



Co-funded by  
the European Union

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



# HANDS

HANDLING SUICIDE RISK OF ADOLESCENTS AT SCHOOL

## INVESTIGACIÓN TRANSNACIONAL



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.

# Índice

## Introducción

## Marco teórico

- Marco conceptual
- Suicidio
- Epidemiología del suicidio
- Epidemiología del suicidio adolescente
- Modelo biopsicosocial de conducta suicida.
- Factores de riesgo a nivel molecular
- Factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes
- Factores protectores de la conducta suicida en adolescentes
- Mitos y realidades del suicidio adolescente
- Métodos de suicidio en adolescentes

## Bibliografía



Funded by  
the European Union



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

## Introducción

La adolescencia es la etapa de la vida que va desde la niñez hasta la edad adulta, es decir, de los 10 a los 19 años (1). La adolescencia se entiende como la fase intermedia entre la niñez y la edad adulta del ser humano, y coordina elementos de crecimiento puramente biológico con una transición a nivel de rol social (2).

Durante esta etapa de crecimiento, el adolescente debe desarrollar diversos aspectos psicosociales; se adquiere cierta independencia familiar, se inicia la conciencia de la propia imagen y la aceptación corporal; Las relaciones amistosas cobran importancia, así como también pueden iniciarse relaciones sexualmente afectivas, y comienza el desarrollo de la propia identidad. (3). Es por esto que la adolescencia puede ser un período problemático y riesgoso a nivel psicosocial.

Cabe agregar que los derechos de los adolescentes se enmarcan dentro de la Convención sobre los Derechos del Niño, donde se hace énfasis en la obligación de los estados de brindar las herramientas necesarias para el correcto desarrollo de los niños, niñas y adolescentes en todas sus facetas; El artículo 24 enfatiza el derecho de los niños a recibir los cuidados necesarios para gozar de salud, tanto en términos de atención preventiva como de servicios médicos y de rehabilitación cuando sea necesario. Por lo tanto, se entiende que es obligación de nuestro Estado, al ser signatario, tomar las medidas necesarias encaminadas a la protección y correcto desarrollo de los adolescentes (4).

El suicidio, según la Organización Mundial de la Salud, se define como "el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían según los distintos países". La OMS también afirma que los



adolescentes son particularmente vulnerables porque se encuentran en esta etapa de desarrollo (5).

En los últimos años se han producido cambios en los entornos en los que maduran los adolescentes, el mundo social en el que crecen es urbanizado, móvil y globalmente conectado. Las redes sociales mantienen el mundo hiperconectado, lo que anima a los adolescentes a comunicarse y establecer vínculos sociales y familiares distintos.

La influencia de la socialización entre los adolescentes ha crecido exponencialmente debido a la conectividad y amplificación de las redes sociales, que pueden tener un impacto tanto positivo como negativo en la salud mental de los adolescentes, dependiendo del tipo de experiencias a las que están expuestos (6)(7).

La salud de los adolescentes es el resultado de estas interacciones y de los cambios sociales y biológicos que acompañan a la pubertad misma, moldeada por determinantes sociales, factores de riesgo y protectores, que condicionarán la salud futura del individuo, así como el apoyo familiar y comunitario (8)(9).

Así, factores como el género, la etnia, los trastornos mentales previos, las creencias religiosas, etc., aumentan significativamente la vulnerabilidad de los adolescentes a las tendencias suicidas e incluso la propia conducta suicida. De manera similar, los factores sociales, como la exposición a conductas suicidas, acontecimientos vitales estresantes o un rendimiento escolar deficiente, también pueden aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes (10).

En los últimos años, en el contexto de una pandemia de COVID-19 con los confinamientos pertinentes, la salud mental de los adolescentes se ha visto afectada. El cierre de escuelas e institutos, la limitación de actividades físicas, el distanciamiento social, el aislamiento, así como las demás restricciones implementadas durante la pandemia de COVID-19 tuvieron un claro impacto en su salud mental (11). Por este motivo, es importante formar a los profesionales más cercanos a los adolescentes en prevención del riesgo de suicidio, con el



fin de dar un correcto abordaje a los adolescentes en riesgo.

Ante el escenario actual respecto al suicidio adolescente y la importancia de una buena gestión de la salud mental para evitar el desarrollo de patologías que conduzcan a conductas suicidas, es necesaria la implicación de los referentes del adolescente, principalmente la escuela, la familia y el entorno sanitario de referencia. Se considera de vital importancia.

La implicación de la enfermera de atención primaria es especialmente importante en la detección precoz del riesgo de suicidio, a nivel de desarrollar protocolos de evaluación, desarrollar estrategias de prevención y, en definitiva, proporcionar a los jóvenes afectados y a las familias afectadas el seguimiento y apoyo necesarios (12).

Dentro del diseño de estrategias de prevención cobra especial importancia formar a los profesionales docentes en riesgo de suicidio, por lo que el principal objetivo de este trabajo será el desarrollo de una formación especializada en prevención del riesgo de suicidio para profesionales docentes y de atención primaria. El abordaje metodológico se basará en la elección de una escala de riesgo de suicidio aplicable a adolescentes, con la esperanza de lograr una mayor formación preventiva de los profesionales de atención primaria en la detección del riesgo de suicidio.

## Marco conceptual

Según la definición de la OMS, la adolescencia es la etapa de la vida que va desde la niñez hasta la edad adulta, es decir, de los 10 a los 19 años. Durante esta etapa de crecimiento, los adolescentes establecen patrones de comportamiento que pueden proteger su salud y la de otras personas con quienes interactúan o ponen en riesgo su bienestar actual o futuro (13). De esta



manera, entendemos la adolescencia como la fase intermedia entre la niñez y la edad adulta del ser humano, donde se coordinan elementos de crecimiento puramente biológicos con una transición a nivel de rol social.

