



Co-funded by
the European Union

SMALL-SCALE PARTNERSHIPS IN SCHOOL EDUCATION
APPLICATION NO 2022-1-ES01-KA210-SCH-000082501



RICERCA TRANSNAZIONALE



Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the authors only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

Index

Introduzione

Quadro teorico

- **Quadro Concettuale**
- **Suicidio**
- **Epidemiologia del suicidio**
- **Epidemiologia del suicidio adolescenziale**
- **Modello biopsicosociale del comportamento suicidiario**
- **Fattori di rischio a livello molecolare**
- **Fattori di rischio per comportamenti suicidari negli adolescenti**
- **Fattori protettivi per il comportamento suicidiario tra gli adolescenti**
- **Miti e realtà del suicidio adolescenziale**
- **Metodi di suicidio negli adolescenti**

Bibliografia



Introduzione

L'adolescenza è la fase della vita che va dall'infanzia all'età adulta, cioè dai 10 ai 19 anni (1). L'adolescenza è intesa come la fase intermedia tra l'infanzia e l'età adulta dell'essere umano e coordina elementi di crescita puramente biologica con una transizione a livello del ruolo sociale (2).

Durante questa fase di crescita, l'adolescente deve sviluppare diversi aspetti psicosociali; viene acquisita una certa indipendenza familiare, inizia la consapevolezza dell'immagine di sé e l'accettazione del proprio corpo; le relazioni amicali diventano importanti, così come possono iniziare le relazioni sessuali affettive, e inizia lo sviluppo dell'identità di sé (3). Per questo motivo l'adolescenza può essere un periodo problematico e rischioso a livello psicosociale.

Va aggiunto che i diritti degli adolescenti sono inquadrati all'interno della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, dove si pone l'accento sull'obbligo degli Stati di fornire gli strumenti necessari per il corretto sviluppo dei bambini e degli adolescenti in tutte le loro sfaccettature; l'articolo 24 sottolinea il diritto dei bambini a ricevere le cure necessarie per godere della salute, sia in termini di assistenza preventiva che di servizi medici e riabilitativi quando necessario. Resta quindi inteso che è obbligo del nostro Stato, in quanto firmatario, adottare le misure necessarie per la protezione e il corretto sviluppo degli adolescenti (4).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il suicidio è definito come "l'atto deliberato di togliersi la vita. La sua prevalenza e i metodi utilizzati variano a seconda dei Paesi". L'OMS afferma inoltre che gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili perché si trovano in questa fase dello sviluppo (5).

Negli ultimi anni si sono verificati cambiamenti negli ambienti in cui gli adolescenti maturano, il mondo sociale in cui crescono è urbanizzato, mobile e connesso a livello globale. I social network mantengono il mondo iperconnesso, il che incoraggia gli adolescenti a comunicare e a stabilire legami sociali e familiari distinti.

L'influenza della socializzazione tra gli adolescenti è cresciuta in modo esponenziale grazie alla connettività e all'amplificazione delle reti sociali, che possono avere un impatto sia positivo che negativo sulla salute mentale degli adolescenti, a seconda del tipo di esperienze a cui sono esposti (6)(7).

La salute degli adolescenti è il risultato di queste interazioni e dei cambiamenti sociali e biologici che accompagnano la pubertà stessa, plasmata da determinanti sociali, fattori di rischio e protettivi, che condizioneranno la



Funded by
the European Union



SMALL-SCALE PARTNERSHIPS IN SCHOOL EDUCATION
APPLICATION NO 2022-1-ES01-KA210-SCH-000082501

salute futura dell'individuo, nonché dal supporto della famiglia e della comunità (8)(9).

Quindi, fattori come il sesso, l'etnia, i disturbi mentali precedenti, le credenze religiose, ecc. aumentano significativamente la vulnerabilità degli adolescenti all'ideazione suicidaria e persino al comportamento suicidario stesso. Allo stesso modo, anche i fattori sociali, come l'esposizione a comportamenti suicidari, eventi di vita stressanti o scarso rendimento scolastico, possono aumentare la vulnerabilità degli adolescenti (10).

Negli ultimi anni, sullo sfondo di una pandemia COVID-19 con i relativi confinamenti, la salute mentale degli adolescenti è stata colpita. La chiusura di scuole e istituti, la limitazione delle attività fisiche, l'allontanamento sociale, l'isolamento e le altre restrizioni attuate durante la pandemia di COVID-19 hanno avuto un chiaro impatto sulla loro salute mentale. (11). Per questo motivo, è importante formare i professionisti più vicini agli adolescenti alla prevenzione del rischio di suicidio, al fine di fornire un approccio corretto agli adolescenti a rischio.

Alla luce dell'attuale scenario del suicidio adolescenziale e dell'importanza di una buona gestione della salute mentale per evitare lo sviluppo di patologie che portano a comportamenti suicidari, si ritiene di vitale importanza il coinvolgimento delle figure di riferimento dell'adolescente, principalmente la scuola, la famiglia e l'ambiente sanitario di riferimento.

Il coinvolgimento dell'infermiere di base è particolarmente importante nella diagnosi precoce del rischio di suicidio, a livello di sviluppo di protocolli di valutazione, di strategie di prevenzione e, in ultima analisi, nel fornire ai giovani e alle famiglie colpite il necessario controllo e supporto (12).

Nell'ambito della progettazione di strategie di prevenzione, è particolarmente importante formare i professionisti dell'insegnamento sul rischio suicidario, motivo per cui l'obiettivo principale di questo lavoro sarà lo sviluppo di una formazione specializzata nella prevenzione del rischio suicidario per i professionisti dell'insegnamento e delle cure primarie. L'approccio metodologico si baserà sulla scelta di una scala di rischio suicidario applicabile agli adolescenti, nella speranza di ottenere una maggiore formazione preventiva nei professionisti delle cure primarie nell'individuazione del rischio suicidario.



Quadro concettuale

Secondo la definizione dell'OMS, l'adolescenza è la fase della vita che va dall'infanzia all'età adulta, cioè dai 10 ai 19 anni. Durante questa fase di crescita, gli adolescenti stabiliscono modelli comportamentali che possono proteggere la loro salute e quella degli altri con cui interagiscono o mettere a rischio il loro benessere attuale o futuro (13). In questo modo, intendiamo l'adolescenza come la fase intermedia tra l'infanzia e l'età adulta dell'essere umano, in cui gli elementi di crescita puramente biologici sono coordinati con una transizione a livello di ruolo sociale.

Gli adolescenti si trovano in un periodo di ricerca della propria identità e di adattamento a quella che diventerà la loro identità adulta, che definirà il resto del loro sviluppo. In questa evoluzione fisica e mentale, gli adolescenti attraversano una serie di cambiamenti che alterano il loro equilibrio emotivo e li portano a prendere decisioni già indipendenti da quelle dei genitori. A livello di sviluppo cognitivo ed emotivo, emergono e si forgianno nuovi valori e preoccupazioni, ideali e responsabilità in base al loro sviluppo e alla capacità decisionale. Pertanto, gli adolescenti si trovano in una fase di cambiamento e maturazione e sono quindi particolarmente vulnerabili (14).

Il suicidio è definito come "un atto o un comportamento autodistruttivo il cui scopo è raggiungere la morte, con un forte desiderio di morire e con la consapevolezza, la speranza e la convinzione che sia possibile raggiungere questo obiettivo con il metodo scelto" (15).

Quindi, ciò che è indispensabile nella definizione di suicidio è l'intenzione da parte della persona di provocare la morte a sé stessa, cioè l'elemento dell'intenzionalità e della volontarietà, presente anche nella definizione di Durkheim del suicidio: "ogni caso di morte risultante direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo, compiuto dalla vittima stessa che sapeva che avrebbe prodotto quel risultato, si chiama suicidio" (16).

