

## VARIABLES MODULADORAS DE LA VULNERABILIDAD SUICIDA EN ADOLESCENTES

**David Sánchez-Teruel**

Departamento de Psicología, Facultad de Humanidades y  
Ciencias de la Educación de la Universidad de Jaén  
dsteruel@ujaen.es

**María Auxiliadora Robles-Bello**

Departamento de Psicología, Facultad de Humanidades y  
Ciencias de la Educación de la Universidad de Jaén  
marobles@ujaen.es

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.10>

*Fecha de recepción: 16 Febrero 2015*

*Fecha de admisión: 30 Marzo 2015*

### RESUMEN.

Se presentan distintas cuestiones conceptuales sobre el suicidio en adolescentes, y se plantean los factores de riesgo que están relacionados con el comportamiento suicida. Se ofrece una visión sobre las variables demográficas y psicosociales a tener en cuenta para la valoración del riesgo de tentativa o de suicidio consumado en adolescentes. Además, se desarrollan pautas para el fomento de los aspectos que se han demostrado eficaces para la lucha contra la tentativa de suicidio y el suicidio consumado en adolescentes y adultos jóvenes, siendo las relaciones interpersonales, factores a tener muy en cuenta para un análisis exhaustivo, dentro de la calidad de vida y bienestar emocional en este colectivo. Se concluye sobre aquellas variables demográficas y psicosociales que se contemplan de mayor interés para la prevención de la tentativa suicida, y se ofrecen diversas limitaciones de este estudio que pueden contemplarse como perspectivas futuras para investigadores y clínicos interesados en el suicidio en adolescentes.

**Palabras clave:** relaciones interpersonales, prevención, suicidio, factores protectores

### ABSTRACT.

We present various conceptual issues about teen suicide, and raise the risk factors that are associated with suicidal behavior. It provides an insight into the demographic and psychosocial

variables to consider for risk assessment or suicide attempt in adolescents. In addition, develop guidelines for the promotion of the aspects that have been proven effective in the fight against suicide attempt and completed suicide in adolescents and young adults, with interpersonal relationships, factors to be taken into account for a thorough analysis, in the quality of life and emotional well-being in this group. It is concluded on those demographic and psychosocial variables are contemplated interest for the prevention of suicide attempt, and there are various limitations of this study can be seen as future prospects for researchers and clinicians interested in teen suicide.

**Keywords:** relationships, prevention, suicide, protective factors

## INTRODUCCIÓN

En contra de la creencia general, hay más muertes por suicidio que por homicidio (Instituto Nacional de Estadística-INE; 2010; Hiroeh, Appleby, Mortensen & Dunn 2001). Actualmente el suicidio se contempla como una entidad nosológica diferente y no solo como un síntoma de enfermedad mental (American Psychiatric Association-APA, 2014; Organización Panamericana de la Salud-O.P.S., 2014).

Según datos de algunas administraciones sanitarias internacionales las personas con mayor riesgo de suicidio consumado son aquellas que tienen edades entre 16 y 39 años y las personas que superan los 50 años (WHO, 2013). En concreto, parece ser que el suicidio infantil y adolescente es la segunda causa de muerte no accidental en este colectivo (World Health Organization-WHO, 2012 a b). Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio siendo hasta 40 veces más frecuentes que el suicidio consumado, y existiendo además conductas concretas de riesgo en niños y adolescentes como las lesiones auto-infligidas sin intencionalidad de muerte (Ayuso-Mateos et al., 2012; Boeninger, Masyn, Feldman y Conger, 2010; WHO, 2013).