Los adolescentes se encuentran en un periodo de búsqueda de su identidad y de adaptación a lo que será su identidad adulta, que definirá el resto de su desarrollo. En esta evolución física y mental, los adolescentes pasan por una serie de cambios que alteran su equilibrio emocional y les hacen tomar decisiones ya independientes de las de sus padres. A nivel del desarrollo cognitivo y emocional, nuevos valores e inquietudes, ideales y responsabilidades emergen y se forjan en función de su desarrollo y capacidad de decisión. Así, los adolescentes se encuentran en una etapa de cambio y maduración y, por tanto, son especialmente vulnerables (14).

El suicidio se define como "un acto o comportamiento autodestructivo, cuyo objetivo es alcanzar la muerte, con un fuerte deseo de morir y con el conocimiento, la esperanza y la creencia de que es posible alcanzar ese objetivo mediante el método elegido" (15).

Así, lo indispensable en la definición de suicidio es la intención de la persona de causarse la muerte a sí misma, es decir, el elemento de intencionalidad y voluntariedad, también presente en la definición de suicidio de Durkheim: "cualquier caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado, se llama suicidio" (16). (dieciséis).

Nos encontramos, entonces, con una decisión-acción-resultado mediante la cual la persona tiene una clara intención de acabar con su vida. Sin embargo, debemos visualizar la conducta suicida como una realidad compuesta por varios componentes: el gesto, la planificación, el intento y finalmente el suicidio consumado. La acción sigue estos componentes sin ser lineal, sino que es un proceso de progreso y regresión continuos (17).

Por tanto, el acto de suicidio está precedido tanto por actos suicidas y el intento en sí, con consecuencias suicidas, siendo cogniciones que van desde



pensamientos fugaces sobre no querer vivir, pasando por fantasías autodestructivas, e incluso hasta la planificación suicida explícita y meditada (18).

## Suicidio

Tanto el suicidio como el intento de suicidio pueden tener causas muy variables, que pueden estar muy influenciadas por el entorno (estrés, situaciones económicas, sociales, familiares desfavorables...), así como por causas inherentes al individuo (trastornos mentales, abuso de sustancias...) (19).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, más conocido como DSM V, manual de referencia de la Psiquiatría y trabajo de la Asociación Americana de Psiquiatría, clasificó por primera vez en el año 2013 el término "Trastorno de Conducta Suicida", postulando que este se manifiesta fundamentalmente por un intento de suicidio, siendo este un comportamiento que el individuo realiza con la intención de quitarse la vida (logre o no este fin). Sin embargo, para este diagnóstico, el manual indica que el suicidio no está considerado y, por otro lado, considera que se requieren más estudios para incluir conductas derivadas de un estado de delirio o confusión, así como con fines religiosos. También resalta el matiz de excluir del diagnóstico anterior las "autolesiones no suicidas", que a veces pueden confundirse con una conducta suicida, pero que en realidad corresponden a lesiones superficiales para aliviar un sentimiento negativo. Este término queda excluido de "conducta suicida" porque el propósito de estas acciones, aunque la manifestación sea hacerse daño físicamente, no es acabar con la propia vida.

Según el Algoritmo de Clasificación de Evaluación del Suicidio de Columbia (C-CASA), se deben diferenciar una serie de términos relacionados con el suicidio:

- Concepción suicida: pensamientos en referencia al suicidio, a menudo el punto de partida de una conducta suicida. Algunos autores diferencian entre pasivo y activo:
  - o Concepción activa del Suicidio: se refiere a pensamientos concretos y



- conscientes sobre quitarse la vida.
- Concepción pasiva del Suicidio: se refiere a pensamientos de querer estar muerto, sin un deseo concreto de quitarse la vida.
  - Conducta autolesiva no suicida: inflexión autolesiva hacia uno mismo que no implica la intención de quitarse la vida, muchas veces para aliviar el estrés. Ejemplos de ello son cortes, rasguños o quemaduras en las capas más superficiales de la piel.
  - Planificación del suicidio: pensamientos relacionados con la planificación del acto suicida.
  - Actos preparatorios: Preparación para un suicidio inminente. Puede incluir la verbalización de la intención, así como la preparación del método real, como almacenar pastillas o conseguir una cuerda. Escribir una nota de suicidio también se incluye en esta clasificación.
  - Intento de suicidio: acto autoinfligido por un individuo con la intención de provocar su propia muerte. Este acto puede o no resultar en la muerte. Externamente, se asocia con una alta probabilidad de que la persona haya cometido el acto con intención de suicidarse. Por ejemplo, saltar por una ventana, intoxicarse por tomar grandes cantidades de medicamentos, etc.
  - Comportamiento suicida: Comportamiento deliberado en el que se cometen actos autolesivos hacia uno mismo. Tenemos evidencia explícita o implícita de que el individuo ha intentado quitarse la vida.
  - Suicidio: Muerte causada por suicidio autoinfligido.

El predictor más fiable con el que se ha correlacionado la conducta suicida es la presencia de enfermedad mental, aunque la conducta suicida es el resultado de un crisol de factores a diferentes niveles que convergen en un mismo individuo. Las comorbilidades más frecuentes con este trastorno, según el DSM V son: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias, trastorno límite de la personalidad, trastorno de personalidad antisocial, trastornos alimentarios y trastornos desadaptativos. De hecho, según psiquiatras de la Comunidad de Madrid, se estima que el 90% de las personas que presentan conductas suicidas tienen algún tipo de enfermedad mental. Por otro lado, se han identificado una serie de conductas que pueden hacer sospechar una



conducta suicida, como la compra de un arma,

Si bien se ha mencionado que la depresión mayor es una patología que conlleva un alto riesgo de suicidio, es importante detectar a un paciente con posible depresión. Para ello se debe prestar especial atención a la presencia de 5 o más de los siguientes signos y síntomas durante al menos 2 semanas:

- Estado de ánimo deprimido
- Desinterés por actividades placenteras.
- Disminución o aumento del apetito que conduce a la pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o culpa.
- Incapacidad para pensar o concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte, con o sin un plan específico.
- Quejas somáticas (dolores de cabeza, dolor abdominal...)