Troviamo, quindi, una decisione-azione-risultato attraverso la quale la persona ha la chiara intenzione di porre fine alla propria vita. Tuttavia, dobbiamo visualizzare il comportamento suicida come una realtà costituita da varie componenti: l'ideazione-concezione, il gesto, la pianificazione, il tentativo e infine il suicidio compiuto. L'azione segue attraverso queste componenti senza essere lineare, ma è un processo di continuo progresso e regresso (17).

Pertanto, l'atto di suicidio è preceduto sia dall'ideazione suicidaria che dal tentativo stesso, e l'ideazione suicidaria è costituita da cognizioni che vanno da



pensieri fugaci sul non voler vivere, a fantasie autodistruttive, fino alla pianificazione esplicita e meditata del suicidio (18).

Il suicidio

Sia il suicidio che il tentato suicidio possono avere cause molto variabili, che possono essere fortemente influenzate dall'ambiente (stress, situazioni economiche, sociali o familiari sfavorevoli...), così come da cause intrinseche all'individuo (disturbi mentali, abuso di sostanze...) (19).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali V, meglio noto come DSM V, il manuale di riferimento della Psichiatria e del lavoro dell'Associazione Psichiatrica Americana, ha classificato per la prima volta nel 2013 il termine "Disturbo Comportamentale Suicidario", postulando che questo si manifesti fondamentalmente con un tentativo di suicidio, essendo questo un comportamento che l'individuo mette in atto con l'intenzione di togliersi la vita (indipendentemente dal fatto che questo fine venga raggiunto o meno).

Tuttavia, per questa diagnosi, il manuale indica che l'ideazione suicidaria non viene presa in considerazione e, d'altra parte, ritiene che siano necessari ulteriori studi per includere il comportamento derivato da uno stato di delirio o confusione, così come per scopi religiosi. Si sottolinea inoltre la sfumatura di escludere dalla diagnosi di cui sopra l'"autolesionismo non suicida", che a volte può essere confuso con il comportamento suicida, ma che in realtà corrisponde a lesioni superficiali per alleviare una sensazione negativa. Questo termine è escluso dal "comportamento suicidario" perché lo scopo di queste azioni, anche se la manifestazione è quella di farsi del male fisico, non è quello di porre fine alla propria vita.

Secondo il Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA), è necessario differenziare alcuni termini relativi al suicidio:

- Ideazione suicidaria: pensieri in riferimento al suicidio, spesso il punto di partenza del comportamento suicidario. Alcuni autori distinguono tra ideazione passiva e attiva:
 - Ideazione suicidaria attiva: si riferisce a pensieri concreti e consapevoli di togliersi la vita.
 - Ideazione suicidaria passiva: si riferisce a pensieri di voler morire, senza un desiderio concreto di togliersi la vita.
- Comportamento autolesionistico non suicida: inflessione autolesionistica



verso se stessi che non comporta l'intenzione di togliersi la vita, spesso per alleviare lo stress. Esempi sono tagli, graffi o bruciature sugli strati più superficiali della pelle.

- Pianificazione del suicidio: pensieri legati alla pianificazione dell'atto suicida.
- Atti preparatori: preparazione al suicidio imminente. Possono includere la verbalizzazione dell'intenzione e la preparazione del metodo vero e proprio, come la scorta di pillole o l'acquisto di una corda. Anche la scrittura di un biglietto d'addio è inclusa in questa classificazione.
- Tentativo di suicidio: Un atto autoinflitto da parte di un individuo con l'intenzione di provocare la propria morte. Questo atto può o meno portare alla morte. Esternamente, è associato a un'alta probabilità che la persona abbia commesso l'atto con l'intenzione di suicidarsi. Esempi sono il salto dalla finestra, l'intossicazione dovuta all'assunzione di grandi quantità di farmaci, ecc.
- Comportamento suicida: comportamento deliberato in cui si commettono atti autolesionistici verso sé stessi. Abbiamo prove esplicite o implicite che l'individuo ha tentato di togliersi la vita.
- Suicidio: Morte causata da un suicidio autoinflitto.

Il fattore predittivo più affidabile con cui è stato correlato il comportamento suicida è la presenza di una malattia mentale, anche se il comportamento suicida è il risultato di un crogiolo di fattori a diversi livelli che convergono nello stesso individuo. Le comorbidità più frequenti con questo disturbo, secondo il DSM V, sono: disturbo depressivo maggiore, schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbi d'ansia, disturbi da uso di sostanze, disturbo borderline di personalità, disturbo antisociale di personalità, disturbi alimentari e disturbi disadattivi. In effetti, secondo gli psichiatri della Comunità di Madrid, si stima che il 90% delle persone che presentano comportamenti suicidi abbiano qualche tipo di malattia mentale. D'altra parte, sono stati identificati una serie di comportamenti che possono far sospettare un comportamento suicida, come l'acquisto di un'arma, l'accumulo di farmaci, l'umore depresso o con cambiamenti molto bruschi, il rilevamento di una certa fissazione con la morte (attraverso conversazioni, disegni, musica, visite a siti web legati alla morte, segni di pianificazione elaborata...).

Sebbene sia stato detto che la depressione maggiore è una patologia che comporta un alto rischio di suicidio, è importante individuare un paziente con possibile depressione. A tal fine, occorre prestare particolare attenzione alla presenza di 5 o più dei seguenti segni e sintomi per almeno 2 settimane:



- Umore depresso
- Disinteresse per le attività piacevoli
- Diminuzione o aumento dell'appetito con conseguente perdita o aumento di peso
- Insonnia o ipersonnia
- Agitazione o ritardo psicomotorio
- Stanchezza o perdita di energia
- Sentimenti eccessivi o inappropriati di inutilità o di colpa.
- Incapacità di pensare o di concentrarsi, di concentrarsi o di prendere decisioni.
- Pensieri ricorrenti di morte, con o senza un piano specifico.
- Disturbi somatici (mal di testa, dolori addominali...)

Si parla anche del cosiddetto "contagio dei suicidi", un fenomeno per cui un suicidio avvenuto in una comunità (città, scuola, ecc.) può portare a un altro suicidio nella stessa comunità. Ciò sembra essere dovuto al fatto che gli esseri umani hanno la tendenza a ripetere i comportamenti per imitazione tra di loro. Pertanto, in una comunità in cui si è verificato un suicidio, gli individui vulnerabili di per sé vedono aumentare notevolmente il loro rischio.

Epidemiologia del suicidio

Il suicidio è considerato un fenomeno universale e senza tempo, con diverse concezioni culturali e socio-politiche (21), nonché un problema di salute pubblica globale e universale, che interessa tutti i gruppi di popolazione e gli strati sociali. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), questa pratica è aumentata del 60% negli ultimi 45 anni (22) e, secondo dati recenti, circa 703.000 persone si tolgono la vita ogni anno nel mondo.

Secondo i dati dell'INE, il suicidio è la principale causa di morte in Spagna tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni. D'altra parte, secondo l'OMS, il suicidio è la seconda causa di morte tra i giovani nel mondo (dopo gli incidenti stradali), con conseguente diminuzione dell'aspettativa di vita in questo gruppo di popolazione.

A livello europeo, secondo studi recenti, i tassi di suicidio più elevati si registrano in Lettonia, Lituania e Montenegro, con oltre 20 suicidi ogni 100.000 abitanti. L'Albania, invece, è il Paese europeo con il tasso più basso, con 4,3 casi ogni 100.000 abitanti.