En esta línea, el suicidio es menos frecuente en la infancia y la adolescencia temprana, se incrementa considerablemente en los últimos años de la adolescencia y continúa en los 20 años primeros de vida, tanto para hombres como para mujeres (*American Foundation for Suicide Prevention- AFSP*, 2010; Gould y Kramer, 2001; Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2003). Las niñas y las adolescentes son más propensas que los niños y adolescentes masculinos a las tentativas suicidas, y ellos tienen cinco veces más probabilidades de daños físicos graves o de muerte en sus intentos de suicidio que ellas (Sánchez-Teruel, 2012; WHO, 2013). Sin embargo, no solo las variables demográficas modulan el riesgo de suicidio, sino que la tremenda influencia de factores culturales dificulta la generalización de los resultados obtenidos por la literatura científica sobre esta conducta, puesto que los riesgos específicos que incrementan la vulnerabilidad suicida son muy heterogéneos según culturas y territorios (Patton et al., 2012; López-Castroman et al., 2015).

En Europa, los últimos datos publicados indican que los países de la Unión Europea con índices más altos de suicidios en adolescentes y jóvenes son Lituania, con una tasa de un 34,1%, Hungría con 24,6% y Letonia con un 22,9% por cada 100.000 habitantes (European Statistical Office of the European Commission-Eurostat, 2009). En España, los últimos datos ofrecidos detectan que existen un total de 125 niños, adolescentes y jóvenes (ambos sexos y todo el país) que se han suicidado, siendo las edades de mayor riesgo las comprendidas entre 15 y 24 años (INE, 2013). El análisis de las comunidades autónomas de mayores tasas suicidas, según población de 10 a 24 años (24% sobre total en esas edades), son en orden decreciente: Navarra, Aragón, Islas Baleares, Castilla y León y Canarias (tabla 1).

Tabla 1

*Número de suicidios por sexo en niños, adolescentes y jóvenes en España en las primeras cinco comunidades autónomas con mayores tasas de suicidio (2013)*

CC.AA.	10 a 14 años	15-19	20-24	Población total de esas edades	% de suicidios
<b>Navarra</b>				88.038	0,003408
<b>Hombres</b>	0	1	2		
<b>Mujeres</b>	0	0	0		
<b>Aragón</b>				180.983	0,003315
<b>Hombres</b>	0	1	4		
<b>Mujeres</b>	0	1	0		
<b>Islas Baleares</b>				171.057	0,002923
<b>Hombres</b>	0	1	2		
<b>Mujeres</b>	0	0	2		
<b>Castilla y León</b>				327.522	0,002443
<b>Hombres</b>	0	0	8		
<b>Mujeres</b>	0	0	0		
<b>Canarias</b>				341.719	0,002341
<b>Hombres</b>	1	0	5		
<b>Mujeres</b>	0	0	2		
<b>Total España 10-24 años</b>				6.891.524	0,001814
<b>Varones</b>	3	22	77	102	
<b>Mujeres</b>	0	6	17	23	

*Fuente: Elaboración propia sobre datos de INE (2013)*

Son muchos los trabajos que han ido aportando información sobre el papel de determinadas variables como factores de riesgo para la tentativa o conducta suicida en adolescentes, habiéndose señalado condiciones, tan dispares, como el sexo, la edad, la pérdida temprana de alguno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, presencia de trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, bullying, dificultades para la inserción en el mercado laboral unido a los problemas económicos de los padres, etc.... (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004, Mansilla, 2010; Nock, 2009; Pérez-Camarero, 2009; Organización Mundial de la Salud-OMS, 2009).

Todos estos resultados muestran la necesidad de una mayor investigación a este respecto para analizar qué mecanismos modulan el tránsito de fases menos letales (ideación) a fases más graves (suicidio consumado) de esta conducta (Lee et al., 2007). La literatura sobre este tema parece evidenciar que los factores demográficos, psicosociales y culturales presentan un valor tremendamente modulador del suicidio en adolescentes y jóvenes (Fairweather-Schmidt, Anstey, Salim y Rodgers, 2010). Pero hasta la fecha no existen muchos estudios donde se describan aquellas variables que promueven una mayor vulnerabilidad suicida en adolescentes y jóvenes. Por todo ello, se va a intentar ofrecer una visión clarificadora de todos los factores que la literatura científica plantea como más reveladores en el análisis de la ideación, tentativa o conducta suicida en esta población.

