

## IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN LOS JOVENES

**Francisco Sanchis Cordellat**

EUEM. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

E-mail: fransanchis@yahoo.es

**Edelmira Domènech-Llaberia**

Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social.

Universidad Autónoma de Barcelona

*Suicide is a major cause of death among teenagers in the world. With this background, the objective of this article is to review the risk and protective factors and know the processes related to the suicidal behaviour. To properly evaluate the risk of suicide it is essential to know the causes associated and its possible prevention. Previous works support that suicidal ideation can be easily detected using simple tools and the subsequent confirmation by professionals of the cases encountered. The exploration of the factors that can protect young people, with suicidal ideation, must be a priority in public health research. The purpose that guides this article comes from the desire of working in this direction.*

*Key words: suicidal ideation, suicidal behaviour, risk factors, protective factors, adolescents*

### INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno universal que afecta a todas las culturas, capas sociales y edades así como uno de los problemas más complejos y graves en el campo de la salud mental (Domènech-Llaberia *et al.*, 2005). Al día de hoy no existe un consenso entre los diferentes profesionales para responder a la pregunta de por qué se suicidan los jóvenes. Lo que sí sabemos es que los suicidios están entre las tres principales causas de muerte de adolescentes en el mundo, y los índices están aumentando más rápido en adolescentes que en cualquier grupo de edad. Se estima que en el mundo, unos 200.000 adolescentes y jóvenes adultos mueren por autolisis cada año en un contexto de 4 millones de intentos de suicidio (Greydanus, Bacopoulou y Tsalamanios, 2009). En las últimas décadas se ha incrementado de manera alarmante la cifra de conductas suicidas incluyendo intentos y consumaciones.

La investigación sobre estas conductas distingue entre ideación, intento y acto y refiere que están cargados de múltiples factores que los dotan de una enorme heterogeneidad. En esta línea Rascón *et al.* (2004) definen la *ideación suicida* en referencia a la pauta de afrontar los problemas que tiene cada persona mientras que entienden el *intento* como el daño infringido con diferentes grados de intención de morir y de causarse lesiones. Anteriormente Durkheim (1897) definió el suicidio como toda muerte que resulta mediada o inmediata de un acto positivo o negativo realizado por la misma persona y más concretamente, cuando el individuo en el momento que realiza la acción sabe con certeza lo que va a resultar de él. Sobre este punto referido, para Lecrubier (2002) la existencia de ideación suicida es una importante señal de alarma y el mejor predictor para la realización de un intento de suicidio, y los intentos, en muchas ocasiones, predicen la consumación.

Son numerosos los estudios que ofrecen aproximaciones acerca de las posibles causas del suicidio, sin que se haya podido determinar la principal. La conducta suicida no es una conducta aleatoria, ya que se encuentra asociada a factores sociales, psicológicos y biológicos. Esta característica, aunque enriquece su explicación complica la predicción de esta conducta (Serrano y Flores, 2005). La exploración de los factores que pueden proteger a los jóvenes, ante el comportamiento suicida, ha de ser una prioridad en las investigaciones de salud pública y el principio que guía el presente artículo parte de la voluntad de trabajar en esa dirección.

El acto impulsivo del suicidio es una de las primeras causas de muerte en la adolescencia: en el Reino Unido y Francia, por ejemplo, es la segunda causa de mortalidad entre los 15 y 24 años (Greydanus, Bacopoulou y Tsalamianos, 2009). También lo fue en el mismo grupo de edad en los Estados Unidos en el año 2000 (Anderson, 2002). En un trabajo de Beautrais (2003) se informa que en Estados Unidos ha aumentado en un 50% desde 1970 (8,8 por 100.000) a 1990 (13,2 por 100.000). En el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifestaba su preocupación a todos los países del mundo, mencionando que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad (Prevención del suicidio, WHO, 2001). La misma Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006) publicó los porcentajes de suicidio en jóvenes, de diferentes países, según las cifras disponibles en cada franja de edad (ver tabla 1). En la actualidad, un estudio publicado por el Observatorio de la Salud de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona (Álda *et al.*, 2009) pone de manifiesto un aumento de los trastornos mentales en niños de 10 a 14 años y que el suicidio se ha convertido en una de las tres principales causas de mortalidad en adolescentes. En el mismo informe destacan, entre otros datos, que el 20% de los menores de 14 años sufre algún tipo de trastorno mental como depresión, ansiedad, problemas de conducta o hiperactividad.

**Tabla 1. Índices de suicidio para niños, adolescentes y adultos jóvenes. (World Health Organization, 2006).**

**La comparación por año varía según el país debido a la disponibilidad del área.**

País	Año	Hombre % por cada 100.000		Mujer % por cada 100.000	
		5-14 años	15-24 años	5-14 años	15-24 años
Alemania	2004	0.4	10.5	0.2	2.7
Australia	2002	0.3	17.9	0.3	4.4
Austria	2004	0.4	21.6	0.0	4.3
Bélgica	1997	1.0	19.2	0.0	5.4
Canadá	2002	0.9	17.5	0.9	5.2
China	1999	0.9	5.4	0.8	8.6
Dinamarca	2001	0.6	12.5	0.0	2.4
España	2003	0.1	6.8	0.1	2.1
Estados Unidos	2002	0.9	16.5	0.3	2.9
Federación Rusa	2004	3.6	47.4	1.0	8.2
Finlandia	2004	1.2	33.1	0.3	9.7
Francia	2002	0.6	11.9	0.4	3.1
Holanda	2004	0.7	7.3	0.2	2.6
Irlanda	2002	0.4	27.3	0.7	4.4
Italia	2002	0.2	6.5	0.2	1.5
Japón	2003	0.5	15.5	0.6	7.8
Lituania	2004	2.7	42.9	0.5	7.4
Noruega	2003	1.9	20.6	1.0	6.3
Nueva Zelanda	2002	0.0	22.8	0.0	11.0
Reino Unido	2002	0.1	8.2	0.1	2.4
Suecia	2002	0.7	14.6	0.5	4.5

Estos datos sugieren la conveniencia de diseñar programas de salud pública encaminados a minimizar el riesgo de comportamientos suicidas en la gente joven.