In termini di classificazione per sesso, diversi studi concordano sul fatto che i tentativi di autolesionismo sono più frequenti nella popolazione femminile, mentre i suicidi completati sono più frequenti nella popolazione maschile (21). I dati forniti dal Telefono della Speranza mostrano che il 65% delle chiamate ricevute da persone a rischio di suicidio proviene da donne, rispetto al 35% degli uomini, il che può suggerire che la popolazione femminile adotta un atteggiamento più riflessivo ed è più consapevole della necessità di aiuto. Questa tendenza si mantiene in tutte le fasce d'età, anche se nei bambini sotto i 13 anni i pensieri suicidi sono più ricorrenti nei ragazzi, secondo Save The Children. Secondo la stessa fonte, è a partire dai 13 anni che si verifica la svolta in termini di genere, oltre a triplicare il numero di casi. È più comune che i primi pensieri si manifestino nella prima adolescenza e il rischio di suicidio aumenta con l'età. Per questo motivo è fondamentale individuare e agire ai primi segnali di pensieri suicidi.

Ogni giorno nel mondo si suicidano circa 3.000 persone, pari a circa 16 persone ogni 100.000 abitanti, per un totale di 1.000.000 di suicidi all'anno, con una media di una morte ogni 40 secondi.

Per ogni suicidio ci sono 20 persone che tentano l'autolesionismo. Il suicidio è la principale causa di morte in molti Paesi del mondo e una delle principali cause di morte nella popolazione adolescenziale. Con l'aumentare dell'età, il rischio di suicidio si quintuplica, il che significa che il suicidio rappresenta il 2% del carico globale di malattia, oltre alla sofferenza che provoca nell'ambiente familiare.

Epidemiologia del suicidio adolescenziale

Secondo l'OMS, un adolescente è un individuo di età compresa tra i 10 e i 19 anni. L'adolescenza è un periodo della vita in cui avvengono importanti cambiamenti fisici, cognitivi, sociali e psicologici. Questi cambiamenti rendono l'individuo suscettibile a una serie di crisi, che possono essere risolte sia fisiologicamente che patologicamente. È in quest'ultimo caso che si manifestano i problemi psicologici e psichiatrici dell'adolescenza, il più fatale dei quali è il comportamento suicida (21).

Esistono studi che evidenziano alcuni rischi a cui un adolescente può essere esposto, che lo rendono particolarmente vulnerabile, come una situazione domestica-familiare complessa e sfavorevole, il bullismo, i problemi sociali, le malattie mentali... Si tratterebbe di un adolescente a rischio. D'altra



parte, ci sono eventi o situazioni che vengono chiamati "trigger" o fattori scatenanti che, con il loro manifestarsi, finiscono per innescare il comportamento suicida, come la perdita di una persona cara, un improvviso cambiamento di ambiente, ecc. Save The Children sottolinea che i bambini che vivono in una situazione socio-economica vulnerabile (famiglia con basso reddito/scarse risorse) sono più a rischio di sviluppare malattie mentali, il che li rende più suscettibili di commettere comportamenti suicidi.

È stato dimostrato che, soprattutto tra la popolazione più giovane, si sta verificando un aumento delle difficoltà di affrontare e risolvere i problemi, che si ritiene abbia un'importante influenza sull'aumento dei comportamenti suicidari (20).

Ad esempio, dall'inizio della recente pandemia di Covid-19, è stato osservato un aumento dei tentativi di autolesionismo e dei suicidi in pazienti di tutte le età, soprattutto adolescenti. Si è trattato di un periodo caratterizzato da un clima di incertezza e paura che ha causato una discontinuità nelle attività abituali delle persone (21).

Il suicidio è una delle principali cause di morte negli adolescenti e la ricerca di aiuto per il comportamento suicida in questo gruppo di popolazione è bassa. Secondo l'OMS (51), il suicidio nella popolazione adolescenziale in Europa ha uno dei tassi più alti al mondo.

Morti per suicidio – tasso di mortalità standardizzato, 2015 (per 100.000 abitanti)

	Uomini	Donne	Totale
EU-28	17,9	4,9	10,9
Lituania	56,3	10,1	30,3
Slovenia	36,2	8,4	20,7
Lettonia	35,5	7,0	19,3
Ungheria	32,6	8,8	19,0
Croazia	29,0	8,3	17,3
Belgio	24,7	9,7	16,9
Estonia	29,9	5,1	15,9
Austria	24,2	6,3	14,5
Polonia	26,2	3,7	14,2
Francia	23,4	6,3	14,1
Lussemburgo	20,7	8,4	13,9



Funded by
the European Union



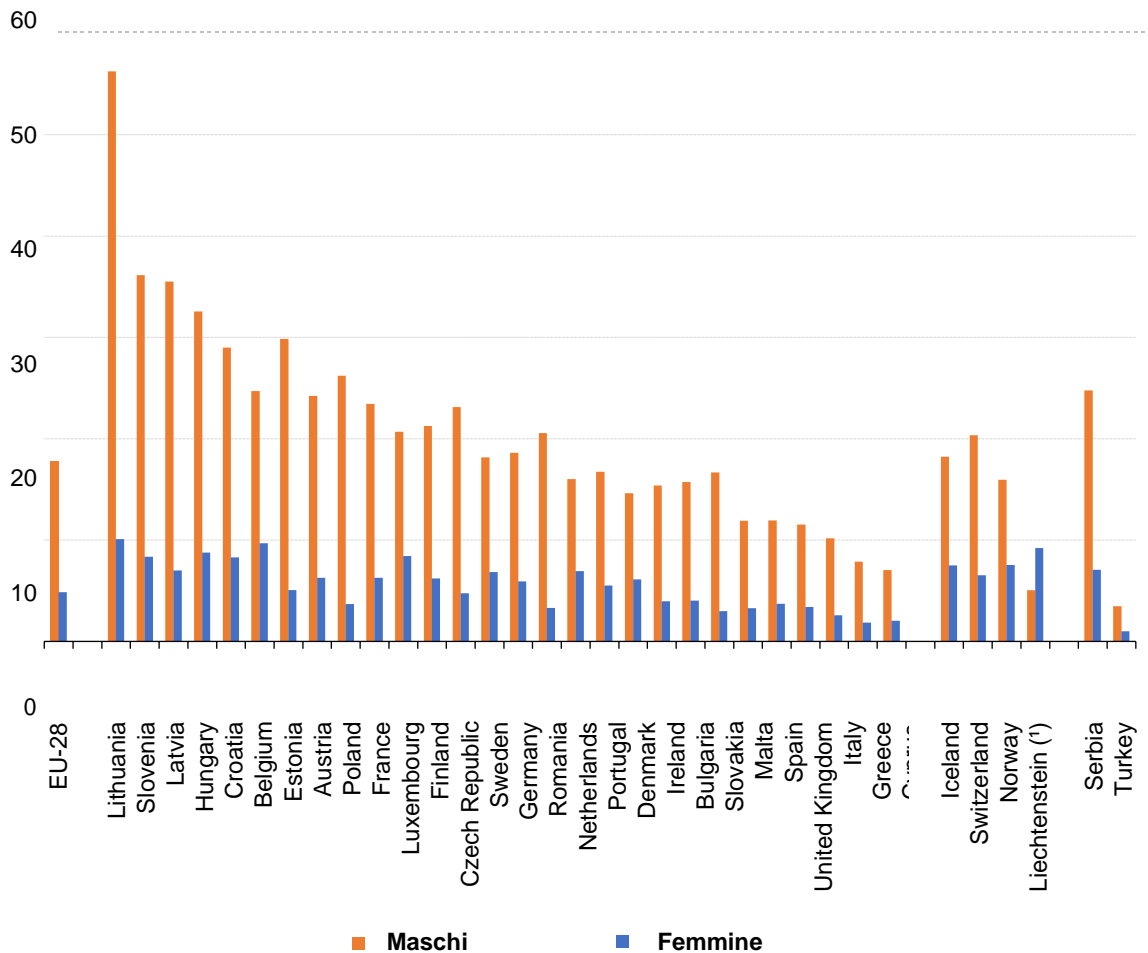
SMALL-SCALE PARTNERSHIPS IN SCHOOL EDUCATION
APPLICATION NO 2022-1-ES01-KA210-SCH-000082501