## VARIABLES MODULADORAS DEL RIESGO DE TENTATIVA O SUICIDIO CONSUMADO EN ADOLESCENTES

### VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

Las variables demográficas determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones y aproximan a la realidad social, un determinado problema de salud (frecuencia, distribución y probabilidad de ocurrencia) (Villatoro et al., 2004).

Respecto al *sexo*, los hombres se suicidan más que las mujeres, y estas lo intentan más frecuentemente que ellos; proporción que se mantiene estable en todos los grupos de edad (González-Forteza et al., 2002; Hawton, 2000). De hecho, las mujeres adolescentes presentan mayores tasas de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres adolescentes (Gilligan, 2004; Borges et al., 2009). Esto podría ser explicado porque los adolescentes masculinos suelen ser más alexitímicos (más fríos, menos comunicativos) y solicitan menos ayuda, sobre todo en las primeras fases de gestación de la ideación suicida tal y como aportan algunos estudios (Aja, 2007) y, sin embargo, las adolescentes son más capaces de expresar emociones y comunicarse con los demás, lo que conlleva pedir ayuda más urgentemente, en estas primeras fases de ideación. Otra explicación podría ser porque los adolescentes masculinos utilizan métodos de mayor letalidad (ahorcamiento, armas de fuego, etc.) que las mujeres adolescentes (autolesiones, envenenamiento, precipitación, etc...), lo que ocasiona mayor número de suicidios consumados y, por lo tanto, tasas más altas en este sexo (Callanan & Davis, 2012).

Parece ser que se incrementa el riesgo conforme se incrementa la *edad* (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela 2005; Sarró, 2000). Los adolescentes de entre 15 y 19 años presentan sobre todo alto riesgo de ideación y tentativa suicida, pero en los jóvenes de entre 20 y 24 años el resultado de muerte por suicidio es mucho mayor (Mansilla, 2010). Sin embargo, existe una alta variabilidad respecto a la edad en las tentativas suicidas o suicidios consumados, que viene modulada fundamentalmente por otras variables como el sexo y los acontecimientos vitales estresantes (Blasco-Fontecilla et al., 2012), pero además, la influencia de estas variables suelen variar según países y zonas territoriales de un mismo país (Álvaro-Meca, Kneib, Gil-Prieto y Gil de Miguel, 2013).

En España en concreto, existen importantes diferencias en la edad para realizar el primer intento de suicidio. De hecho, parece ser que investigaciones sobre población del sur de este país plantean que las edades de mayor peligrosidad para realizar una primera tentativa suicida es a partir de los 14 años (Córdoba-Doña et al., 2014; Sánchez-Teruel, García-León y Muela-Martínez, 2014). Sin embargo, algunos estudios sobre otras zonas de España plantean que las edades de mayor peligrosidad se encuentran a partir de los 25 años (De Miguel-Bouzas et al., 2012; Jiménez-Treviño et al., 2012). Algunos autores han planteado que la división territorial en España ejemplificada por los diferentes sistemas de salud de acuerdo con cada comunidad autónoma, junto a la inexistencia de registros estandarizados y homogéneos sobre el suicidio no letal, pueden dificultar la comparación de los datos sobre el sexo y la edad que modula el intento de suicidio entre los diferentes territorios en este país (Sánchez-Teruel, Muela-Martínez y García-León, 2015).