También se habla del llamado "contagio suicida", que es un fenómeno en el que un suicidio que se produce en una comunidad (pueblo, colegio, etc.) puede derivar en otro suicidio en la misma comunidad. Esto parece deberse a que los humanos tenemos tendencia a repetir comportamientos de forma imitativa entre nosotros. Así, en una comunidad en la que cuando se ha producido un suicidio, los individuos vulnerables por se ven su riesgo notablemente aumentado.

## **Epidemiología del suicidio**

El suicidio es considerado un fenómeno universal, atemporal, con diversas concepciones culturales y sociopolíticas (21), así como un problema



de salud pública global y universal, que afecta a todos los grupos poblacionales y estratos sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la práctica ha aumentado un 60% en los últimos 45 años (22) y, según cifras recientes, unas 703.000 personas se quitan la vida anualmente en todo el mundo.

Según datos del INE, el suicidio es la primera causa de muerte en España entre los jóvenes de entre 15 y 29 años. Por otro lado, según la OMS, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes en el mundo (después del tráfico). accidentes), provocando una disminución de la esperanza de vida en este grupo de población.

En Europa según estudios recientes, las tasas de suicidio más altas se encuentran en Letonia, Lituania y Montenegro, con más de 20 suicidios por cada 100.000 habitantes. Albania, por el contrario, es el país europeo con la tasa más baja, con 4,3 casos por 100.000 habitantes.

En cuanto a la clasificación por sexo, varios estudios coinciden en que los intentos de autolesión son más frecuentes en la población femenina, mientras que los suicidios consumados son más frecuentes en la población masculina (21). Los datos facilitados por el Teléfono de la Esperanza muestran que el 65% de las llamadas que reciben de personas con riesgo de conducta suicida son de mujeres, frente al 35% de hombres, lo que puede sugerir que la población femenina adopta una actitud más reflexiva y es más consciente de la necesidad de ayuda. Esta tendencia se mantiene en todos los grupos de edad, aunque en menores de 13 años los pensamientos suicidas son más recurrentes en los niños, según Save The Children. Según la misma fuente, es a partir de los 13 años cuando se produce el punto de inflexión en cuanto a género, además de triplicarse el número de casos. Es más común que los primeros pensamientos surjan al comienzo de la adolescencia y el riesgo de suicidio aumenta con la edad. Es por ello que se considera fundamental detectar y actuar ante los primeros signos de pensamientos suicidas.



Funded by  
the European Union



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

Alrededor de 3.000 personas se suicidan cada día en todo el mundo, lo que representa unas 16 personas por cada 100.000 habitantes, y un total de 1.000.000 de suicidios al año, lo que supone una media de una muerte cada 40 segundos.

Por cada suicidio hay 20 personas que intentan autolesionarse. El suicidio es la principal causa de muerte en muchos países del mundo y una de las principales causas de muerte en la población adolescente. A medida que aumenta la edad, el riesgo de suicidio se quintuplica, lo que significa que el suicidio representa el 2% de la carga mundial de morbilidad, además del sufrimiento que provoca en el entorno familiar.

## Epidemiología del suicidio adolescente

Según la OMS, un adolescente es un individuo entre 10 y 19 años. La adolescencia es un período de la vida en el que se producen importantes cambios físicos, cognitivos, sociales y psicológicos. Estos cambios hacen que el individuo sea susceptible a una serie de crisis, que pueden resolverse tanto fisiológica como patológicamente. Es en este último donde entran los problemas psicológicos y psiquiátricos de la adolescencia, el más fatal de los cuales es la conducta suicida (21).

Hay estudios que destacan ciertos riesgos a los que puede estar expuesto un adolescente, que lo hacen especialmente vulnerable, como por ejemplo una situación doméstico-familiar compleja desfavorable, bullying, problemas sociales, enfermedades mentales... Estaríamos hablando de un adolescente en riesgo. Por otro lado, existen eventos o situaciones que se denominan “disparadores” o desencadenantes, que con su aparición terminan desencadenando una conducta suicida, como la pérdida de un ser querido, un cambio brusco de ambiente, etc. (23). Save The Children señala que los niños



Funded by  
the European Union



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

que viven en una situación socioeconómica vulnerable (familia con bajos ingresos/bajos recursos) tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales, lo que los hace más susceptibles a cometer conductas suicidas.

Se ha demostrado que, especialmente entre la población más joven, se está constatando un aumento de las dificultades de afrontamiento y resolución de problemas, entre otras, lo que se cree que tiene una influencia importante en este aumento de la conducta suicida (20).

Por ejemplo, desde el inicio de la reciente pandemia de Covid-19, se observó un aumento de los intentos de autolesión y de suicidios en pacientes de todas las edades, especialmente en los adolescentes. Fue una época caracterizada por un clima de incertidumbre, miedo y provocó una discontinuidad en las actividades habituales de las personas (21).

El suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes y la búsqueda de ayuda por conductas suicidas en este grupo de población es baja. Según la OMS (51), el suicidio entre la población adolescente en Europa tiene una de las tasas más altas del mundo.