Finlandia	21,3	6,2	13,5
Repubblica Ceca	23,1	4,8	13,2
Svezia	18,2	6,9	12,3
Germania	18,6	5,9	11,7
Romania	20,6	3,3	11,4
Olanda	16,0	6,9	11,3
Portogallo	16,8	5,5	10,4
Danimarca	14,6	6,1	10,2
Irlanda	15,4	4,0	9,6
Bulgaria	15,7	4,0	9,3
Slovacchia	16,7	3,0	9,2
Malta	11,9	3,3	7,6
Spagna	11,9	3,7	7,5
Regno Unito	11,5	3,4	7,4
Italia	10,2	2,6	6,1
Grecia	7,9	1,8	4,7
Cipro	7,1	2,0	4,5
Islanda	18,2	7,5	13,1
Svizzera	20,3	6,5	13,0
Norvegia	16,0	7,5	11,7
Liechtenstein (1)	5,1	9,2	2,5
Serbia	24,8	7,1	15,0
Turchia	3,5	1,0	2,2

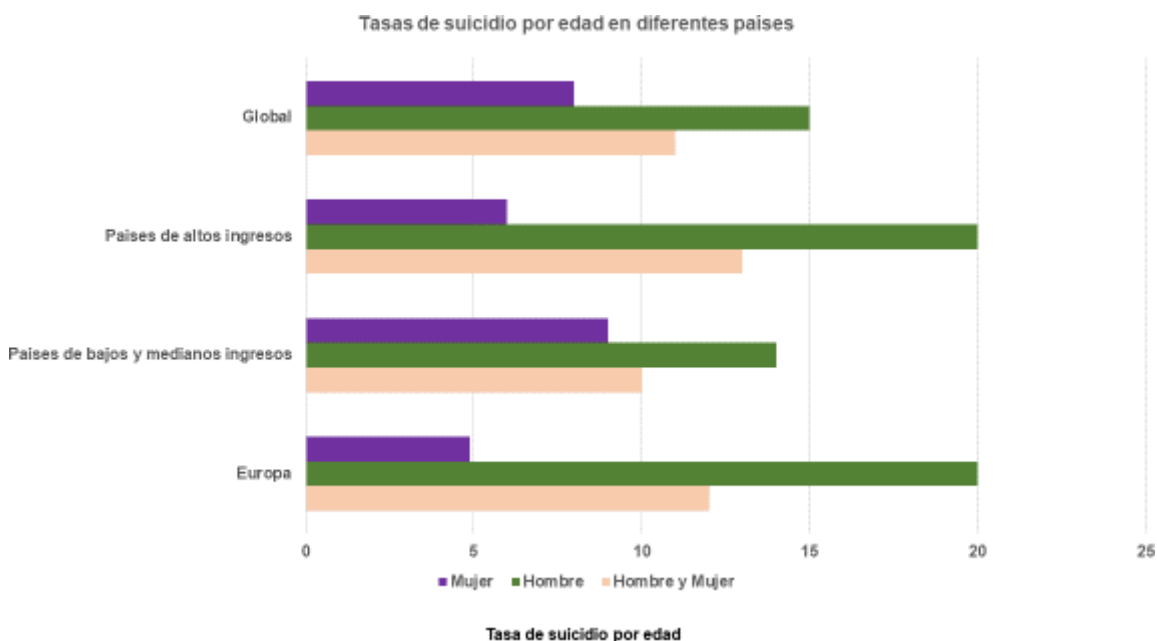
Fonte: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr2)



Morti per suicidio – tasso di mortalità standardizzato, 2015 (per 100 000 abitanti)

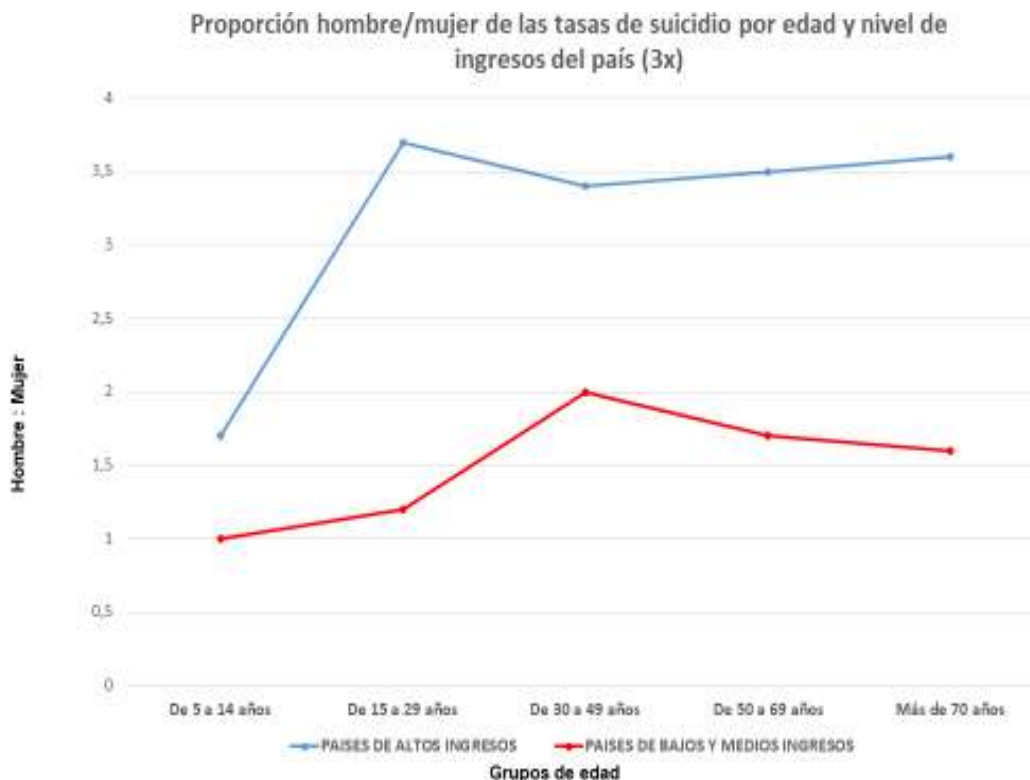


I tassi di suicidio per età sono più bassi nelle persone di età inferiore ai 15 anni e più alti nelle persone di età superiore ai 70 anni, senza alcuna differenza di genere in tutto il mondo, sebbene i tassi di suicidio per genere tra i 15 e i 70 anni siano diversi nei Paesi analizzati nello studio dell'OMS (51).



Lo stesso studio analizza le proporzioni dei suicidi in base all'età e mostra che, a livello globale, il suicidio rappresenta l'8,5% di tutti i decessi tra i giovani di 15-29 anni ed è considerato la seconda causa di morte (dopo gli incidenti stradali).

È sorprendente scoprire che nei Paesi ad alto reddito il suicidio rappresenta il 17,6% di tutti i decessi tra i giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 29 anni, classificandosi come la principale causa di morte in entrambi i sessi.



Modello biopsicosociale del comportamiento suicidario

Martín Pérez, miembro del Grupo de Intervento Psicológico in Emergenza di Castilla y León, stabilisce che l'atto di suicidio è il risultato finale di una serie di fattori che convergono in un individuo.

Da un lato c'è l'individuo, che deve essere concepito come un'entità unica, così come le circostanze che lo circondano e le sue interazioni con l'ambiente in un determinato momento e luogo, il che rende difficile generalizzare. Tuttavia, è possibile descrivere diverse variabili che potrebbero spiegare determinati comportamenti o tendenze.