Por otro lado, existen también edades insuficientemente representadas en la literatura empírica sobre el suicidio, en concreto son escasos los estudios que utilizan muestras infantiles (Nock et al., 2008). Este hecho puede explicarse en gran medida por la rareza de ideación y de tentativas suicidas en niños menores 10 años al no poseer la capacidad cognitiva para comprender plenamente la naturaleza de la muerte, y por lo tanto ser incapaces de involucrarse en conductas suicidas como

han planteado investigaciones previas (Liu y Miller, 2014). En lugar de ello, el riesgo de la primera aparición de alguna de las fases más graves del comportamiento suicida (planificación, tentativa o suicidio consumado) tiende a surgir en torno a los 12 años y aumenta considerablemente en el transcurso de la adolescencia (Nock et al., 2013).

### **Factores psicosociales de riesgo.**

Las variables psicosociales que pueden estar asociadas a la conducta suicida en adolescentes son (Arenas, Lucio-Gómez y Forns, 2011; Cash y Bridge, 2009; O'Connor, 2007; Williams y Pollock, 2000): *variables cognitivas*, como el pensamiento dicotómico (tendencia a clasificar las experiencias según dos categorías opuestas, todo o nada, bueno o malo, etc..), la rigidez cognitiva, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico, *variables de personalidad* (impulsividad, perfeccionismo, agresividad, hostilidad), *variables emocionales* (desesperanza), *variables conductuales* (dificultad en la resolución y afrontamiento de problemas, lesiones autoinfligidas, etc..) y las *relaciones interpersonales* (relación con familiares y la relación entre iguales).

Dentro de estas variables, existen algunas de especial importancia, la *rigidez cognitiva*, la *desesperanza* y las *relaciones interpersonales* (Beautrais, Collings y Ehrhardt, 2005; Crowe, Beauchamp, Catroppa y Anderson, 2012). Existen estudios que muestran que el intenso perfeccionismo, asociado a una constante autocrítica por actuaciones sociales, la preocupación rumiativa por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tentativa y el suicidio consumado en esta población (O'Connor, 2007). También la desesperanza se considera el factor psicológico más influyente, que produce un alto riesgo de tentativa y suicidio consumado en adolescentes (López et al., 2007). Así, numerosas investigaciones han comprobado que el suicidio en adolescentes se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos psicológicos (esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno bipolar, o trastornos de abuso de sustancias tóxicas) (Hawton y Van Heeringer, 2009; Nock et al., 2008; Sullivan y Bongar, 2009). Fundamentalmente los trastornos del estado de ánimo, si van acompañados de desesperanza, suponen un riesgo de suicidio 20 veces mayor que en la población general (Beautrais et al., 2005), sobre todo, si su inicio es anterior a los 15 años (López et al., 2007; Wren, Foy e Ibeziako, 2012). En este sentido, Hintikka et al., (2009) concluyeron que un estado de ánimo depresivo estaba muy asociado al origen de la ideación suicida. En relación con los trastornos bipolares Beautrais et al., (2005) indican que entre un 25-50% de los adolescentes con trastorno bipolar, realizan un intento de suicidio. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan un mayor riesgo de suicidio (Hawton y Van Heeringer, 2009; Pérez-Camarero, 2009; Yoshimasu, Kiyohara y Miyashita, 2008), sobre todo adolescentes masculinos durante la primera etapa de la enfermedad (López et al., 2007). En relación con los trastornos de ansiedad, se pueden asociar más con tasas elevadas de ideación suicida, y no tanto con tentativas de alta letalidad o suicidios consumado (Chinchilla, Correas y Vega, 2003). Sin embargo, no está muy claro si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si es necesario que se asocien a otras comorbilidades, como la depresión, los trastornos de personalidad o el abuso de sustancias para que produzcan tentativas suicidas más letales (Beautrais et al., 2005; Cava, Murgui, y Musitu, 2008).