Funded by  
the European Union



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

## Muertes por suicidio: tasa de mortalidad estandarizada, 2015

(por 100 000 habitantes)

	Hombres	Mujeres	Total
UE-28	17,9	4,9	10,9
Lituania	6,3	10,1	30,3
Eslovenia	36,2	8,4	20,7
Letonia	35,5	7,0	19,3
Hungría	32,6	8,8	19,0
Croacia	29,0	8,3	17,3
Bélgica	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
Luxemburgo	20,7	8,4	13,9
Finlandia	21,3	6,2	13,5
República Checa	23,1	4,8	13,2
Suecia	18,2	6,9	12,3
Alemania	18,6	5,9	11,7
Rumania	20,6	3,3	11,4
Países Bajos	16,0	6,9	11,3
Portugal	16,8	5,5	10,4
Dinamarca	14,6	6,1	10,2
Irlanda	15,4	4,0	9,6
Bulgaria	15,7	4,0	9,3
Eslovaquia	16,7	3,0	9,2
Malta	11,9	3,3	7,6
España	11,9	3,7	7,5
Reino Unido	11,5	3,4	7,4
Italia	10,2	2,6	6,1
Grecia	7,9	1,8	4,7
Chipre	7,1	2,0	4,5
Islandia	18,2	7,5	13,1

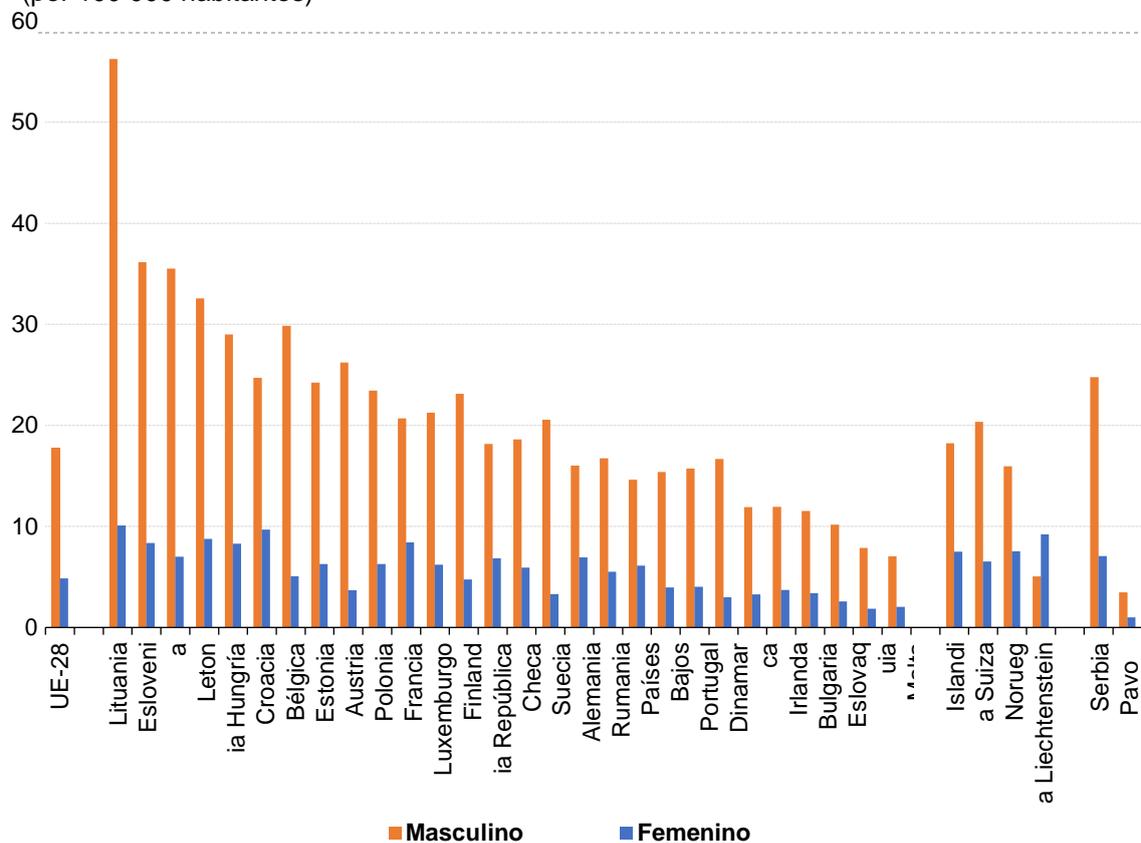
Financiado por la Unión Europea. Sin embargo, los puntos de vista y opiniones expresados son únicamente los de los autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea o la Agencia Ejecutiva Europea en Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA pueden ser consideradas responsables de ello.



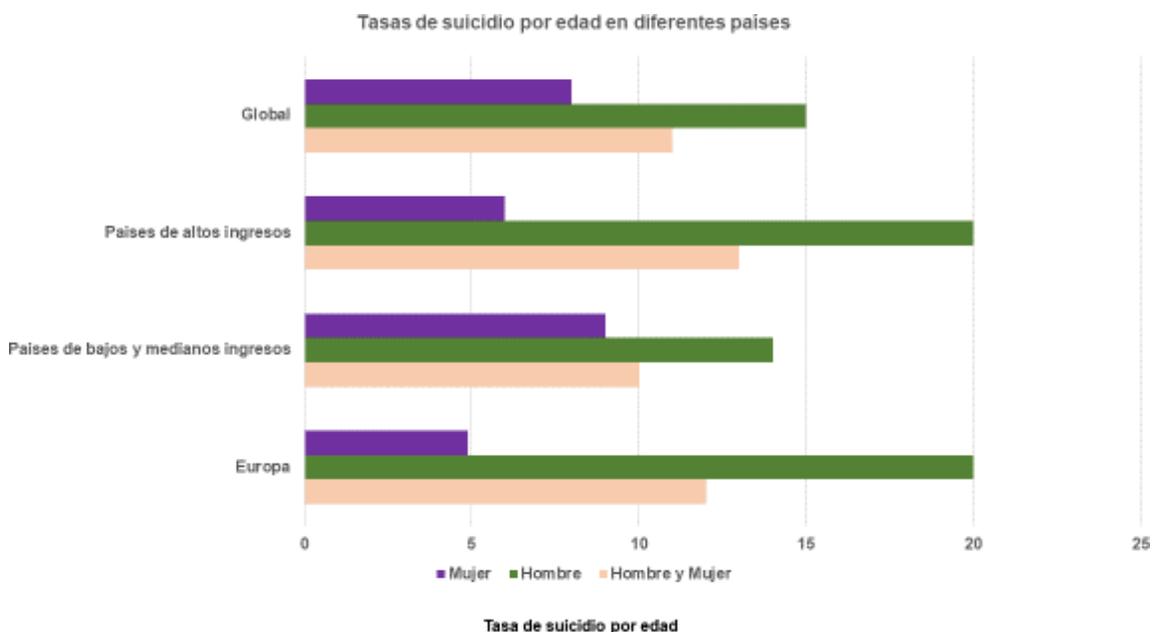
Suiza	20,3	6,5	13,0
Noruega	16,0	7,5	11,7
Liechtenstein (¹)	5.1	9,2	2,5
Serbia	24,8	7,1	15,0
Pavo	3,5	1,0	2,2