In un individuo possono convergere pensieri negativi (inefficacia, incapacità, senso di colpa, ecc.) e stimoli esterni avversi (problemi familiari/sentimentali, licenziamento, ecc.), che porteranno alla comparsa di pensieri minacciosi (mancanza di alternative, irrealizzabilità delle soluzioni, ecc.), con conseguenti alti livelli di ansia e angoscia. Nella prima fase, il soggetto può visualizzare il suicidio come una fuga da questa sofferenza, cioè



un sollievo dall'avversione. Successivamente, inizia la seconda fase, in cui il soggetto pianifica l'atto suicida (tempo, metodo, luogo, ecc.) e si prepara a compierlo.

Fattori di rischio a livello molecolare

Gli studi ipotizzano che, sebbene ognuno di noi sia più o meno suscettibile al suicidio, esistono diversi fattori che possono aumentare il rischio:

- Fattori genetici ed epigenetici: alcune varianti genetiche aumentano la predisposizione al comportamento suicida, che è una condizione psichiatrica individuale. Non sorprende che, in molti casi, un paziente con comportamento suicida abbia una storia familiare di tale comportamento.
- Neurotrasmettitori: una diminuzione della serotonina è associata a stati depressivi e quindi a una maggiore predisposizione al suicidio, mentre una disregolazione del metabolismo del glutammato può essere correlata a comportamenti suicidi.
- Fattori ormonali: la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema delle poliammine è stata osservata in soggetti che hanno avuto comportamenti suicidi.

Fattori di rischio per il comportamento suicida negli adolescenti

Quando si parla di fattori di rischio negli adolescenti, la prima cosa da tenere a mente è che il comportamento suicida è solitamente multifattoriale (22). Esiste, quindi, una moltitudine di fattori che devono essere presi in considerazione quando si valuta il rischio di comportamento suicida negli adolescenti.

Il primo fattore da considerare in termini di fattori di rischio è senza dubbio la presenza di precedenti disturbi psichiatrici. In uno studio statunitense è stato riscontrato che la probabilità di tentativi di suicidio aumentava di quasi il 250% con ogni disturbo psichiatrico aggiuntivo; il disturbo più associato ai tentativi di suicidio secondo questo particolare studio era la depressione, presente in quasi



il 90% dei casi di tentativi di suicidio (23).

Allo stesso modo, è stata riscontrata una certa comorbilità con il disturbo d'ansia; sebbene vi sia una certa difficoltà nel dimostrare la relazione tra ansia e rischio di suicidio negli adolescenti come fattore causale, è chiaro che l'ansia è un marcatore di rischio per i comportamenti correlati al suicidio (24).

Un altro fattore da tenere in considerazione in termini di rischio di comportamento suicida è senza dubbio l'uso di droghe e alcol (25). Escludendo il tabacco, l'alcol e le sostanze a base di cannabinoidi sono le droghe più comunemente abusate. Per entrambe è stata dimostrata una correlazione tra il loro uso e l'aumento del rischio di comportamenti suicidari negli adolescenti, e persino con una maggiore letalità nei tentativi di suicidio; in questo campo, modelli temporanei di abuso possono comparire molto prima dell'inizio del comportamento suicidario, e si possono trovare diversi modelli di abuso (26).

Un altro fattore da tenere in considerazione per quanto riguarda il rischio di suicidio è senza dubbio rappresentato dai precedenti tentativi di suicidio come fattore di rischio, sia in termini di ripetizione del tentativo che di metodi utilizzati, di minore o maggiore letalità (27).

Uno degli ambiti più importanti in cui gli adolescenti crescono è senza dubbio la scuola. Per questo motivo anche questo aspetto trova spazio nel problema del suicidio adolescenziale; infatti, esiste una letteratura che mette in relazione le difficoltà scolastiche, come l'insuccesso accademico, con un maggior rischio di disturbi mentali, abuso di sostanze e suicidio (28).

Per quanto riguarda l'ambiente scolastico, un altro aspetto da tenere in considerazione è il bullismo. Esiste un'ampia letteratura che dimostra la relazione tra bullismo, autolesionismo e persino comportamenti suicidi, sia a livello di vittime che di aggressori rispetto ad adolescenti non esposti (29)(30).

Per quanto riguarda questo problema, un aspetto da tenere in considerazione, dato l'attuale rapporto degli adolescenti con i social network, è il cyberbullismo. Le vittime del cyberbullismo hanno un rischio maggiore di presentare comportamenti autolesionistici e suicidari; parallelamente, anche i bulli presentano un rischio maggiore di comportamenti suicidari rispetto alle persone non coinvolte nel cyberbullismo (31).

Per quanto riguarda la storia familiare di comportamenti suicidari come fattore di rischio, la letteratura dimostra che esiste un fattore importante a livello genetico, che associa alcuni geni a una maggiore probabilità di disturbi della salute mentale e persino di comportamenti suicidari. (32).

Un altro aspetto che va sicuramente sviluppato in questo quadro è la situazione degli adolescenti LGTBIQ+. Uno studio nazionale condotto in Inghilterra, che ha analizzato i fattori determinanti della suicidalità e



dell'autolesionismo nei giovani LGTBIQ+, ha rilevato che coloro che erano affetti da omofobia, bifobia o transfobia, insieme all'angoscia di nascondere la propria identità e di sentirsi esclusi o incapaci di parlarne, avevano maggiori probabilità di mettere in atto comportamenti suicidi. Inoltre, coloro che si identificavano come transgender avevano quasi il doppio delle probabilità di impegnarsi in atti di autolesionismo e 1,5 volte più probabilità di pianificare o tentare il suicidio rispetto agli altri partecipanti allo studio (33).

Come descritto nell'introduzione, il processo di maturazione dell'adolescente è il prodotto delle interazioni sociali che genera con il suo ambiente; pertanto, alcuni aspetti delle relazioni familiari possono senza dubbio essere considerati un fattore significativo nel rischio di comportamenti suicidi negli adolescenti. Eventi di vita stressanti, relazioni disfunzionali con i membri della famiglia, stress o sentimenti di solitudine sono aspetti da tenere in considerazione come fattori di rischio (34).

Quindi, un ambiente familiare ostile, relazioni disfunzionali tra i diversi membri della famiglia o la percezione da parte dell'adolescente di una mancanza di supporto familiare possono essere un fattore da tenere in considerazione per quanto riguarda il comportamento suicida negli adolescenti. (35) (36). In breve, possiamo affermare che i giovani con bassi livelli di supporto familiare hanno un rischio maggiore di ideazione suicidaria. In particolare, il supporto parentale percepito sembra essere un marcatore del rischio di suicidio (37).

Anche il lutto per suicidio è un rischio da considerare; gli adolescenti che sperimentano la morte per suicidio di un familiare stretto hanno maggiori probabilità di fare uso di droghe o di alcol, di assumere comportamenti violenti e di avere un'ideazione o un comportamento suicidario (38). Un altro aspetto importante da sottolineare per quanto riguarda gli adolescenti sono le condizioni socio-economiche del Paese in cui risiedono. Il comportamento suicida e i tentativi e l'ideazione di suicidio sono un importante problema di salute pubblica nei Paesi a basso reddito, come l'Africa o il Pacifico occidentale (39).

È evidente che gli adolescenti dei Paesi svantaggiati sono vulnerabili alle circostanze che li predispongono a una salute fisica e mentale compromessa, e che si sviluppano senza che i loro bisogni fondamentali siano soddisfatti. Si osserva inoltre che le differenze culturali o le difficoltà di adattamento nei giovani migranti, che portano a valori diversi e persino ad atteggiamenti razzisti della società ospitante, possono portare a cercare misure disperate nei bambini e negli adolescenti che hanno difficoltà (40).



Fattori protettivi per il comportamento suicida tra gli adolescenti

Così come esistono i fattori di rischio sviluppati in precedenza, esistono anche fattori considerati protettivi per il comportamento suicida negli adolescenti.