Al revisar la **epidemiología sobre ideación suicida**, las investigaciones comunitarias en poblaciones adolescentes revelan la existencia de una gran variedad de resultados en los datos de prevalencia de ideación suicida. Entre estos datos algunos autores apuntan que los suicidas consumados presentaban un índice más alto de pensamientos sobre la muerte, morir o el suicidio (McGirr *et al.*, 2007). Este último dato avala la tesis de que la presencia de ideación suicida es un buen predictor del riesgo de estas conductas.

Las tasas estimadas varían del 3,5% al 52,9% según mantienen Fernández y Merino (2001) amparándose en los estudios de prevalencia publicados en los continentes europeo y americano en esa década y que informan de grados de ideación suicida entre ambos valores. En la misma época y en España, Villardón (1993) encontró un 10,3% de ideación suicida en una muestra de adolescentes de Vizcaya, escolarizada en el curso 1989-1990, y una estrecha relación entre la ideación suicida, la presencia de estrés y el modo como éste es afrontado. En la misma línea Domènech-Llaberia, Gras, Subirá y Obiols (1993) en una muestra de 282 sujetos de 13 a 15 años evaluaron la ideación suicida y la ideación mórbida. Después de entrevistar individualmente a los adolescentes, los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 22% puntuó positivamente al ítem del suicidio y el 25% al de ideación mórbida (Domènech-Llaberia *et al.*, 2005). Todos estos trabajos respaldan que la ideación suicida puede ser fácilmente detectada mediante la utilización de instrumentos sencillos y una posterior confirmación, de los casos encontrados, llevada a cabo por profesionales.

En investigaciones actuales de Estados Unidos, Europa y China las cifras oscilan entre el 5% y el 27% (Riesch, Jacobson, Sawdey, Anderson y Henriques, 2008; Cheng *et al.*, 2009; Grover *et al.*, 2009; Thompson, Kuruwita y Foster, 2009). Una investigación actual en España concluye que un 5,4% de los adolescentes presenta ideación suicida patológica y, de éstos, el 81,5% sufren trastorno depresivo (Simón, 2009). En el mismo estudio también se indica que existe una alta correlación entre ideación suicida y depresión.

Con estos antecedentes, el objetivo de este artículo es revisar los factores de riesgo y los factores protectores así como los procesos asociados con el desarrollo de los comportamientos suicidas en gente joven, partiendo de la base de que para poder evaluar correctamente el riesgo autolítico es esencial conocer las causas más asociadas y en la medida de lo posible prevenirlas.

**Factores de riesgo;** el riesgo de suicidio está relacionado con el número de factores de riesgo presentes tal y como mantienen Mann, Oquendo, Underwood y Arango (1999). Estos mismos autores formulan un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones; la dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad borderline o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales negativos). En estudios recientes con muestras de adolescentes, los hallazgos indican que entre los principales factores de riesgo se encuentran los síntomas depresivos, la desesperanza, la ideación suicida, el sexo y el grupo de edad (Thompson *et al.*, 2009). En otro estudio reciente, realizado en 17 países y con una muestra de 84.850 adultos, los hallazgos indican que los principales factores de riesgo del suicidio son los mismos en todo el mundo (Nock *et al.*, 2008). El sexo, la edad, la educación, la salud mental y el estado civil se perfilan como los factores de riesgo más destacados entre adultos, a los que hay que añadir los problemas económicos y laborales (Dejong *et al.*, 2009).

Como se puede observar, las variables salud mental, sexo y edad son factores de riesgo que se encuentran en todos los grupos de edad estudiados. No debemos olvidar variables importantes como los factores genéticos, biológicos, sociales y demográficos; si a ellos se añade la posible adversidad en la infancia y ciertos rasgos de personalidad, acaban formando un conjunto de factores correlacionados que influyen en la susceptibilidad individual a los trastornos mentales, el estrés y la adversidad. Estos factores se convierten en poderosas influencias en los comportamientos suicidas.

**Factores genéticos y neurobiológicos;** los factores genéticos pueden influir en el riesgo de las conductas suicidas por su influencia en la neurobiología de los individuos. Asimismo, la heredabilidad de la conducta impulsiva o agresiva, dentro de una misma familia, también parece tener un nexo importante con las conductas autolesivas y suicidas y no puede ser explicado solamente por un mecanismo de imitación (Brent y Mann, 2005). Existen estudios que relacionan una mala regulación del sistema serotoninérgico con un aumento de conductas suicidas. La relación entre la desregulación de la serotonina y el comportamiento suicida puede reflejar el pobre control de los impulsos que se observa en los comportamientos suicidas. A este respecto Mann, Oquendo, Underwood y Arango (1999) han relacionado las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Estos autores han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso

control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.. En la actualidad el principal foco de interés de la genética de las conductas suicidas es de tres tipos de genes: triptófano hidroxilasa (TPH), el transportador de la serotonina (SERT) localizado en el cromosoma 17 y un gen de los receptores de la serotonina A.

En relación con **factores demográficos y sociales** los índices de suicidio globales por **género** son subestimados ya que en ocasiones se clasifican como accidentes o no se clasifican en absoluto. Valdés y Pérez (2004) hallaron diferencias significativas por sexo en cuanto a los motivos para suicidarse en jóvenes universitarios, siendo estos en los hombres, los problemas existenciales, la pérdida de un ser querido y los problemas económicos, mientras que en las mujeres los motivos suelen ser los problemas familiares y escolares. En un estudio realizado en adolescentes por Jiménez, Mondragón y González-Forteza (2000) se halló que la prevalencia de la ideación suicida aparece con mayor frecuencia en las mujeres en una proporción el doble que en los hombres; cuando las adolescentes, además, tienen una baja autoestima, el riesgo aumenta cuatro veces, y si existe sintomatología depresiva, el riesgo es trece veces mayor. Domènech-Llaberia *et al.* (2005) mantienen que entre los 15 y los 19 años los suicidios consumados son seis veces más frecuentes en hombres que mujeres y en la investigación de Greydanus, Bacopoulou y Tsalamanios (2009) la proporción de intentos de suicidio o suicidio completados es a razón de 3 mujeres por cada 1 hombre, mientras que alrededor del triple de hombres versus mujeres completa el suicidio. No se ha comprobado que el **nivel socioeconómico** sea un factor de riesgo especial; no obstante, la prevalencia de intentos de suicidio es mayor en niveles socioeconómicos más bajos.