Fuente: Eurostat (código de datos en línea: hlth\_cd\_asdr2)

### Muertes por suicidio: proporción estandarizada de muertes, 2015 (por 100 000 habitantes)

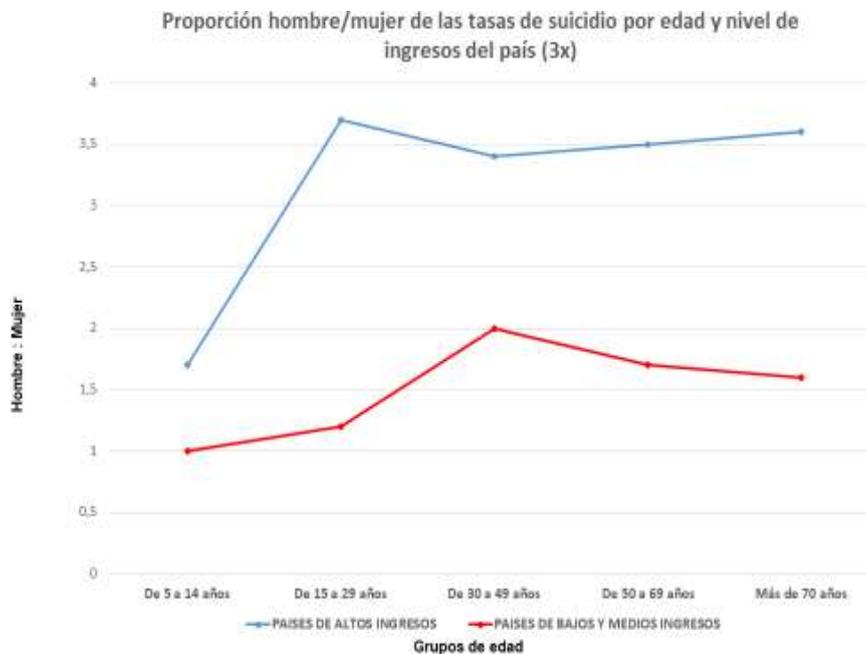


Las tasas de suicidio por edad son menores en menores de 15 años y mayores en mayores de 70 años, sin diferencia de género en ningún lugar del mundo, aunque las tasas de suicidio por género entre los 15 y los 70 años son diferentes en los países analizados en la OMS estudio (51).



El mismo estudio analiza las proporciones de suicidios por edad y muestra que a nivel mundial, el suicidio representa el 8,5 % de todas las muertes entre las personas de 15 a 29 años, y se considera la segunda causa de muerte (después de los accidentes de tráfico).

ÉEs sorprendente encontrar que en los países de altos ingresos, el suicidio representa el 17,6% de todas las muertes entre adultos jóvenes de 15 a 29 años, ubicándose como la principal causa de muerte en ambos sexos.



## Modelo biopsicosocial de conducta suicida

Martín Pérez, miembro del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias de Castilla y León, determina que el acto suicida es el resultado final de una serie de factores que confluyen en un individuo.

Por un lado, está el individuo, que debe ser concebido como una entidad única, así como las circunstancias que lo rodean y sus interacciones con el entorno en un momento y lugar determinados, lo que dificulta su generalización. Sin embargo, se pueden describir diferentes variables que podrían explicar ciertos comportamientos o tendencias.

En un individuo pueden confluír pensamientos negativos (ineficacia, incapacidad, culpa, etc.) y estímulos externos adversos (problemas familiares/sentimentales, despido laboral, etc.), lo que propiciará la aparición de pensamientos amenazantes (falta de alternativas, inviabilidad de soluciones,



etc.), lo que lleva a altos niveles de ansiedad y angustia. En la primera En esta fase, el sujeto puede visualizar el suicidio como un escape de este sufrimiento, es decir, un alivio de la aversión.

Después se inicia la segunda fase, en la que el sujeto planifica el acto suicida (tiempo, método, lugar, etc.) y se prepara para llevarlo a cabo.

## **Factores de riesgo a nivel molecular**

Los estudios postulan que, si bien todo el mundo es más o menos susceptible al suicidio, existen varios factores que pueden aumentar el riesgo:

- Factores genéticos y epigenéticos: determinadas variantes genéticas aumentan la predisposición a la conducta suicida, que es una condición psiquiátrica individual. No es de extrañar que, en muchos casos, un paciente con conducta suicida tenga antecedentes familiares de dicha conducta.
- Neurotransmisores: una disminución de la serotonina se asocia con estados depresivos y por tanto más propenso al suicidio, y una desregulación del metabolismo del glutamato puede correlacionarse con una conducta suicida.
- Factores hormonales: se ha observado una desregulación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, así como del sistema de poliaminas, en personas que han tenido tendencias suicidas.