Matel-Anderson et al. elencano i legami affettivi con gli altri, la fiducia/fede, la capacità di esprimere sentimenti o pensieri stressanti e l'aver piani per il futuro come fattori protettivi per il comportamento suicida, come osservato dagli infermieri degli istituti psichiatrici (41).

Tuttavia, in altre pubblicazioni consultate, vengono segnalati altri potenziali fattori protettivi più specifici; alcuni dei fattori di rischio sopra menzionati diventano fattori protettivi se vengono sviluppati in modo da apportare benefici all'adolescente piuttosto che essere un fattore di stress. Un chiaro esempio di questa premessa è il rendimento scolastico. La letteratura suggerisce che il duro lavoro e i risultati, cioè il successo scolastico, sono un fattore protettivo allo stesso modo in cui uno scarso rendimento scolastico può essere correlato al rischio di suicidio (42).

Pertanto, a livello scolastico, la soddisfazione dei bisogni psicologici degli adolescenti (cioè l'autonomia, il sentirsi competenti e il relazionarsi con gli altri) è fondamentale come fattore protettivo per il benessere degli adolescenti (43).

In particolare, un'elevata soddisfazione di vita può essere considerata un fattore protettivo insieme a un'adeguata autostima, in quanto sentirsi affermati nella propria autostima e accettati dal proprio ambiente può aiutare gli adolescenti a vedere i loro problemi come temporanei o risolvibili. Allo stesso modo, anche il sostegno e il legame familiare possono essere considerati fattori protettivi, forse perché gli adolescenti che percepiscono un maggiore sostegno da parte dei genitori o della famiglia si sentono più legati al loro nucleo familiare (44).

Pertanto, si può ritenere che i maggiori fattori protettivi in termini di sviluppo dell'ideazione e del comportamento suicidario siano la soddisfazione dei bisogni psicologici fondamentali dell'adolescente, sia a livello familiare che scolastico. Miti e realtà del suicidio adolescenziale

Quando si parla della realtà del comportamento suicida, soprattutto negli adolescenti, esistono idee sbagliate irrazionali e profonde sul suicidio. Si tratta di idee sbagliate che devono essere eliminate dal discorso sociale per fornire gli strumenti necessari alla prevenzione di questo problema di salute pubblica. Secondo Castellvi-Obiols et al. (45) le idee principali su cui lavorare sono le



seguenti:

- I. "Una volta che una persona ha avuto un tentativo di suicidio, sarà sempre suicida".
Come già osservato, sia l'ideazione suicidaria che il comportamento suicidario non derivano da un'unica causa, ma da situazioni multifattoriali; si tratta di una situazione complessa e, come tale, non dovrebbe essere ridotta a uno stigma (9).
- II. "Parlare di suicidio è una cattiva idea perché può innescare altri suicidi".
Questa affermazione è per metà falsa. Quando si parla di suicidio nei media, solo il 4,5% dei contenuti riguarda la prevenzione di questi comportamenti, rispetto al 95,5% che riguarda i fattori di rischio. In altre parole, questo argomento viene trattato come una notizia di attualità, senza tenere conto dell'aspetto informativo con contenuti che fanno riferimento alle linee di assistenza, alle risorse disponibili, agli aspetti psicologici e alla spiegazione dei comportamenti a rischio (46).
Da ciò si comprende che, sebbene il sensazionalismo e la scabrosità di alcuni media siano dannosi, trattare le informazioni da un punto di vista informativo nei media può essere positivo, soprattutto a livello pubblico da un punto di vista informativo, al fine di aumentare la visibilità.
- III. "Solo le persone con disturbi mentali manifestano comportamenti suicidi o tutte le persone che si suicidano sono depresse".
Come già detto a proposito dei fattori di rischio suicidario, sebbene i disturbi mentali siano un fattore di rischio per l'ideazione e il comportamento suicidario, non si può in nessun caso affermare che il suicidio sia esclusivamente appannaggio delle persone con disturbi psichiatrici.
- IV. "La persona che si suicida vuole morire o è determinata a morire".
Secondo Castillo-Ledo et al. (47) non possiamo considerare il comportamento suicida degli adolescenti come un atto semplicemente finalizzato alla morte. Egli afferma che il tentativo di suicidio appartiene a un dibattito interno tra il desiderio di smettere di soffrire e il desiderio di vivere.
- V. "Le persone che parlano di suicidio non intendono farlo, o, in altre parole, le persone che minacciano il suicidio non lo commettono mai".



Come si legge nel libro di Villar-Cabeza "Morire prima del suicidio": "solo chi ha comunicato la propria intenzione di togliersi la vita e riceve l'aiuto che chiede è meno a rischio di suicidio. Se non lo ricevono, sono esposti a un rischio maggiore rispetto a coloro che non hanno espresso le loro intenzioni suicide" (48).

Altre idee correlate alle precedenti che è importante sradicare per superare le barriere e gli ostacoli che esistono a livello sociale per poter affrontare questo problema, secondo Ansean (49). Secondo Ansean (49), c'è l'errata convinzione che ci siano pochissime persone che si suicidano, motivo per cui può essere considerato un problema minore in termini di salute pubblica. Questa affermazione è semplicemente smentita dalla prima parte del quadro teorico di questa tesi, le statistiche e l'epidemiologia sopra menzionate non parlano affatto di un problema minoritario o minore.

Lo stesso autore afferma che il suicidio può anche essere considerato inevitabile. Si tratta di un'affermazione completamente errata, poiché, secondo l'UNICEF, il 100% dei suicidi è considerato prevenibile (50).

Metodi di suicidio negli adolescenti

Per quanto riguarda i metodi di suicidio utilizzati dagli adolescenti, la letteratura mostra differenze significative nel metodo utilizzato a seconda dell'età, del sesso o dell'origine dell'adolescente in questione. Il metodo di suicidio più frequente a livello globale, per entrambi i sessi, è l'impiccagione, seguito nel caso delle femmine dall'avvelenamento da pesticidi e nel caso dei maschi dal suicidio con arma da fuoco. Questi metodi sono quindi i più diffusi a livello globale (51).

Nonostante alcune differenze osservate negli studi di genere, la maggior parte dei Paesi dell'Europa orientale, così come i Paesi del Commonwealth e alcuni Paesi del Sud America, fanno parte di un gruppo di Paesi in cui prevale l'impiccagione; tuttavia, i pesticidi sono stati il metodo predominante in America centrale, in alcuni Paesi del Sud America e in Sri Lanka e Fiji, in particolare tra le giovani donne rispetto agli uomini. Tuttavia, in quest'area va notato che l'uso di questo metodo è probabilmente sottostimato, dato che l'avvelenamento da pesticidi e antiparassitari è elevato nei Paesi a basso reddito. Parallelamente, esiste un gruppo di Paesi e territori che presentano una gamma più diversificata di metodi di suicidio. Ad esempio, in alcuni Paesi il suicidio con arma da fuoco è



risultato essere il secondo metodo di suicidio più diffuso tra gli uomini, seguito dall'uso di pesticidi; Israele e gli Stati Uniti sono i Paesi con la più alta prevalenza di suicidi con arma da fuoco tra i giovani uomini.

In un altro gruppo di Paesi, sempre per quanto riguarda gli uomini, un metodo predominante in questo gruppo, insieme all'impiccagione, è il salto da un luogo elevato o il salto davanti a un oggetto in movimento. Questo gruppo comprende l'Europa meridionale e centrale e alcuni Paesi asiatici.