También parece existir cierta diferenciación sexual referente al suicidio y trastornos psicológicos previos. Así, la investigación al respecto, informa que los principales problemas en las mujeres adolescentes están relacionados con aspectos emocionales y trastornos de ansiedad (Sauceda, Lara y Fócil, 2006); sin embargo, los hombres adolescentes presentan mayores problemas con el control

de la ira (Brezo, Paris y Turecki, 2006), la impulsividad (Bobes, Sáiz y García-Portilla, 2004; Tejedor, Díaz, Faus, Pérez y Solá), agresividad y hostilidad (Marcelli y Humeau, 2007; Palacios y Andrade, 2008) y además, son más sensibles a las dificultades familiares. Por otro lado, la presencia de cierta planificación respecto al acto suicida aumenta considerablemente el riesgo de suicidio, por lo que es, junto a más de una tentativa previa, uno de los mayores predictores en el grado de letalidad de esta conducta (Nock et al., 2008; Sánchez-Teruel, 2012).

El papel de los factores sociales y culturales es menos claro y sigue siendo un tema de interés teórico y práctico (Durkheim, 1897; Joe, Ganetto y Romer, 2008; OMS, 2001, 2004; Nock et al., 2010). En esta línea, los factores contextuales pueden afectar significativamente al bienestar, y también pueden servir como predictores de la conducta suicida y ser una base importante para la formulación de medidas preventivas, lo que informa de la necesidad de ir más allá del exclusivo estudio de los trastornos mentales a una gama más amplia de factores para mejorar la comprensión de cómo se desarrolla la conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes. De hecho, estudios recientes de revisión han mostrado que se puede potenciar la resiliencia ante la tentativa y el suicidio consumado en adolescentes y jóvenes (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2014), puesto que la literatura clásica centrada en factores de riesgo no parece disminuir las tasas de tentativas y muertes por suicidio en esta población.

Dentro de los factores sociales, destacan la *inactividad* y las *relaciones interpersonales*. Así, parece ser que existe un incremento del riesgo de suicidio en adolescentes por la *inactividad*, laboral o académica (King y Merchant, 2008; Sánchez-Teruel, 2010). De hecho, parece ser que esta inactividad fomenta mayores tasas de suicidio, probablemente moduladas por factores tales como la presión de grupo, conflictos familiares y falta de apoyo social, lo que podría llevar a sufrir trastornos emocionales graves y desesperanza, y por ello mayor probabilidad de presentar ideas o realizar tentativas de suicidio (Bursztein y Apter, 2009). Respecto a las relaciones interpersonales en la adolescencia, son de especial interés por su demostrada relación con la tentativa o con el suicidio consumado (Amitai y Apter, 2012; Joiner, 2006), en particular dos: Las *relaciones familiares* y las *relaciones entre los iguales*. Así, diversos estudios han demostrado que el estrés familiar es uno de los factores medioambientales más importantes asociados a las tentativas o conductas suicidas en los adolescentes (Almonte, 2003; Bursztein y Apter, 2009; Bridge, Goldstein y Brent, 2006). También, el sentirse aceptado por parte del grupo de iguales, reviste singular importancia para el desarrollo de la dimensión social del adolescente y lo contrario, suele afectar de lleno a su equilibrio psicosocial (Valadez, Amezcua, González, Montes y Vargas 2011).

## CONCLUSIÓN

En la adolescencia y juventud se produce la exposición a diversos acontecimientos altamente estresantes o percibidos como tal que, según tipo e intensidad, pueden afectar al bienestar biopsicosocial del adolescente, y en el peor de los casos, desencadenar ideas de suicidio, lesiones autoinfligidas, tentativas o suicidios consumados. Según la literatura más abundante sobre el suicidio, en general pero también en adolescentes, deben existir ciertas variables (demográficas o psicosociales) que modulan el tránsito de una fase a otra del suicidio, por lo que, si se interviene sobre estas variables, disminuirá el impacto emocional de los acontecimientos estresantes, y se evitará el inicio de las primeras ideas de suicidio y su tránsito a fases posteriores. De hecho, respecto a las *variables demográficas*, existe una importante diferenciación entre sexos, en cuanto a mayor peligrosidad de tentativas en adolescentes masculinos, que en adolescentes femeninas. De estos