Respecto de las **adversidades en la infancia**, destacan el **abuso físico y sexual**. En la actualidad el fenómeno del bullying se asocia a mala salud psicológica, a elevada ideación suicida y al aumento del número de intentos entre los jóvenes acosados. Existe una asociación fuerte entre los intentos de suicidio y los adolescentes que han sido víctimas de abuso físico y sexual en su infancia. Asimismo se ha encontrado que la historia familiar de abuso sexual infantil correlaciona con un mayor riesgo de suicidio en los hijos (Evans, Hawton y Rodham, 2005a). Respecto de los abusos psicológicos y sexuales, existe una creciente preocupación sobre los suicidios de jóvenes presuntamente acosados mediante el uso de internet y los móviles (Smith, 2004). En línea con la conducta sexual queremos señalar un aumento de riesgo de suicidio adolescente en casos de embarazo (Bergen *et al.*, 2003).

En correspondencia con los **factores familiares** existe una poderosa ambivalencia; protección versus riesgo. En esta línea Greydanus *et al.* (2009) consideran la historia familiar de suicidio como un factor muy importante. La desorganización familiar por diferentes causas (separaciones y/o pérdidas) no permite la estabilidad familiar y un estilo afectivo y educativo coherente. La mala relación padres-hijos es otro factor de riesgo que podría incrementar el de suicidio en los adolescentes; a esto último habría que añadir la falta de comunicación y de diálogo entre unos y otros. Asimismo, se ha hallado que los adolescentes con intento suicida experimentaron más alteraciones familiares, separación de los padres, cambios de cuidadores, cambios de domicilio y mayor inestabilidad social en el año anterior al intento, en comparación con

adolescentes deprimidos no suicidas y normales (De Wilde, Keinhorst, Diekstra y Wolters, 1993).

Durkheim (1897) destacó el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del acto suicida. Para García de Jalón y Peralta (2002) la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Las disfunciones familiares son un factor de riesgo conocido desde hace tiempo en el que se ha venido insistiendo tal y como nos recuerdan Agerbo, Nordentof y Mortensen, (2002) y Riesch *et al.*, (2008). Estos autores señalan que el suicidio consumado juvenil es cinco veces más frecuente en los hijos de madres que murieron por suicidio y dos veces más cuando fue el padre el que se suicidó, que en el resto de la población.

**Características cognitivas;** sabemos por el estudio de Riesch *et al.* (2008), que los jóvenes que respondían positivamente al pensamiento de matarse se sentían menos involucrados en su colegio, y tenían mas comportamientos internalizantes que los que respondieron que no. Los comportamientos internalizantes incluían la conducta triste o deprimida, baja autoestima, el sentirse fácilmente avergonzado y el experimentar aislamiento y ansiedad social. Gould, Greenberg, Velting y Shaffer (2003) encontraron que las actitudes adolescentes de riesgo se caracterizan por creencias que apoyan estrategias de afrontamiento maladaptativas que incluyen conducta solitaria e introvertida y la creencia que la gente debería ser capaz de ocuparse de sus problemas sin la ayuda de otros. Para entender el proceso de ideación pueden ser útiles las teorías cognitivas de la depresión como la de Beck (1987) donde se expone la manera negativa en que el individuo percibe su mundo, su futuro y a si mismo; o la teoría de la desesperanza donde Abramson, Metalsky y Alloy (1989) sugieren que los individuos que exhiben estilos inferenciales negativos pueden estar en riesgo de cometer actos de autolisis mediados por la desesperanza, ya que la misma es conceptualizada por una percepción negativa del futuro. En línea con estas ideas podemos suponer que la ideación y conducta suicida pueden estar mediadas por un déficit de estrategias saludables y sentimientos de desesperanza que pueden llevar a una profunda soledad.

La poca destreza en la resolución de conflictos y los niveles elevados de estrés, están asociados significativamente con niveles elevados de ideación suicida entre adolescentes hospitalizados. En esta línea, se ha identificado que la falta de habilidad para resolver problemas sociales constituye una variable que predice tanto la ideación suicida como el estrés entre los adolescentes (Chang, 2002; Grover *et al.*, 2009). Es posible que el mayor problema enfrentado por estos jóvenes, que cometen suicidio o lo intentan, es el de carecer de respuestas de afrontamiento suficientes o efectivas para superar las situaciones que les provocaron el estrés. Un aspecto negativo a destacar es que en el grupo de adolescentes en estado de constante ideación el suicidio se considera como una solución real a los problemas que no pueden afrontar (Villardón, 1993).

Por el contrario, la destreza en la resolución de conflictos puede moderar la relación entre estrés y la ideación suicida. Esto sugiere que las capacidades bien desarrolladas en la resolución de problemas puede amortiguar el impacto negativo del estrés por lo que respecta a la ideación suicida (Grover *et al.*, 2009).

Con respecto a los **rasgos de personalidad**, tanto la impulsividad como la agresividad se han relacionado con las conductas suicidas. En un estudio longitudinal realizado en Finlandia por Sourander, Helstela, Haavisto y Bergroth (2001), se ha

podido demostrar que los niños y niñas que eran más agresivos a los 8 años, tenían el doble de posibilidades de presentar conductas suicidas a la edad de 16 años. En 1986 Baumeister ya indicaba que si los adolescentes fracasan en la tarea de establecer el sentido de la vida y la identidad propia en la construcción de su personalidad, son más susceptibles a algunas tendencias autodestructivas, incluyendo el suicidio.

Entre las **características de personalidad** más destacadas, en los jóvenes con ideación suicida, en un trabajo de Simón y Sanchis (en prensa) se obtuvo la siguiente descripción psicológica, a partir del Inventario de Personalidad de Millon (2004), de 54 de los adolescentes con ideación suicida importante: los jóvenes presentaban tendencia a la introversión, dificultades a la hora de expresar sentimientos y hacer amigos, mantienen distancia con los demás porque no confían en la amistad de los otros, son marcadamente pesimistas, autopunitivos, vulnerables y emocionalmente lábiles cuando se encuentran en situaciones difíciles. De los resultados obtenidos en el mismo trabajo, también sugieren que estos jóvenes son inseguros consigo mismo, están abatidos, desanimados y con baja autoestima, presentando propensión a la impulsividad, afecto depresivo y tendencia al suicidio. Posiblemente estas características aparezcan como factores de riesgo en la vida de los adolescentes que consideran el suicidio como su única salida.