Come nel caso degli uomini, vi è un gruppo di Paesi in cui anche per le donne l'impiccagione è il metodo più diffuso, sebbene vi sia un'analogia prevalenza di avvelenamento da pesticidi, droghe e salto dall'alto. Questo gruppo di Paesi comprende la maggior parte dell'Europa centrale, ma anche i Paesi dell'America centrale e alcuni Paesi sudamericani e asiatici. Inoltre, sempre per quanto riguarda le donne, esiste un piccolo gruppo di Paesi (tra cui Corea del Sud, Spagna e Italia) in cui il salto dall'alto è il metodo predominante. Va inoltre notato che è difficile valutare i metodi di suicidio a livello globale, poiché ci sono Paesi che non riportano i dati all'OMS e ci sono suicidi di adolescenti valutati come accidentali in alcuni Paesi (52).

È importante affrontare in particolare la questione dell'accesso alle armi da fuoco, in quanto si tratta di un'area in cui la prevenzione del suicidio è particolarmente importante e, data l'attuale libertà di accesso, è particolarmente urgente limitare l'acquisto di armi da fuoco. I risultati di diversi studi condotti negli Stati Uniti suggeriscono la necessità di espandere le iniziative di prevenzione del suicidio in quei Paesi, soprattutto tra gli adolescenti provenienti da contesti svantaggiati (53).

Un'altra variabile da considerare è l'importanza dell'età del primo tentativo di suicidio, così come l'importanza di ricevere un trattamento dopo il primo tentativo per differenziare i tentativi multipli rispetto agli adolescenti che fanno un unico tentativo. Sebbene il metodo e la letalità del primo tentativo siano associati all'intenzionalità, queste caratteristiche potrebbero non essere importanti quanto altre caratteristiche del primo tentativo in questione. Viene inoltre sottolineata l'importanza della diagnosi precoce, della psicoeducazione e del collegamento con i servizi di salute mentale. (54).

Per quanto riguarda le differenze tra i tentativi di suicidio tra adolescenti e adulti, gli adolescenti avevano una storia più lunga di tentativi di suicidio rispetto agli adulti. Inoltre, hanno utilizzato un maggior numero di metodi non letali, come l'avvelenamento con farmaci non prescritti, e hanno avuto un rapporto di probabilità 5 volte superiore per i tentativi di suicidio con antidolorifici. L'intento del tentativo di suicidio negli adolescenti è relativamente meno grave e meno letale rispetto agli adulti (55).



Funded by
the European Union



SMALL-SCALE PARTNERSHIPS IN SCHOOL EDUCATION
APPLICATION NO 2022-1-ES01-KA210-SCH-000082501

Pertanto, i tentativi di suicidio tra gli adolescenti mostrano differenze rispetto ai tentativi degli adulti, sia per quanto riguarda il metodo, la motivazione e persino l'intento. Se consideriamo le caratteristiche dei tentativi di suicidio nell'adolescenza, è necessario comprendere le circostanze degli adolescenti che compiono questi tentativi e sviluppare i programmi e gli interventi necessari per prevenire queste situazioni tra questi gruppi.



Bibliografia

1. Adolescent health [Internet]. [cited 2022 Nov 12]. Available from:
https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Heal [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Nov 12];2(3):223-8.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30169257/>
3. Hidalgo Vicario MI, González-Fierro MJC. Adolescence. Physical, psychological and social aspects. A Pediatrics Contin [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2022 Nov 28];12(1):42-6.
Available from:
<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales-S1696281814701672>
4. CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD. [cited 2022 Nov 24];
Available from: www.unicef.es
5. Ravalli MJ, Calisti NL, Román V, Abud C, Zingman F, De Textos R, et al. UNICEF. COMMUNICATION, CHILDREN AND ADOLESCENTS. A GUIDE FOR JOURNALISTS: SUICIDE. [cited 2022 Nov 16]; Available from:
www.unicef.org.ar
6. Nesi J. The Impact of Social Media on Youth Mental Health. N C Med J [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Nov 28];81(2):116-21. Available from:
<https://www.ncmedicaljournal.com/content/81/2/116>
7. O'Reilly M, Dogra N, Hughes J, Reilly P, George R, Whiteman N. Potential of social media in promoting mental health in adolescents. Health Promot Int. 2019 Oct 1;34(5):981-91.



8. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 12];379(9826):1630-40. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22538178/>

9. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA, Cañón Buitrago SC, CarmonaParra JA. Suicidal conception and behavior in adolescents and young adults. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 28];20(80):387-97.
Available from:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Horacio B. Vargas, Javier E. Saavedra. Factors associated with suicidal behavior in adolescents. *Rev Neuropsychiatr* [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 28];75(1):19-28. Available from:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036937004>

11. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Rahim KA, Das JK, Salam RA, et al. Mental health of children and adolescents amidst covid-19 and past pandemics: A rapid systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Nov 28];18(7):3432. Available from:
<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3432/htm>

12. Sisler SM, Schapiro NA, Nakaishi M, Steinbuchel P. Suicide assessment and treatment in pediatric primary care settings. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Nov 28];33(4):187-200. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcap.12282>

13. Cañón Buitrago, S. C., & Carmona Parra, J. A. (2018). Suicidal conception and behaviors in adolescents and young adults. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, (20), 387-395.



14. Martín-del-Campo A, González C, Bustamante J. Suicide in adolescents. *Rev Médica del Hosp Gen Mexico*. 2013;16(4):200-9.
15. Tomas Baader M, Edmundo Urra P, Rocío Millán A, Lisette Yáñez M. Some considerations on the suicide attempt and its confrontation. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2011 May 1;22(3):303-9.
16. Neira H, Neira H. Suicide and suicide missions: revisiting Durkheim. *Moebius Tape* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Jan 29];62(62):140-54. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2018000200140&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
17. García-Haro J, García-Pascual H, González MG, Barrio-Martínez S. What is suicide? Clinical and conceptual issues Rocío GARCÍA- PASCUAL. 2019; 37(2):91-100.
18. Vianchá-Pinzón M, Bahamón-Muñeton M, Alarcón-Alarcón L. Psychosocial variables associated to the suicidal intent, suicidal conception and suicide in young people. *Tesis Psicol*. 2013;8(1):112-23.
19. Brito Castillo, H., José Alfaro Larena, J., Bravo Sandoval, M. J., González González, N., & Rojas Cabezas, G. (2022). Factors associated with attempted suicide in hospital emergency department care. *Revista Chilena de Rehabilitación y Actividad Física*, 1-14. <https://doi.org/10.32457/rea1.1898>
20. Pedreira-Massa, J. L. (2019). Suicidal behaviors in adolescence: A guide for intervention and prevention. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*, (24), 217-237.
21. Gracia-Liso, R., Portella, M. J., Puntí-Vidal, J., Pujals-Altés, E., Torralbas-Ortega, J., Llorens, M., Pamias, M., Fradera-Jiménez, M., Montalvo-



- Aguirrezabala, I., & Palao, D. J. (2023). COVID-19 Pandemic Has Changed the Psychiatric Profile of Adolescents Attempting Suicide: A Cross-Sectional Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2952. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042952>
22. Riverón Cruzata LJ, González Borrero ME, Borrero Celles O, Fonseca Rondón M, Espinosa Vázquez I del C. Risk factors, symptoms and behaviour in adolescents with suicide attempts [Riverón Cruzata LJ, González Borrero ME, Borrero Celles O, Fonseca Rondón M, Espinosa Vázquez I del C. April 16. Rev 16 Abril [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 16];55(202). Available from: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/426
23. Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH, et al. Psychiatric Diagnoses as Contemporary Risk Factors for Suicide Attempts Among Adolescents and Young Adults: Developmental Changes. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2009 Apr [cited 2023 Jan 16];77(2):281. Available from: [pmc/articles/PMC2819300/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2819300/)
24. Orri M, Scardera S, Perret LC, Bolanis D, Temcheff C, Séguin JR, et al. Mental health problems and risk of suicidal conception and attempts in adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2023 Jan 16];146(1). Available from: [/pediatrics/article/146/1/e20193823/37056/Mental-Health-Problems-and-Risk-of-Suicidal](https://pediatrics/article/146/1/e20193823/37056/Mental-Health-Problems-and-Risk-of-Suicidal)
25. Hernández-Bello L, Hueso-Montoro C, Luis Gómez-Urquiza J, Cogollo-Milanés Z. Prevalence and factors associated with suicide conception and attempts in adolescents: systematic review. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 Sep 10 [cited 2023 Jan 16];94. Available from: www.mscbs.es/resp
26. Shlosberg D, Zalsman G, Shoval G. Emerging issues in the relationship between adolescent substance use and suicidal behavior. *Isr J Psychiatry*