## **Factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes**

Cuando hablamos de factores de riesgo en adolescentes lo primero que hay que tener en cuenta es que la conducta suicida suele ser multifactorial (22), por lo que existen multitud de factores que se deben tener en cuenta a la hora



de valorar el riesgo de conducta suicida en adolescentes.

El primer factor para considerar en cuanto a factores de riesgo es, sin duda, los trastornos psiquiátricos previos. En un estudio estadounidense se descubrió que la probabilidad de intentos de suicidio aumentaba casi un 250 % con cada trastorno psiquiátrico adicional; El trastorno más asociado con los intentos de suicidio según este estudio en particular fue la depresión, presente en casi el 90% de los casos de intentos de suicidio (23).

Asimismo, también se encuentra cierta comorbilidad con el trastorno de ansiedad, aunque existe cierta dificultad para comprobar la relación entre la ansiedad y el riesgo suicida en adolescentes como factor causal, está claro que la ansiedad es un marcador de riesgo de conductas relacionadas con el suicidio (24).

Otro factor a tener en cuenta en cuanto al riesgo de conductas suicidas es, sin duda, el consumo de drogas y alcohol (25).

Excluyendo el tabaco, el alcohol y las sustancias a base de cannabinoides son las drogas de abuso más común. Para ambos, se ha demostrado una correlación entre su uso y un mayor riesgo de conducta suicida en adolescentes, e incluso con una mayor letalidad en los intentos de suicidio; En este campo, pueden aparecer patrones temporales de abuso mucho antes del inicio de la conducta suicida, y se pueden encontrar diferentes patrones de abuso (26).

Otro factor a tener en cuenta o que más se tiene en cuenta respecto al riesgo de suicidio es, sin duda, los intentos suicidas previos como factor de riesgo, tanto por la repetición del intento como por los métodos utilizados, menor o mayor letalidad (27).

Uno de los ámbitos más importantes en el que crecen los adolescentes es sin duda la escolarización. Es por esto que este aspecto también tiene cabida en el problema del suicidio adolescente; de hecho, existe literatura que vincula las dificultades escolares, como el fracaso académico, con un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, abuso de sustancias y suicidio. (28).



Respecto al ámbito escolar, otro aspecto a tener en cuenta es el acoso escolar. Existe abundante literatura que demuestra la relación entre el acoso, hacer daño, e incluso conductas suicidas, tanto a nivel de víctimas como de agresores en relación con adolescentes no expuestos (29)(30).

Respecto a esta problemática, un aspecto a tener en cuenta, dada la relación actual de los adolescentes con las redes sociales, es el ciberacoso. Las víctimas de ciberbullying tienen mayor riesgo de presentar conductas tanto autolesivas como suicidas; Paralelamente, los agresores también sufren un mayor riesgo de comportamiento suicida en comparación con las personas que no están involucrados en ciberbullying (31).

Respecto a los antecedentes familiares de conducta suicida como factor de riesgo, existe literatura que demuestra que existe un factor importante a nivel genético, asociando ciertos genes con mayor probabilidad de sufrir trastornos de salud mental e incluso conducta suicida (32).

Otro aspecto que ciertamente es necesario desarrollar en este marco es la situación de los adolescentes LGTBIQ+. Un estudio nacional en Inglaterra que desarrolló los determinantes del suicidio y la autolesión en jóvenes LGTBIQ+ encontró que aquellos afectados por la homofobia, bifobia, o la transfobia, junto con la angustia por ocultar su identidad y sentirse excluidos o incapaces de hablar de ello, tenían más probabilidades de tener conductas suicidas. Además, aquellos que se identificaron como transgénero tenían casi el doble de probabilidades de autolesionarse y 1,5 veces más probabilidades de planificar o intentar suicidarse que otros participantes del estudio (33).

Como se describe en la introducción, el proceso de maduración del adolescente es producto de las interacciones sociales que genera con su entorno; por lo tanto, ciertos aspectos de las relaciones familiares sin duda pueden considerarse un factor significativo en el riesgo de conducta suicida en los adolescentes. Los acontecimientos vitales estresantes, las relaciones disfuncionales con los familiares, el estrés o los sentimientos de soledad son



aspectos a tener en cuenta como factores de riesgo (34).

Así, un entorno familiar hostil, las relaciones disfuncionales entre diferentes miembros de la familia o la percepción del adolescente de falta de apoyo familiar pueden ser un factor a tener en cuenta respecto a la conducta suicida en los adolescentes. (35)(36). En definitiva, podemos afirmar que los jóvenes con bajos niveles de apoyo familiar tienen mayor riesgo de suicidio. Específicamente, el apoyo percibido de los padres parece ser un marcador de riesgo de suicidio (37).

El duelo por suicidio también es un riesgo para considerar. Los adolescentes que sufren una muerte por suicidio de un familiar cercano tienen más probabilidades de consumir drogas o alcohol, tener comportamientos violentos y tener tendencias suicidas o comportamiento (38).

Otro aspecto que es importante destacar con respecto a los adolescentes son las condiciones socioeconómicas del país en el que residen. Comportamiento suicida e intentos de suicidio son un importante problema de salud pública en países de bajos ingresos, como África o el Pacífico Occidental (39).

Es evidente que los adolescentes de los países desfavorecidos son vulnerables a circunstancias que los predisponen a sufrir problemas físicos y mentales, de salud y a desarrollarse sin tener cubiertas sus necesidades básicas. También se observa que las diferencias culturales o las dificultades de adaptación de los jóvenes inmigrantes, que dan lugar a valores diferentes e incluso actitudes racistas de la sociedad de acogida, pueden llevar a que se busquen medidas desesperadas en los niños y adolescentes que tienen dificultades (40).