**Enfermedad mental y trastornos afectivos;** Boergers, Spirito y Donalson (1998) ya informaban que aquellos adolescentes que manifiestan deseos de morir obtenían puntuaciones más altas en los ítems de depresión y desesperanza que otros que mantenían como idea principal escapar de una situación o tratar de que alguien me entienda. Para Domènech-Llaberia *et al.*, (2005) la prevalencia más elevada corresponde a los trastornos depresivos. En la investigación de Greydanus, Bacopoulou y Tsalamaniotis (2009) informan que la depresión es un factor de riesgo mayor en la etiología del suicidio. Los mismos autores hallan que el 33% de problemas en adolescentes son debidos a trastornos mentales, de los cuales la depresión es un componente muy importante. En esta misma línea autores como Philippi y Roselló (1995), Sanchis (2008,) y Sanchis y Simón (en prensa) mantienen que la depresión presenta alta correlación con la ideación suicida patológica y es posiblemente el predictor más fuerte de la conducta suicida. En un trabajo de estos últimos autores con una muestra de 1.194 adolescentes hallaron que 269 presentan sintomatología depresiva (leve, moderada y grave) y 65 de ellos presentaban además ideación suicida patológica. No obstante, Reynolds y Mazza (1990) mantienen que a pesar de que un adolescente puede exhibir o expresar conducta suicida no necesariamente está deprimido.

También se ha sugerido que la depresión, en una medida considerable, puede depender de una insuficiente regulación de las emociones negativas del sujeto ante acontecimientos estresantes. Para García de Jalón y Peralta (2002), el suicidio tiene una fuerte asociación con la enfermedad mental y añaden que en el 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio. En la misma línea se pronuncian Gould *et al.* (2003), al señalar que más del 90% de personas que se suicidaron en su juventud padecían alguna enfermedad mental aunque en adolescentes se sitúa en torno al 60%, una cifra que sigue siendo elevada.

Otra patología importante es la **drogodependencia**, que a menudo es comórbida con una patología obsesiva. El alcoholismo y, en menor medida, otras drogas frecuentemente se asocian al suicidio, ya sea como factores de riesgo o como precipitantes de conductas suicidas (Dejong *et al.*, 2009). En una revisión anterior, Ros (1997) mantiene que el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios y en la misma línea Isometsä *et al.* (1996) afirmaban que la mayoría de los pacientes con trastornos de personalidad que se suicidaban, presentan trastornos asociados como depresión y abuso de sustancias, mientras que Harris y Barraclough (1997) añadían que incrementa seis veces más el riesgo de suicidio. En línea con esta consideración, Nock *et al.* (2008) señalan que entre las personas que tienen pensamientos suicidas, el riesgo de realizar un intento de suicidio es más fuerte entre los que tienen trastornos por abuso de sustancias y control de los impulsos, lo que sugiere que tales trastornos se relacionan de manera más intensa con materializar los pensamientos suicidas.

Cuando revisamos los **intentos previos**, Lecrubier (2002) indica que la ideación suicida es necesaria para intentar el suicidio y está relacionada, a menudo, con la depresión o con una situación de desesperanza insoportable. En el estudio de Nock *et al.* (2008) se encontró que entre las personas que tenían pensamientos suicidas, el 29% realizó un intento de suicidio más adelante, y que tales intentos eran más comunes dentro del primer año después del inicio de los pensamientos suicidas. Tener antecedentes de intentos de suicidio anteriores constituye un factor de riesgo elevado sobre todo en chicos (Thomson *et al.*, 2009). Para Groholt *et al.* (1997) entre un 25% y un 33% de víctimas de suicidio lo había intentado previamente. De forma similar, en un meta-análisis de Harris y Barraclough (1997) se encontró que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general. Diversos estudios posteriores confirman esta asociación entre suicidio consumado y actos previos. En la revisión de Dejong *et al.* (2009) se mantiene que los intentos previos de suicidio son un fuerte predictor de futuros intentos suicidas y de una posible muerte por suicidio. Estos autores destacan que un 42% de los suicidas consumados habían intentado el suicidio con anterioridad y sus resultados son muy similares a los de Sinclair *et al.* (2005), que encontraron que un 38% de los suicidas consumados habían presentado actos deliberados de autolesión previa. En otras investigaciones se ha encontrado que el índice de hospitalización previa y de intentos suicidas era mayor entre los que intentaban el suicidio que entre los suicidas consumados, y eso podría reflejar la creencia de que los suicidas consumados no llevan a cabo intentos fallidos de suicidio (Beautrais, 2003).

Si analizamos los posibles **factores precipitantes/desencadenantes**, los motivos que pueden iniciar un intento de suicidio pueden parecer banales. Sin embargo estos suelen tener relación con conflictos interpersonales, problemas familiares, escolares, o con un desengaño sentimental. El más frecuente acostumbra a ser el primero en los adolescentes más jóvenes, mientras el tercero suele ser más frecuente en los adolescentes de mayor edad (Domènech-Llaberia *et al.*, 2005). Entre los acontecimientos vitales que provocan mayor estrés se encuentran las pérdidas de algún tipo: relación familiar, sentimental, de autoestima personal, de confianza en el otro. Varias investigaciones han asociado los pensamientos disfuncionales y los

acontecimientos vitales negativos con la ideación suicida y con la depresión (Philippi y Roselló, 1995; Adams y Adams, 1996; Roselló y Berríos, 2004).

Otros factores desencadenantes importantes pueden ser el alcohol y el abuso de drogas (Dejong, Overholser y Stockmeier, 2009), el efecto puntual de un fármaco y, en cualquier caso, un profundo sentimiento de soledad en aquel momento.