- Relat Sci [Internet]. 2014 Aug 11 [cited 2023 Jan 17];51(4):262-9. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25841222/>
27. Jamison EC, Bol KA. Previous Suicide Attempt and Its Association With Method Used in a Suicide Death. Am J Prev Med [Internet]. 2016 Nov[cited 2023 Jan 16];51(53):226--233. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.07.023>
28. Ligier F, Giguère CE, Notredame CE, Lesage A, Renaud J, Séguin M. Are school difficulties an early sign for mental disorder diagnosis and suicide prevention? A comparative study of individuals who died by suicide and control group. Child Adolescent Psychiatry Ment Health [Internet]. 2020 Jan 14 [cited 2023 Jan 16];14(1):1. Available from:
</pmc/articles/PMC6958641/>
29. Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, Depression, and Suicidality in Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2023 Jan 16];46(1):40-9. Available from:
<http://www.jaacap.org/article/S0890856709619560/fulltext>
30. Hertz MF, Donato I, Wright J. Bullying and suicide: A public health approach. J Adolescent Heal [Internet]. 2013 Jul 1 [cited 2023 Jan 16];53(1 SUPPL):S1-3. Available from:
<http://www.jahonline.org/article/S1054139X1300270X/fulltext>
31. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, et al. Self-Harm, Suicidal Behaviors, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. J Med Internet Res [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2023 Jan 16];20(4). Available from:
</pmc/articles/PMC5934539/>
32. Docherty AR, Shabalin AA, DiBlasi E, Monson E, Mullins N, Adkins DE, et al.



- Genome-Wide Association Study of Suicide Death and Polygenic Prediction of Clinical Antecedents. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Jan 16];177(10):917-27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32998551/>
33. McDermott E, Hughes E, Rawlings V. The social determinants of lesbian, gay, bisexual and transgender youth suicidality in England: a mixed methods study. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Jan 17];40(3):e244-51. Available from: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article/40/3/e244/4555272>
34. Quiceno JM, Vinaccia S. Quality of life, salutogenic factors and suicidal conception in adolescents. *Ter psicológica* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 17];31(2):263-71. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Mathew A, Saradamma R, Krishnapillai V, Muthubeevi SB. Exploring the Family factors associated with Suicide Attempts among Adolescents and Young Adults: A Qualitative Study. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 Jan 16];43(2):113. Available from: </pmc/articles/PMC8313455/>
36. Lin FG, Lin JD, Hsieh YH, Chang CY. Quarrelsome family environments as an enhanced factor on child suicidal conception. *Res Dev Disabil*. 2014;35(12):3245-53.
37. Macalli M, Tournier M, Galéra C, Montagni I, Soumare A, Côté SM, et al. Perceived parental support in childhood and adolescence and suicidal conception in young adults: a cross-sectional analysis of the i-Share study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 Nov 27 [cited 2023 Jan 16];18(1). Available from: </pmc/articles/PMC6260717/>
38. Benítez-Perez LE. Resilient and maladaptive characteristics in the suicide bereavement process in families [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 16].



Funded by
the European Union



SMALL-SCALE PARTNERSHIPS IN SCHOOL EDUCATION
APPLICATION NO 2022-1-ES01-KA210-SCH-000082501

Available from:

<https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/120/89>

39. Uddin R, Burton NW, Maple M, Khan SR, Khan A. Suicidal conception, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *Lancet Child Adolescent Heal.* 2019 Apr 1;3(4):223-33.
40. Özlü-Erkilic Z, Diehm R, Wenzel T, Bingöl Çağlayan RH, Güneş H, Üneri ÖŞ, et al. Transcultural differences in suicide attempts among children and adolescents with and without migration background, a multicenter study: in Vienna, Berlin, Istanbul. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2023 Jan 17];31(11):1671-83. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-021-01805-7>
41. Matel-Anderson DM, Bekhet AK. Resilience in Adolescents Who Survived a Suicide Attempt from the Perspective of Registered Nurses in Inpatient Psychiatric Facilities. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2023 Jan 16];37(11):839-46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27351243/>
42. Mirkovic B, Cohen D, Garny de la Rivière S, Pellerin H, Guilé JM, Consoli A, et al. Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2023 Jan 16];29(12):1729-40. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-020-01491-x>
43. Tian L, Chen H, Huebner ES. The Longitudinal Relationships Between Basic Psychological Needs Satisfaction at School and School-Related Subjective Well-Being in Adolescents. *Soc Indic Res* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2023 Jan 16];119(1):353-72. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-013-0495-4>



44. Brausch AM, Decker KM. Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal conception in adolescents. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2014 [cited 2023 Jan 16];42(5):779-89. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24254374/>
45. Castellví-Obiols P, Piqueras-Rodríguez JA. Suicide in adolescence: a public health problem that can and should be prevented. *Rev Estud Juv* [Internet]. 2018 Sep [cited 2023 Jan 16];121:45-59. Available from:
https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf
46. Camacho-Markina I, Santos-Diez MT. The reflection of the WHO recommendations for suicide prevention in the Spanish press. *Journalistic Message Study* [Internet]. 2020 May 13 [cited 2023 Jan 16];26(3):903-13. Available from:
<https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/65239>
47. Ledo IC, González HIL, Barroso AAR. Psychodynamic considerations of suicidal behavior in the child and adolescent population. *Norte salud Ment*. 2013;11(46):13-9.
48. Villar-Cabeza F. Dying before suicide: prevention in adolescence. Herder Editorial, editor. Barcelona; 2021. 255 p.
49. Anseán-Ramos A. Suicidios : manual de prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida. 2nd ed. Fundación Salud Mental España, editor. Madrid; 2014.
50. Agustina-Sulleiro MV, Nowotny A, Gosiker M, González JE. INTEGRAL ADOLESCENT SUICIDE ADDRESS [Internet]. 1st edition. UNICEF, Ministerio de Salud Argentino SA de P, editor. Buenos Aires; 2021 [cited 2023 Jan 16]. Available from: www.argentina.gob.ar/salud



51. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO, Geneva.
52. Kőlves K, de Leo D. Suicide methods in children and adolescents. EurChild Adolesc Psychiatry [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2023 Feb 14];26(2):155-64. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-016-0865-y>
53. Joseph VA, Martinez-Alés G, Olfson M, Shaman J, Gould MS, Keyes KM. Temporal Trends in Suicide Methods Among Adolescents in the US. JAMA Netw Open [Internet]. 2022 Oct 3 [cited 2023 Mar 12];5(10):e2236049-e2236049. Available from:
https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/279720_4
54. Defayette AB, Adams LM, Whitmyre ED, Williams CA, Esposito-Smythers C. Characteristics of a First Suicide Attempt that Distinguish Between Adolescents Who Make Single Versus Multiple Attempts. Arch Suicide Res [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2023 Mar 12];24(3):327. Available from:
<https://pmc/articles/PMC6982559/>
55. Lee J, Bang YS, Min S, Ahn JS, Kim H, Cha YS, et al. Characteristics of adolescents who visit the emergency department following suicide attempts: Comparison study between adolescents and adults. BMC Psychiatry [Internet]. 2019 Jul 26 [cited 2023 Mar 12];19(1):1-9. Available from:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2213-5>