## **Factores protectores de la conducta suicida en adolescentes**

De la misma manera que existen los factores de riesgo desarrollados anteriormente, también existen factores que se consideran protectores de la



conducta suicida en adolescentes.

Matel-Anderson et al. enumera las conexiones afectivas con los demás, la confianza/fe, la capacidad de expresar sentimientos o pensamientos estresantes y tener planes para el futuro como factores protectores para el comportamiento suicida, tal como lo ven las enfermeras en instituciones psiquiátricas (41).

Sin embargo, en otra literatura consultada, se observan otros factores protectores potenciales más específicos; Algunos de los factores de riesgo mencionados anteriormente se convierten en factores protectores si se desarrollan de manera que beneficien al adolescente en lugar de ser un factor de estrés. Un claro ejemplo de esta premisa es el rendimiento escolar. La literatura sugiere que el trabajo duro y los logros, es decir, el éxito escolar, es un factor protector de la misma manera que el bajo rendimiento escolar puede estar relacionado con el riesgo de suicidio (42).

Así, a nivel escolar, la satisfacción de las necesidades psicológicas de los adolescentes (es decir, autonomía, sentirse competente y relacionarse con los demás) es vital como factor protector del bienestar adolescente (43).

Específicamente, una alta satisfacción con la vida puede considerarse un factor protector junto con una autoestima adecuada, ya que sentirse afirmado acerca de la propia valía y aceptación por parte del entorno puede ayudar a los adolescentes a ver sus problemas como temporales o solucionables. Asimismo, el apoyo y el vínculo familiar también pueden considerarse factores protectores, quizás porque los adolescentes que perciben un mayor apoyo parental o familiar se sentirán más conectados con su unidad familiar (44).

Así, se puede considerar que los mayores factores protectores en cuanto al desarrollo de tendencias suicidas y el comportamiento son la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas del adolescente, tanto a nivel familiar como escolar.



## Mitos y realidades del suicidio adolescente

Cuando se trata de la realidad del comportamiento suicida, especialmente en adolescentes, existen ideas erróneas irracionales y profundas sobre el suicidio. Se trata de conceptos erróneos que es necesario eliminar del discurso social para poder proporcionar las herramientas necesarias para la prevención de este problema de salud pública. Según Castellví-Obiols et al. (45) las principales ideas a trabajar son las siguientes:

- I. "Una vez que una persona se ha intentado suicidar, siempre serán suicidas".

Como se señaló anteriormente, tanto el suicidio como la conducta suicida no surgen de una única causa, sino que deriva de situaciones multifactoriales, es una situación compleja y, como tal, no debe reducirse a un estigma (9).

- II. "Hablar de suicidio es una mala idea porque puede provocar más suicidios".

Esta afirmación es medio falsa. Cuando se trata el suicidio en los medios, sólo el 4,5% de los contenidos están relacionados con la prevención de estas conductas, frente al 95,5% que son factores de riesgo. Es decir, se trata este tema como una noticia de actualidad, sin tener en cuenta el aspecto informativo con contenidos referidos a líneas de ayuda, recursos disponibles, atención psicológica, aspectos, y explicación de conductas de riesgo (46).

De esto entendemos que, aunque el sensacionalismo y el escabroso de determinados medios son perjudiciales, tratar la información desde un punto de vista informativo en los medios puede ser positivo, especialmente a nivel público desde un punto de vista informativo, con vistas a aumentar la visibilidad.



- III. "Sólo las personas con trastornos mentales manifiestan conductas suicidas o todas las personas que se suicidan están deprimidas".

Como se exploró anteriormente con respecto a los factores de riesgo suicidas, aunque los trastornos mentales son un factor de riesgo para las tendencias suicidas y comportamiento, bajo ninguna circunstancia podemos afirmar que el suicidio sea dominio exclusivo de personas con trastornos psiquiátricos.

IV. "La persona que se suicida quiere morir o está decidida a morir". Según Castillo-Ledo et al (47) no podemos considerar la conducta suicida adolescente como un acto simplemente encaminado al objetivo de morir. Afirma que el intento de suicidio pertenece a un debate interno entre el deseo de dejar de sufrir y el deseo de vivir.

- V. "La gente que habla de suicidio no quiere decir que quiera hacerlo, o, en otras palabras, la gente que amenaza con suicidarse nunca se suicida".

Como dice el libro de Villar-Cabeza "Morir antes del suicidio": "sólo aquellos que han comunicado sus intenciones de quitarse la vida y reciben la ayuda que piden tienen menos riesgo de suicidarse. Si no la reciben, están expuestos". a un riesgo mayor que aquellos que no han manifestado sus intenciones suicidas" (48).

Otras ideas relacionadas con las anteriores que es importante erradicar para superar las barreras y obstáculos que existen a nivel social para poder abordar este problema. Según Ansean (49), existe la creencia errónea de que son muy pocas las personas que se suicidan, por lo que puede considerarse un problema menor en términos de salud pública.

Esta afirmación es simplemente desmentida por la primera parte del marco teórico de esta tesis, las estadísticas y epidemiología antes mencionadas no hablan en absoluto de un problema minoritario o menor.

El mismo autor también menciona que el suicidio también puede



considerarse inevitable. Esta es una afirmación completamente errónea, ya que, según UNICEF, el 100% de los suicidios se consideran prevenibles (50).

## Métodos de suicidio en adolescentes

Con respecto a los métodos de suicidio utilizados por los adolescentes, existe literatura que muestra diferencias significativas en el método utilizado según la edad, género, u origen del adolescente en cuestión. El método de suicidio más frecuente a nivel mundial, para ambos sexos, es el ahorcamiento, seguido en el caso de las mujeres por el envenenamiento por pesticidas y en el caso de los hombres el suicidio con arma de fuego. Por tanto, estos métodos son los más prevalentes a nivel mundial (51).