Sobre **la soledad**, posiblemente en la adolescencia se den cita los elementos que la constituyen, es decir, la soledad de separación por una época perdida y una cierta despersonalización. Pero también la necesidad de estar solo -la soledad buscada- y una cierta incapacidad para explicar aquello que sentimos y necesitamos, la soledad incomunicada. A este sentimiento de soledad en ocasiones se añade la tristeza con la que mantiene entre si importantes relaciones. Ambas son constelaciones de excepcional valor en el conjunto de la personalidad humana (Rodríguez Sacristán, 1992). En palabras del mismo autor, la tristeza oscurece y empobrece el mundo personal disminuyendo su capacidad representativa. Con la tristeza y la soledad pueden verse alterados los valores habituales y el estilo cognitivo de la persona y esto hace que conozca y se aprenda el mundo de otra forma. Si a estos sentimientos se añaden la desesperanza quizás se haga más comprensible, en ocasiones, el callejón sin salida donde se pueden encontrar los jóvenes con ideación y conducta suicida.

En referencia a los **acontecimientos vitales**, recordamos que la adolescencia puede presentar mayor incidencia de alteraciones y además éstas se concentran en síntomas ansiosos y depresivos (Mestre, 1992). En la misma línea, De Wilde, Keinhorst, Diekstra y Wolters (1992) realizaron un estudio comparando adolescentes depresivos que habían intentado suicidarse y adolescentes no depresivos sin ningún intento suicida, y encontraron que los que habían intentado suicidarse habían experimentado más acontecimientos negativos que los adolescentes no depresivos sin ningún intento suicida. Los mismos autores investigaron también la relación entre los sucesos estresantes y la conducta suicida de niños y adolescentes encontrando una alta correlación entre ambos. En la misma época, Adams y Adams, (1993) informan en su estudio de la relación entre los acontecimientos vitales estresantes, la depresión y el intento de suicidio. Posteriormente Serrano y Flores (2005) hallaron una asociación entre las conductas suicidas y los acontecimientos adversos que vivieron las personas en los tres meses anteriores, y particularmente en la semana anterior al acto suicida. En este trabajo, se concluye que los eventos de vida adversos preceden al suicidio en personas jóvenes con y sin enfermedad mental severa.

En la actualidad Grover *et al.* (2009) mantienen que los acontecimientos adversos como el estrés crónico predicen significativamente la ideación suicida, pero no el intento de suicidio. Así pues, los sucesos estresantes se asocian al incremento de la conducta suicida y posiblemente tal relación se explica por el incremento de estresores psicosociales que experimenta la gente joven en el mundo actual. Hoy sabemos que los acontecimientos vitales negativos mantienen una relación significativa con la sintomatología depresiva y la ideación suicida (Sanchis, 2008) lo que coincide con el estudio de Adams y Adams (1993). Sin embargo, no hay la misma evidencia de que al haber experimentado muchos acontecimientos positivos produzca un descenso de la sintomatología depresiva. El que esta relación se de exclusivamente con los negativos aparece también en otras investigaciones y hace discutible la tesis de que la depresión emerja sin más de la ausencia de refuerzos, al contrario, parece que para ello son

necesarias las experiencias negativas efectivas (Del Barrio, 2007). Un estudio encontró que en jóvenes menores de 21 años de Israel, el estrés causado por conflictos interpersonales (peleas con los padres, fin de relaciones, peleas con otros significativos y dificultades financieras) precedió al intento suicida (Hagedorn y Omar, 2002).

Respecto de la **orientación/conducta sexual** algunos estudios informan que la no asunción de la orientación sexual es un factor de riesgo añadido. Durante los últimos años, un número creciente de estudios han examinado las tasas de comportamiento suicida en muestras de gays, lesbianas y bisexuales jóvenes y los compararon con las tasas de comportamiento suicida en los grupos control de heterosexuales (Beautrais, 2003). Estos estudios han indicado claramente las elevadas tasas, tanto de ideación suicida como de intento de suicidio entre los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales. Se ha argumentado que las elevadas tasas de comportamientos suicidas entre esta población surge debido a una serie de procesos sociales centrado en torno a las actitudes homófobas que exponen a los jóvenes gays, lesbianas y bisexuales a graves tensiones sociales y personales que incrementan su riesgo de comportamiento suicida.

En su revisión sobre este tema McDaniel, Purcell, y D'Angelli (2001) informan que el riesgo de intentos de suicidio era de dos a seis veces mayor entre los adolescentes homosexuales y bisexuales que entre los heterosexuales. A este respecto Domènech-Llberia *et al.*, (2005) citan un trabajo de Rusell y Joyner (2001), a partir de un estudio con 12.000 adolescentes, donde se señala que el riesgo de suicidio en la población homosexual, estaba mediatizado por otros factores tales como abuso de alcohol, depresión y los antecedentes de otros casos de suicidio en la familia.

En la última década se está estudiando **la influencia de los medios de comunicación** como posibles desencadenantes o precipitantes de algunos **comportamientos suicidas** por contagio o mimetismo. Las nuevas tecnológicas como internet nos permiten acceder a informaciones y comunicaciones en tiempo real como nunca habíamos podido soñar. Sin embargo también existen informaciones no adecuadas accesibles a cualquier usuario sobre los métodos más utilizados para suicidarse o la misma red permite que algunos usuarios se pongan de acuerdo para terminar sus días de manera conjunta. Existen diversas investigaciones referentes a la influencia de los medios de comunicación en el aumento del número de suicidios (Gould, Jameson, y Romer, 2003). De sus conclusiones se extrae que el tratamiento no adecuado por los medios de comunicación puede influir, pero únicamente en los casos de personas vulnerables o con una personalidad tendente a los problemas emocionales. A pesar de ello, no hemos de olvidar que los nuevos medios de comunicación pueden ser un buen instrumento de los programas de prevención en la educación del público en general. El trato correcto de la información por los medios puede resultar útil como prevención de los comportamientos suicidas.

Sobre la importancia de los **factores protectores**, en primer lugar, creemos oportuno subrayar la notable incidencia del apego en el desarrollo sentimental del niño y en el afecto que, más adelante, le ayudará a construir las relaciones con aquellos que le rodean y cuya importancia es incuestionable (Greenberg, 1999; Lafuente, 2000; Wright, Briggs y Behringer, 2005). La vinculación afectiva de un niño en los primeros años es fundamental para adquirir la capacidad de regulación emocional y superar las dificultades con las que se irá encontrando a lo largo de la vida (Bowlby, 1989). El lazo

afectivo establecido será más adelante una protección contra los trastornos depresivos y las conductas suicidas; por el contrario, los niños que no hayan podido establecer vínculos afectivos seguros por diversas circunstancias estarán menos protegidos frente a la enfermedad mental y el suicidio (Domènech-Llaberia *et al.*, 2005).

