y cualquier trastorno de salud mental. En todos los factores, la mayoría de las asociaciones se dieron en una dirección dañina, mientras que solo dos fueron claramente protectoras dentro del dominio de determinantes sociales: vivir con ambos padres y tener padres casados.

Metanálisis

En total, 54 informes de 45 estudios únicos se incluyeron en los metanálisis, comprendiendo 29 estudios de casos y controles y 17 informes de 16 estudios de cohortes de 13 países. Juntos examinaron 30 factores de riesgo y protección en 4 dominios amplios. La calidad de los estudios fue calificada como de moderada a alta en su totalidad.

Trastornos Mentales y Autolesiones

Se metanalizaron 11 trastornos. Existieron asociaciones con la mortalidad por suicidio juvenil en casi todos los trastornos, con probabilidades particularmente elevadas para:

- Esquizofrenia: OR, 22.23; IC del 95%, 12.05-41.03; $(I^2 = 85.4\%)$; 7 informes.
- Trastorno bipolar: OR, 12.40; IC del 95%, 3.17-48.47; $(I^2 = 75.4\%)$; 5 informes.
- Trastornos del estado de ánimo no especificados: OR, 11.32; IC del 95%, 6.11-20.97; $(I^2 = 64.6\%)$; 7 informes.
- Depresión: OR, 8.34; IC del 95%, 3.44-20.19; $(I^2 = 94.3\%)$; 10 informes.
- Trastorno límite de la personalidad: Examinado en solo 1 estudio de autopsia psicológica en jóvenes de 18 a 25 años (OR, 12.66; IC del 95%, 4.46-35.94).
- Abuso de alcohol: OR, 5.13; IC del 95%, 4.44-5.93; $(I^2 = 0.0\%)$; 6 informes.

- Abuso de drogas: OR, 6.35; IC del 95%, 2.98-13.52; $(I^2 = 0.0\%)$; 5 informes.
- Abuso de sustancias en general: OR, 7.21; IC del 95%, 3.85-13.50; $(I^2 = 90.2\%)$; 9 informes.
- Autolesiones previas: OR, 14.06; IC del 95%, 5.58-35.39; $(I^2 = 90.1\%)$; 10 informes.

Se observaron asociaciones para todos los demás trastornos analizados, incluidos el trastorno de conducta (OR, 3.70), el trastorno de ansiedad (OR, 6.02) y el TDAH (OR, 2.33).

Trastornos Físicos

A través de 5 informes, cualquier trastorno físico se asoció con un mayor riesgo de mortalidad por suicidio (OR, 1.46; IC del 95%, 0.68-3.12). Sin embargo, la estimación fue imprecisa y altamente heterogénea ($I^2 = 67.2\%$).

Contactos con Servicios de Salud

Se metanalizaron 3 presentaciones. Se observaron asociaciones con la mortalidad por suicidio juvenil para:

- Cualquier ingreso psiquiátrico hospitalario: OR, 31.96; IC del 95%, 13.83-73.86; $(I^2 = 94.8\%)$; 6 informes.
- Contacto con atención médica de salud mental (año previo a la muerte): OR, 7.39; IC del 95%, 6.45-8.47; $(I^2 = 0.0\%)$; 5 informes.
- Contacto con atención de salud mental (alguna vez en la vida): OR, 3.56; IC del 95%, 2.71-4.67; $(I^2 = 0.1\%)$; 9 informes.

Determinantes Socioecológicos

Entre los 59 determinantes socioecológicos, se metanalizaron 14, la mayoría enfocados en la adversidad socioeconómica. Las mayores probabilidades de mortalidad por suicidio se observaron para:

- Colocación fuera del hogar: OR, 4.47; IC del 95%, 2.15-9.28; $(I^2 = 42.1\%)$; 5 informes.
- Maltrato infantil: OR, 4.03; IC del 95%, 1.41-11.50; $(I^2 = 67.1\%)$; 5 informes.
- Bajo nivel educativo del joven: OR, 2.95; IC del 95%, 1.66-5.24; $(I^2 = 76.0\%)$; 5 informes.
- Involucramiento del joven en el sistema de justicia: OR, 2.70; IC del 95%, 1.94-3.75; $(I^2 = 64.2\%)$; 7 informes.
- Involucramiento de los padres en el sistema de justicia: OR, 2.53; IC del 95%, 1.38-4.64; $(I^2 = 60.4\%)$; 5 informes.
- Movilidad residencial (mudanzas frecuentes): OR, 2.03; IC del 95%, 1.61-2.57; $(I^2 = 0.0\%)$; 5 informes.

Todos los demás indicadores de desventaja socioeconómica se asociaron con un mayor riesgo, incluidos los bajos ingresos parentales (OR, 1.34) y la baja educación de la madre (OR, 1.25) o del padre (OR, 1.31).

Factores Protectores:

Los indicadores de estabilidad familiar se asociaron consistentemente con un menor riesgo, incluyendo:

- Vivir con ambos padres: OR, 0.55; IC del 95%, 0.48-0.62; $I^2 = 12.1\%$; 11 informes.
- Matrimonio de los padres: OR, 0.58; IC del 95%, 0.51-0.66; $I^2 = 40.6\%$; 9 informes.