A pesar de algunas diferencias observadas en los estudios de género, la mayoría de los países de Europa del Este, así como los países de la Commonwealth y algunos países de América del Sur, son parte de un grupo de países donde predomina el ahorcamiento; sin embargo, los pesticidas fueron el método predominante en Centroamérica, algunos países de América del Sur y en Sri Lanka y Fiji, particularmente entre las mujeres jóvenes en comparación con los hombres. Sin embargo, cabe señalar en este ámbito que es probable que se subestime el uso de este método, ya que los pesticidas y la intoxicación por pesticidas son elevados en los países de bajos ingresos. Paralelamente, existe un grupo de países y territorios que cuentan con una gama más diversa de métodos suicidas. Por ejemplo, en algunos países se ha descubierto que el suicidio con arma de fuego es el segundo método de suicidio más frecuente entre los hombres, seguido del uso de pesticidas; Israel y Estados Unidos son los países con mayor prevalencia de suicidio con arma de fuego entre hombres jóvenes.

En otro grupo de países, también en lo que respecta a los hombres, un método predominante en este grupo, junto con el ahorcamiento, es saltar desde un lugar alto, o saltar delante de un objeto en movimiento. Este grupo



incluye el sur y centro de Europa y algunos países asiáticos.

Al igual que en el caso de los hombres, hay un grupo de países donde las mujeres también tuvieron como método más prevalente el ahorcamiento, aunque hubo una prevalencia similar de intoxicaciones por pesticidas, drogas y saltos desde lugares altos. Este grupo de países incluye la mayor parte de Europa Central, pero también países centroamericanos, así como algunos países sudamericanos y asiáticos. Además, también en lo que respecta a las mujeres, hay un pequeño grupo de países (entre ellos Corea del Sur, España e Italia) donde saltar desde un lugar alto es el método predominante. También cabe señalar que es difícil evaluar los métodos de suicidio a nivel mundial, ya que hay países que no reportan datos a la OMS y hay suicidios de adolescentes evaluados como accidentales en algunos países (52).

Es importante abordar la cuestión del acceso a las armas de fuego en particular, ya que es un área donde la prevención del suicidio es de particular importancia y, dada la actual libertad de acceso, restringir la compra de armas de fuego es especialmente urgente. Los resultados de varios estudios realizados en Estados Unidos sugieren la necesidad de ampliar las iniciativas de prevención del suicidio en esos países en particular, especialmente entre adolescentes de entornos desfavorecidos (53).

Otra variable a considerar es la importancia de la edad del primer intento de suicidio, así como la importancia de recibir tratamiento después de un primer intento para diferenciar múltiples intentos versus adolescentes que realizan un solo intento. Aunque el método y la letalidad de este primer intento están asociados con la intencionalidad, estas características pueden no ser tan importantes como otras características del primer intento en cuestión. También se destaca la importancia de la detección temprana, la psicoeducación y la vinculación con los servicios de salud mental (54).

En cuanto a las diferencias entre los intentos de suicidio entre adolescentes y adultos, los adolescentes tenían un historial de intentos de suicidio más largo que los adultos. También utilizaron métodos más no letales,



Funded by  
the European Union



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

como el envenenamiento con medicamentos sin receta, y tenían una probabilidad 5 veces mayor de intentar suicidarse con analgésicos. El intento de suicidio en adolescentes es comparativamente menos grave y menos letal en comparación con los adultos (55).

Así, los intentos de suicidio entre adolescentes muestran diferencias con los intentos realizados por adultos, tanto en el método, como en la motivación e incluso en la intención. Si consideramos las características de los intentos de suicidio en la adolescencia, es necesario comprender las circunstancias de los adolescentes que realizan estos intentos y desarrollar las intervenciones necesarias para prevenir situaciones entre estos grupos.



## Bibliografía

1. Adolescent health [Internet]. [cited 2022 Nov 12]. Disponible de:  
[https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](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.  
Disponible de: <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.  
Disponible de:  
<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];  
Disponible de: [www.unicef.es](http://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]; Disponible de:  
[www.unicef.org.ar](http://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. Disponible de:  
<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, Ezeh AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. Lancet (London, England)



- [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 12];379(9826):1630-40. Disponible de:  
<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.  
Disponible de:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](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. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-554X2018000200140&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](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-Muñetón 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.  
Disponible de: <https://doi.org/10.32457/reaf1.1898>
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. Disponible de: <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).Disponible de:  
[https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16\\_04/article/view/426](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. Disponible de: [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). Disponible de:  
[/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. Disponible de: [www.msbs.es/resp](http://www.msbs.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. Disponible de:  
<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(5):226--233. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
[/pmc/articles/PMC6958641/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3958641/)
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. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
<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). Disponible de:  
[/pmc/articles/PMC5934539/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32998551/)
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. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082013000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](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. Disponible de:  
[/pmc/articles/PMC8313455/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32998551/)



Funded by  
the European Union



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

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). Disponible de: [/pmc/articles/PMC6260717/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111111/)
38. Benítez-Perez LE. Resilient and maladaptive characteristics in the suicide bereavement process in families [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 16]. Disponible de: <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. Disponible de: <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. Disponible de: <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. Disponible de:



<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. Disponible de:

<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. Disponible de:

<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. Disponible de: [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](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. Disponible de:

<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 postvención de la conducta suicida. 2nd ed. Fundación Salud Mental España, editor. Madrid; 2014.



Funded by  
the European Union



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

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]. Disponible de: [www.argentina.gob.ar/salud](http://www.argentina.gob.ar/salud)
51. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. WHO, Geneva.
52. Kõlves 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. Disponible de:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-016-0865-y>
53. Joseph VA, Martinez-Alés G, Olsson 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. Disponible de:  
[https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/279720\\_4](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. Disponible de:  
<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. Disponible de:  
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2213-5>