En general se admite que el estilo de apego seguro es un factor de protección y resiliencia respecto al desarrollo de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Siegel, 2001). Las personas con apego seguro muestran menos hostilidad y más habilidad a la hora de regular la relación con otros (Fonagy, 2004). Por el contrario, los apegos inseguros son iniciadores de caminos sembrados de dudas que en la adolescencia pueden potenciar el aumento drástico de psicopatologías como los trastornos alimentarios, la delincuencia, el suicidio y la autoagresión (Wright *et al.*, 2005). En este sentido, otros autores han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están asociados a ciertas características personales, en especial con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno limítrofe de personalidad (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape y Egan, 2001; Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002). En esta línea de investigación, Buchheim, Strauss y Kächele (2002) observaron que existía una asociación entre el estilo de apego ansioso, las experiencias traumáticas sin resolver, el trastorno de ansiedad y la personalidad limítrofe y el suicidio.

Prácticamente existe unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre **malas relaciones padres-hijos** y los trastornos depresivos (Del Barrio, 2007) tan presentes en la ideación suicida. Además se ha comprobado que en el curso de la depresión, en el niño, correlacionan con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño (Puig-Antich *et al.*, 1985b). De esta manera, el entorno familiar puede ser considerado un elemento desencadenante o bien un factor de protección muy importante. Gould, *et al.* (2003), que revisaron esta cuestión señalan únicamente como factores de protección la cohesión de la familia y la religiosidad. Sobre estos dos aspectos referidos diversos estudios apuntan al efecto protector de la cohesión familiar y, recientemente, se ha demostrado el efecto protector en población de adolescentes y de gente joven. Para Domènech-Llaberia *et al.* (2005) debe seguir investigándose más esta cuestión y estudiar otras variables intervinientes. Los autores añaden que la posesión de unos valores no solamente religiosos sino también éticos y humanos pueden dar un sentido a la vida del adolescente y, como consecuencia, protegerlo del suicidio. Por último, nos parece fundamental mencionar la vulnerabilidad que representa una baja autoestima, tal y como aparece en los estudios de Abela y Taylor (2003). Estos dos autores sostienen que una autoestima alta supone un escudo potente ante la depresión en adolescentes y niños y que la familia puede potenciar o disminuir este importante factor protector.

## DISCUSIÓN

En la prevención del suicidio, es indispensable trabajar en la dirección de lograr que disminuyan las conductas suicidas tanto en jóvenes como adultos. Para ello es importante reducir los factores de riesgo conocidos como la depresión, el abuso de sustancias, el estrés, la violencia en la familia, el aislamiento social y la pobreza. Un

aspecto fundamental para evitar el aumento de casos de suicidio en los jóvenes es actuar en la detección temprana de la ideación suicida y de los trastornos emocionales.

La ideación o conducta suicida, en si misma, no debe ser entendida como un diagnóstico *per se*, pero refleja los conflictos que subyacen y que deben ser corregidos para eliminar las posibilidades de un intento de suicidio final tal y como nos recuerda Lecrubier (2002). Sabemos que los jóvenes deprimidos pueden presentar síntomas enmascarados como: tristeza frecuente, desesperanza, incapacidad para disfrutar de actividades, aislamiento social, comunicación pobre, baja autoestima y sentimiento de culpa, irritabilidad, hostilidad, dolores de cabeza y de estomago, ausencias frecuentes del colegio o un bajo rendimiento escolar. Todos estos síntomas implican cambios significativos que no deben pasar inadvertidos. Un aspecto relevante a la hora de tratar la conducta suicida, en los adolescentes y jóvenes adultos, es evitar que lleguen al punto de no retorno donde el suicidio aparece como la única salida posible a los problemas que les superan. En este sentido hay que trabajar con la familia, la escuela y la sociedad. Las intervenciones específicas deberían incluir el tratamiento y cuidado de los adolescentes suicidas y la ayuda a las familias y comunidades donde se ha producido una muerte por suicidio para hacer frente a las consecuencias.

En esta línea, la detección precoz de la ideación suicida se convierte en elemento fundamental de la prevención. Sabemos por diferentes investigaciones que el uso de cuestionarios, que recogen la ideación suicida, nos permite distinguir entre los adolescentes que tienen pensamientos autodestructivos y los que no los tienen. Existen buenos instrumentos como el Children's Depression Inventory (CDI) de Kovacs, el Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) de Reynolds, la escala de Ideación suicida de Beck o la escala de desesperanza de Beck que pueden ser muy útiles a la hora de distinguir a los jóvenes que presentan este tipo de pensamientos (sintomatología depresiva y/o ideación o conducta suicida) de los que no los presentan. Este tipo de intervención permite la evaluación regular de los jóvenes, en los centros educativos y/o asistenciales y posibilita que estos puedan cuestionar aspectos de su vida entre los que podemos incluir pensamientos de: suicidio, depresión, desesperanza, conflictos en el colegio, problemas en casa, problemas sentimentales y soledad (Greydanus *et al.*, 2009). Una vez detectada la ideación sería necesario explorar la severidad de la misma y su persistencia en el tiempo. En este sentido, la prevención desde la etapa escolar es básica para evitar casos en los jóvenes o incluso en la etapa adulta. En este aspecto creemos que la colaboración de los profesionales de la psicología en los centros educativos merece un papel mucho más relevante.