Discusión

En esta revisión sistemática y metanálisis sobre factores de riesgo y protección para la mortalidad por suicidio en niños y adultos jóvenes de hasta 24 años, sintetizamos evidencia de 68 estudios observacionales con 90 informes. Encontramos que las mayores probabilidades de muerte por suicidio correspondieron a aspectos de la salud mental del individuo (trastornos de salud mental y contacto reciente con servicios de salud mental), lo que subraya el papel de la vulnerabilidad psiquiátrica. A nivel socioecológico, la mortalidad por suicidio se asoció con el maltrato, la colocación fuera del hogar, la participación en el sistema de justicia, la menor educación y la desventaja socioeconómica general. Aunque los factores protectores fueron raramente examinados, la evidencia disponible sugirió que crecer en un hogar estable se asociaba con un menor riesgo de suicidio. Tomados en conjunto, estos hallazgos sugieren que la muerte por suicidio podría ocurrir en la interfaz de la vulnerabilidad psiquiátrica y la adversidad social.

Los jóvenes con un diagnóstico de cualquier trastorno mental tuvieron probabilidades casi 10 veces mayores de muerte por suicidio que los jóvenes sin un diagnóstico. Nuestros resultados para los trastornos del estado de ánimo en jóvenes fueron similares a los de revisiones previas que cubren todas las edades. No obstante, los tamaños del efecto para algunos trastornos fueron algo mayores en nuestra revisión centrada en jóvenes, particularmente para la esquizofrenia (OR, 22.23), lo que posiblemente refleja diferencias metodológicas o del desarrollo. El trastorno límite de la personalidad fue examinado en solo un estudio de autopsia psicológica en jóvenes, lo que resalta una brecha importante de evidencia que puede reflejar la controversia continua sobre el diagnóstico de trastornos de la personalidad durante la adolescencia.

Un marcador clínico clave de riesgo elevado fue la autolesión previa (OR, 14.06). El contacto reciente con servicios de salud mental mostró probabilidades especialmente altas en el año anterior a la muerte (probabilidades elevadas más de 7 veces) en lugar de los contactos de por vida (probabilidades elevadas más de 3 veces). Observamos probabilidades aún mayores asociadas con la admisión psiquiátrica hospitalaria. Estudios previos en adultos indican que el riesgo es particularmente elevado en el período inmediatamente posterior al alta psiquiátrica, lo que destaca esta transición como una ventana crítica para la prevención. La evidencia sugiere que el contacto con los servicios puede ocurrir en múltiples entornos; por lo tanto, estudios futuros deberían ampliar sus recursos para incluir contextos comunitarios y escolares.

De los determinantes socioecológicos, la heterogeneidad fue alta, probablemente debido a inconsistencias en las definiciones de exposición entre los estudios. Consistente con la literatura, el maltrato y la colocación fuera del hogar surgieron como los determinantes socioecológicos más fuertes de la muerte por suicidio en nuestra revisión. Los jóvenes involucrados en el sistema de justicia juvenil también presentaron un riesgo incrementado. Las experiencias adversas tienden a comenzar temprano en la vida e iniciar cascadas de desarrollo que aumentan la vulnerabilidad.

Los factores protectores fueron raramente examinados. De los metanalizados, solo vivir con ambos padres y el matrimonio de los padres se asociaron consistentemente con una menor mortalidad por suicidio, lo que resalta la importancia de fortalecer los lazos familiares y los apoyos basados en relaciones. Notamos una sorprendente falta de investigación en poblaciones altamente vulnerables, como los jóvenes indígenas, los jóvenes de diversidad sexual y de género, y los jóvenes de países de ingresos bajos y medios.

Vías para la Prevención

- Estrategias tempranas o estructurales (upstream): Deben concentrarse en promover la estabilidad en los entornos de la infancia y la construcción de amistades a través de la participación escolar; fomentar actitudes positivas hacia el aprendizaje; incrementar los recursos educativos; reducir la adversidad infantil y replantear la protección infantil y los sistemas de justicia juvenil.
- Estrategias reactivas o clínicas (downstream): Deben enfocarse en la detección temprana, el tratamiento y la continuidad del cuidado para trastornos mentales en todos los entornos, identificando señales clínicas clave como las autolesiones.

Limitaciones y Fortalezas

- Limitaciones: Observamos una heterogeneidad sustancial (altos valores de I^2) entre los estudios. Debido al pequeño número de informes en cada categoría, no pudimos realizar análisis detallados de subgrupos ni examinar las diferencias de sexo y género. La evidencia provino en gran parte de países de ingresos altos y medianos-altos, por lo que los factores identificados pueden no reflejar determinantes específicos de otras regiones. Con respecto a la extracción, aunque los datos fueron verificados, el proceso inicial no se realizó de manera doblemente independiente. Además, solo incluimos muertes confirmadas por suicidio, excluyendo aquellas clasificadas como de causa indeterminada que pudieron estar mal clasificadas. Varios factores asociados con la ideación, como el acoso escolar (bullying), no pudieron metanalizarse debido a la escasez de estudios disponibles.
- Fortalezas: Las fortalezas incluyen ser el metanálisis más exhaustivo de muertes por suicidio en jóvenes hasta la fecha, centrándose estrictamente en la mortalidad y restringiéndose a muestras donde los participantes eran niños o adultos jóvenes. Con decenas de informes de alta calidad, examinamos factores de riesgo y protección clave en todos los dominios y de estudios publicados a nivel mundial.

Conclusiones

Los factores de riesgo más fuertes que emergieron fueron los trastornos de salud mental, el contacto con servicios de salud mental en el año anterior, el maltrato, la colocación fuera del hogar y la participación en la justicia juvenil. El factor protector más fuerte fue la estabilidad familiar. Se necesita más investigación para aclarar las vías de desarrollo e interactuar con factores como el acoso escolar. La investigación también debe priorizar a las poblaciones indígenas y de diversidad sexual y de género subrepresentadas para iniciativas preventivas innovadoras.