datos, se desprende que es imperativo el entrenamiento para la expresión emocional, sobre todo en adolescentes masculinos, como fórmula para la prevención de tentativas suicidas, haciendo una diferenciación sexual en las medidas de prevención. También el control parental sobre herramientas o instrumentos de alta letalidad en el hogar, debe ser una medida conveniente para la prevención del daño en lesiones autoinfligidas, más o menos letales, en adolescentes. Respecto a la edad, se ha visto que existe una correlación positiva entre el riesgo y la edad, a mayor edad mayor riesgo. De ahí, que sea necesario una especial supervisión y una intervención sanitaria y psicosocial de urgencia sobre todo en aquellos jóvenes (20-24 años) que realicen una tentativa de suicidio, si han presentado antecedentes previos de ideación suicida o tentativa en edades tempranas. En España, además, existe una importante diferenciación en las tasas de suicidio según edad y según comunidad autónoma. Este hecho debería informar de la existencia de una variabilidad territorial en la vulnerabilidad suicida para la puesta en marcha de políticas sanitarias más eficaces para la prevención de la tentativa y suicidio consumado.

Dentro de las *variables psicosociales*, cobran especial interés en la adolescencia, las relaciones interpersonales. Así, las relaciones familiares y las relaciones entre iguales, son claves fundamentales para amortiguar el impacto de acontecimientos adversos y reducir así el riesgo de suicidio.

En línea con lo planteado, se hace imprescindible empezar a focalizar la atención en los factores protectores que modulan el impacto negativo de situaciones adversas en esta población, puesto que hasta la fecha la literatura científica centrada en factores de riesgo no ha disminuido realmente las tentativas y muertes por suicidio en niños, adolescentes o adultos jóvenes. Una de las limitaciones de este estudio es la referida a que exclusivamente se plantean factores de riesgo ante la vulnerabilidad suicida. Estudios posteriores debieran centrar el interés en explicar, ante las mismas situaciones adversas o negativas en esta población, qué factores incrementan la resiliencia, y no tanto el riesgo. De hecho, ante las mismas situaciones adversas algunos adolescentes no realizan tentativas de suicidio, lo que parece indicar que existen mecanismos diferenciadores para resultados resilientes o para resultados psicopatológicos, y estos aspectos podrían ser de interés para futuros investigadores.

## REFERENCIAS

- Almonte, C (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. En C. Almonte, M. Montt & A. Correa: *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 343-352). Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo
- Álvaro-Meca, A., Kneib, T., Gil-Prieto, R. & Gil de Miguel, A. (2013). Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: a spatiotemporal analysis. *Public Health* 127 (4), 380-385
- Amitai, M. y Apter, A. (2012). Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 985-994.
- American Foundation for Suicide Prevention-AFSP (2010). *After a Suicide: A toolkit for schools*. Nueva York: SPRC.
- American Psychiatric Association-APA (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Washington, D.C. (U.S.A.): American Psychiatric Association
- Arenas, P., Lucio-Gómez, M. y Forns, M. (2011). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo de suicidio en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 32, 79-104

- Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V,... Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (1), 8-23.
- Beautrais, A.L., Collings, S.C.D. y Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health
- Bobes, P.A., Sáiz, M.P. y García-Portilla, M.T (2004). *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: ARS MÉDICA
- Boeninger, D., Masyn, K., Feldman, B. y Conger, R. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 451-464.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J y Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32, 413-425.
- Blasco-Fontecilla, H., Delgado-Gomez, D., Ruiz-Hernandez, D., Aguado, D., Baca-García, E. & Lopez-Castroman, J. (2012). Combining scales to assess suicide risk. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (10), 1272-7.
- Brezo, J., Paris, J. y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 180-206.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R. y Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruíz, J.A. (2004). *El suicidio en adolescentes*. Murcia. Universidad de Murcia.
- Bursztein, C. y Apter, A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22,1-6
- Callavan, V.J. y Davis, M (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 857-69.
- Cash, S.J. y Bridge, J.A. (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*, 21, 613-619
- Cava, M. J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Chinchilla, A., Correas, J. y Vega, M. (2003). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson
- Córdoba-Doña, J.A., San Sebastián, M., Escolar-Pujolar, A., Martínez-Faure, J.E. & Gustafsson, P.E. (2014). Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia (Southern Spain). *International Journal for Equity in Health*, 13 (2), 55.
- Crowe, L.M., Beauchamp, M.H., Catroppa, C. y Anderson, V. (2012). Social function assessment tools for children and adolescents: a systematic review from 1988 to 2010. *Clinical Psychology Review*, 31,767-85.
- De Miguel-Bouzas, J.C., Castro-Tubío, E., Bermejo-Barrera, A.M., Fernández-Gómez, P., Estévez-Núñez, J.C. & Taberero-Duque, M.J. (2012). Epidemiological study of acute poisoning cases treated at a Galician hospital between 2005 and 2008. *Adicciones*, 24 (3), 239-46
- Durkheim, E. (1897). *Suicide*. New York: Free Press

- European Statistical Office of the European Commission-Eurostat. (2009). *Population and social conditions: Who dies of what in Europe before the age of 65?*. Brussels: European Commission.
- Fairweather-Schmidt, A.K., Anstey, K.J., Salim, A. y Rodgers, B. (2010). Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: Findings focussing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry*, 10, 41.
- Gilligan, C. (2004). Strengthening healthy resistance and courage in children: A gender-based strategy for preventing youth violence. *The New York Academy of Sciences*, 1036, 128–140
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Alcántar, I., Medina-Mora, ME., Fleiz, C., Bermúdez, P. y Amador, N. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*, 25, 1-12.
- Gould, M.S y Kramer, R.A (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (Suppl):6-31.
- Hawton, K, D. (2000) Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485.
- Hawton, K. y Van Hearing, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hintikka, J, Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Haatainen, K. y Viinamaki, H. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Sociological Psychiatric Epidemiology*, 44, 29-33.
- Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen, P.B. y Dunn G. (2001). Death by homicide, suicide, and another unnatural causes in people with mental illness: a populations-based study. *The Lancet*, 358, 2110-2112.
- Instituto Nacional de Estadística-INE (2010). Estadísticas de suicidio en España en 2010. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Instituto Nacional de Estadística-I.N.E. (2013). Estadísticas de suicidio en España en 2013. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Jiménez-Treviño, L., Saiz, P. A., Corcoran, P., Burón, P., García-Portilla, M. P., & Chinea, E. R. ... Bobes, J. (2012). *Factors associated with hospitalization after suicide spectrum behaviours: Results from a multicentre study in Spain*. Oviedo: Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.
- Joe, S., Canetto, S.S. & Romer, D. (2008). Advancing prevention research on the role of culture in suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 354–362
- Joiner, T. (2006). *Why people die by suicide?*. Boston: Harvard University Press
- King, C.A y Merchant, C.R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 12, 181–196.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2005). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, 183-91
- Lee, S., Fung, S.C., Tsang, A., Liu, Z.R., Huang, Y.Q., He, Y.L.,... Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (6), 429-437
- Liu, R.T. & Miller, I (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34 (3), 181-92 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>