Hoy sabemos que los síntomas depresivos y la desesperanza pueden ser predictores importantes de comportamientos suicidas y están presentes en la mayoría de estudios sobre ideación o suicidio (Grover *et al.*, 2009). Asimismo el incremento del abuso de sustancias es una señal de alerta importante entre los suicidios consumados, porque posiblemente afecta su juicio y reduce las inhibiciones ante actos peligrosos, o tal vez porque refleja severas luchas emocionales que no han podido ser contenidas de otro modo (Dejong *et al.*, 2009). Todos estos aspectos son elementos detectables y por lo tanto previsibles. En esta línea, la detección temprana de estas perturbaciones permite que los jóvenes con ideación o conducta suicida, se sientan aliviados al poder comunicar sus intenciones y saber que tipo de ayuda podría prevenir su acto. La oportunidad de este primer encuentro ha de ser aprovechada como preludio a un soporte psicológico

más duradero, que permita enseñar y potenciar estrategias de afrontamiento a los adolescentes desarrollando habilidades para resolver problemas, aumentar la conciencia de los padres y la comunidad acerca de la importancia de la detección y tratamiento de la ideación y conducta suicida, y mantener la alerta respecto de cambios conductuales como los citados anteriormente. El acceso abierto a la asistencia profesional\_suele dar resultados positivos. En este caso, la ayuda de médicos, psicólogos, personal sanitario y/o asistencial es necesaria, puesto que existen porcentajes importantes de jóvenes que, antes de cometer suicidio, habían contactado con un profesional de la salud durante los meses anteriores a su muerte (Greydanus *et al.*, 2009). La preparación de una nota de suicidio por parte de un individuo deprimido es una importante señal de alerta que indica un alto grado de riesgo de muerte por suicidio.

El hablar abiertamente de ideación o de la intención suicida, con profesionales de la salud, no debe ser considerado como un posible precipitante del acto, al contrario, hay que abordar el tema de forma abierta y preguntar directamente acerca de la existencia de estas ideas. La verbalización de ellas permite la intervención y un seguimiento cuidadoso de los jóvenes afectados, además de aliviar, en muchos casos, la profunda angustia que les envuelve. Para ello también es importante contemplar un programa de prevención en la escuela dirigido a los estudiantes como ayudantes de sus propios compañeros, ya que la evidencia es que los adolescentes en raras ocasiones acuden a los adultos cuando tienen problemas. Una dificultad obvia que presenta cualquier programa basado en la escuela es el hecho de que los individuos de alto riesgo son los que presentan mayor absentismo y abandono de la escuela (Burns y Patton, 2000).

En nuestra opinión es fundamental mencionar que las relaciones familiares perturbadas padres-hijos deberían ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental. La naturaleza de muchos trastornos psicológicos, los estados de ansiedad y depresión, producidos en la vida adulta pueden relacionarse, de manera sistemática, con los estados de ansiedad, desesperación y desapego vividos en la infancia y juventud. Las investigaciones sobre ideación o suicidio sugieren que la mayoría de esos jóvenes no recibían un tratamiento y seguimiento adecuado, lo que pueden aumentar el riesgo de un suicidio eventual (Lecrubier, 2002). Este es un hecho que debe tenerse en cuenta en la prevención de intentos de suicidio en la adolescencia. De ahí la importancia que otorgamos a los estilos de apego desarrollados en la infancia y la adolescencia, como indicadores de posibles patologías posteriores.

Otro aspecto importante en la prevención de la conducta suicida es limitar o reducir el acceso a los métodos de suicidio. Restringir el acceso de los jóvenes a determinados métodos como la ingestión de medicamentos potencialmente tóxicos es una buena medida de salud pública. Muchas conductas suicidas en los jóvenes implican sobredosis intencionales. En este sentido una política de prevención debería incluir un embalaje de seguridad de los fármacos, limitar la cantidad de tabletas de drogas de alto riesgo que se dispensan, como los antidepresivos tricíclicos, los ansiolíticos y otros. Este tipo de medicaciones debería estar siempre controlado por un adulto responsable. En países occidentales un medicamento común como el paracetamol es ampliamente utilizado en las sobredosis intencionales entre los jóvenes. En estados Unidos el fácil acceso a las armas de fuego es un elemento a tener en cuenta ya que un elevado número de muertes por suicidio son consecuencias de este método. (Gould *et al.*, 2003)

Para finalizar, y como sugerencia de investigaciones futuras, en primer lugar creemos que las intervenciones deberían dirigirse hacia la detección de la ideación suicida y su relación con la sintomatología depresiva, sin olvidar los acontecimientos estresantes que suceden de manera imprevista. La correlación entre estas perturbaciones debiera ser un aspecto a considerar a la luz de las investigaciones que mantienen la estrecha relación entre estas alteraciones como hemos recogido en este trabajo.

En segundo lugar, la estrecha colaboración entre los profesionales de la salud y el ámbito educativo es un refuerzo indispensable, ya que los adolescentes pasan muchas horas en el colegio y los centros son lugares idóneos para detectar posibles alteraciones. La educación emocional de los adolescentes en sus propios centros educativos, podría ser considerada una asignatura cuyo objetivo fuera el desarrollo personal. Sobre este punto referido, nuestra sugerencia se basa en la importancia de enseñar a los estudiantes a desarrollar habilidades sociales que les permitan integrarse en los grupos propios de la adolescencia, trabajar la confianza en sí mismos aprendiendo de éxitos y fracasos y soportar la frustración que estos últimos puedan producirles. Además se trata de una etapa idónea para trabajar características cognitivas como la dificultad para solucionar problemas que les permita superar dificultades de acuerdo a sus posibilidades. En algunos casos, los niveles superiores de estrés y la poca destreza en la resolución de conflictos están significativamente asociados con niveles superiores de ideación suicida (Grover *et al.*, 2009).

Por todo ello, creemos que es indispensable trabajar la autoestima como eje del importante papel que tiene en la construcción de su propio yo y en el de su futuro. En la etapa adolescente la falta de autoestima puede actuar como el desencadenante principal de la depresión y de la ideación suicida. Saber buscar la ayuda necesaria en los momentos de dificultades puede ser un beneficio añadido en la disminución de trastornos emocionales y/o de ideación y conducta suicida.

Por último, no debemos olvidar la importancia de los medios de comunicación utilizados por los adolescentes (Facebook, twitter, skipe) que permiten a muchos de ellos ponerse en contacto o manifestar sus ideas e intenciones a otros compañeros. Estas mismas plataformas de relación social pueden actuar como vehículo de prevención con intervenciones diseñadas a tal efecto. En este caso el objetivo podría ser el asesoramiento directo o los enlaces con los servicios de salud mental. Consideramos un deber social necesario, el facilitar a los jóvenes la ayuda necesaria que les permita reconocer su incapacidad momentánea, para resolver las contrariedades que les llevan a pensar en una solución definitiva (suicidio) delante de situaciones posiblemente transitorias.