- López, P., González-Pinto, A., Mosquera, F., Aldama, A., González, C., Fernández de Corres, B., Palomo, J., Aizpuru, F., Haidar, K., Villamor, A., Ramírez, F., González, R., Alonso, M., Jiménez, A., Domínguez, M.G., Aspiazú, S., Tapia, E., Masrtínez, P. y González, G. (2007) *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad.
- Lopez-Castroman, J., Baca-Garcia, E., WORECA authors, Courtet, P. & Oquendo, M.A. (2015). A cross-national tool for assessing and studying suicidal behaviors. *Archives of Suicide Research*, 19 (3), 335-349. <http://dx.doi.org/10.1080/13811118.2014.981624>
- Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Palma de Mallorca: Intersalud
- Marcelli, D. y Humeau, M. (2007). Suicidio y tentativa de suicidio en el adolescente. *Revista Psiquiatría*, 10, 3-5.
- Nock, M.K. (2009). Suicidal behavior among adolescents: Correlates, confounds, and (the search for) causal mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48, 237-239
- Nock, M.K, Borges, G., Bromet, E.J, Cha, C.B., Kessler, R.C. y Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Review*, 30, 133-154.
- Nock, M.K., Park, J.M., Finn, C.T., Deliberto, T.L., Dour, H.J. y Banaji, M.R. (2010). Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Association for Psychological Science*, 21, 511-517.
- Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. & Kessler, R.C. (2013) Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70 (3), 300-10. <http://dx.doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2004). Prevención del suicidio: Instrumentos para docentes y demás personal institucional. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud- OMS (2009). Informe mundial sobre la salud. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud
- O'Connor, R.C. (2007). The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 698-714
- Palacios, J.R y Andrade, P. (2008). Influencia de las practicas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación universitaria multidisciplinaria*, 7, 1-2.
- Patton, G.C., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., Degenhardt, L. Richardson, D., Astone, N., O Sangowawa, A., Mokdad, A. y Ferguson, J. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*, 379, 1665-1675.
- Pérez-Camarero, S. (2009). El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de estudios de juventud*, 84, 126-142
- Sánchez-Teruel, D. (2009). *Actualización en inteligencia emocional*. Madrid. Editorial CEP

- Sánchez-Teruel, D. (2010). *Intervención psicológica en la conducta suicida*. Madrid: Editorial CEP.
- Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.). *Perspectivas en psicología aplicada* (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello (2012). *Resiliencia en el cuidado de personas en situación de dependencia*. Jaén: Fortalezas editorial
- Sánchez-Teruel, D. & Robles-Bello, M<sup>a</sup> A. (2014). Protective factors promoting resilience to suicide in young people and adolescents. *Papeles del Psicólogo*, 35 (2), 181-192.
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A. & Muela-Martínez, J.A. (2014). Tentativas suicidas en la provincia de Jaén (España). *Gaceta Sanitaria*, 28(3) 256-257  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.007>
- Sánchez-Teruel, D., Muela-Martínez, J.A. & García-León, A. (2015). An Analysis of Suicide Attempts in Jaén Province (Andalusia-Spain). *Psychology, Community & Health*, 4(1), 14-26,  
<http://dx.doi.org/10.5964/pch.v4i1.102>
- Sarro, B. (2000). *Los Suicidios*. Madrid: Martínez Roca
- Sauceda, J., Lara, M. y Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Medigraphic Artemisa en línea*, 63, 223-231.
- Sullivan, G.R. y Bongar, B. (2009). *Assessing suicide risk in the adult patient*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Tejedor, C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V. y Solá, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 280- 287
- Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R. & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2, 783 - 796.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Amador, N., Bermúdez, P. Hernández, H. Fleiz, C., Gutiérrez, M y Ramos, A (2004). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del DF: medición otoño 2003 (Reporte Estadístico). México D.F.: INP-SEP.
- Williams, J. y Pollock, L (2000). *The Psychology of Suicidal Behavior*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- World Health Organization--WHO (2012a). *Suicide prevention (SUPRE)*. Extraído el 30 de julio de 2012, de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/)
- World Health Organization-WHO (2012b). *Suicide prevention (SUPRE)*. Extraído el 30 de julio de 2012, de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)
- World Health Organization-WHO. (2013). *Mental health action plan 2013-2020 (Spanish version)*. Geneva: WHO Document Production Services
- Wren, F.J., Foy, J.M. y Ibeziako, P.I. (2012). Primary care management of child & adolescent depressive disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21,401-419.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C. y Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13, 243-56