*El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes en el mundo. Con este antecedente, el objetivo de este artículo es revisar los factores de riesgo y los factores protectores y conocer los procesos asociados con el comportamiento suicida. Para evaluar correctamente el riesgo suicida es esencial conocer las causas más asociadas y en la medida de lo posible prevenirlas. Trabajos anteriores mantienen que la ideación suicida puede ser fácilmente detectada mediante*

la utilización de instrumentos sencillos y la posterior confirmación por profesionales de los casos encontrados. La exploración de los factores que pueden proteger a los jóvenes, ante el comportamiento suicida, ha de ser una prioridad en las investigaciones de salud pública. El propósito que guía el presente artículo parte de la voluntad de trabajar en esa dirección.

Palabras clave: ideación suicida, conducta suicida, factores de riesgo, factores protectores, adolescentes

## Referencias bibliográficas

- ABRAMSON, L.Y., METALSKY, G.I. & ALLOY, L.B. (1989). Hopelessness Depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- ABELA, J. & TAYLOR, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in school children: The moderating role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 408-419.
- ADAMS, J. & ADAMS, M. (1993). Effects of a Negative Life Events and Negative Perceived Problem-Solving Alternatives on Depression in Adolescents: A Prospective Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 743-747.
- ADAMS, J. & ADAMS, M. (1996). The association among negative life events, perceived problem, solving alternatives, depression and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 715-720.
- AGERBO, E., NORDENTOF, M. & MORTENSEN, P.B. (2002). Familial psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal* 325:74-77.
- ALDA, J.Á., ARANGO, C., CASTRO, J., PETITBÒ, M. D., SOUTULLO, C. & SAN L. (Coord.).(2009). *Trastornos del comportamiento en la infancia i l'adolescència: què està passant?* Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.
- ANDERSON, R.N. (2002). *Deaths: Leading causes for 2000 national vital statistics reports* 50 (16). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- BAUMEISTER, R. F. (1986) *Identity: Cultural Change and the Struggle for Self*. New York: Oxford University Press.
- BEAUTRAIS, A.L. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46(9): 1137-1156.
- BECK, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- BERGEN, H.A., MARTIN, G., RICHARDSON, A.S., ALLISON, R.S., & ROEGER, S.L., (2003). Sexual abuse and suicidal behaviour: a model constructed from a large community sample of adolescents. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1301-1309.
- BIFULCO, A., MORAN, P.M., BALL, C. & BERNAZZANI, O. (2002). Adult attachment style: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- BOERGENS, J., SPIRITO, A. & DONALDSON, D. (1998). Reasons for adolescents suicide attempts: Association with psychological functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1287-1293.
- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- BRENT, D.A. & MANN, J.J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C, 13-24.
- BUCHHEIM, A., STRAUSS, B. & KÄCHELE, H. (2002). The differential relevance of attachment classification for psychological disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 128-133.
- BURNS, J.M. & PATTON, G.C. (2000). Preventative interventions for youth suicide: A risk factor-based approach. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 388-407.

- CHANG, E. (2002). Predicting suicide ideation in adolescent population: Examining the role of social problem solving as a moderator and a mediator. *Personality and Individual Differences*, 32 (7), 1279-1291.
- CHENG, Y., TAO, M., RILEY, L., KANN, L., YE, L., TIAN, X., TIAN, B., HU, J. & CHEN, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: Care, health and development*, 35 (3), 313-322.
- DEJONG, T.M., OVERHOLSER, J.C. & STOCKMEIER, C.A. (2009). Apples to Oranges?: A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*. Doi: 10.1016/j.jad.10.020.
- DE WILDE, E.J., KEINHORST, I.C., DIEKSTRA, R.F. & WOLTERS, W.H. (1992). The relationship between adolescents suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-51.
- DE WILDE, E.J., KEINHORST, I.C., DIEKSTRA, R.F. & WOLTERS, W.H. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescents suicide attempters. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (1), 51-59.
- DEL BARRIO, V. (2007). *El niño deprimido: Causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Editorial Ariel.
- DOMÈNECH-LLABERIA, E. (Ed.) (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona: Servei de Publicacions, (Ciència i Tècnica; 29. Psicologia).
- DURKHEIM, E. (1976). *El suicidio*. Madrid: Akal editor (Primera edición: 1897).
- EVANS, E., HAWTON, K., & RODHAM, K. (2005a). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect*, 29, 45-48.
- FERNÁNDEZ, N. & MERINO, H. (2001). Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (2), 121-127.
- FONNAGY, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- GARCÍA DE JALÓN, E. & PERALTA, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25 (3), 87-96.
- GIRÓN, S., RODRÍGUEZ, R. & SÁNCHEZ, D. (2003). Trastornos de comportamiento en los adolescentes: Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Psiquis*, 24 (1), 5-14.
- GOULD, M.S., GREENBERG, T., VELTING, D.M. & SHAFFER, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- GOULD, M., JAMESON, P., ROMER, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*. Publicación Sage. Nueva York, USA.
- GREENBERG, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy and P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 469-496). New York: Guilford.
- GREYDANUS, D.E., BACOPOULOU, F. & TSALAMANIOS, E. (2009). Suicide in adolescents: A worldwide preventable tragedy. *The Keio Journal of Medicine*, 58 (2), 95-102.
- GROHOLT, B., EKEBERG, O., WICHSTROM, L. [et al.] (1997). Young suicide attempters: A comparison between among children's and adolescents completing suicide and age- and gender matched control. *Suicide Life Treatment Behavior*, 27, 250-263.
- GROVER, K. E., GREEN, K.L., PETTIT, J.W., MONTEITH, L.L., GARZA, M.J. & VENTA, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1281-1290.
- HAGEDORN, J. & OMAR, H. (2002). Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. *International Journal of Adolescent Medical Health*, 14 (1), 55-60.
- HARRIS, E.C., & BARRACLOUGH, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 1, (170), 205-228.
- ISOMETSÄ, E.T., HENRIKSSON, M.M., ARO, H.M., MARTTUNEN, M.J., KUOPPASALMI, K.I. et al. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.
- JIMÉNEZ, J., MONDRAGÓN, L. & GONZÁLEZ-FORTEZA, C. (2000). Autoestima y sintomatología depresiva en la ideación suicida. *La Psicología Social en México*, VIII, 185-191. México: AMEPSO
- LAFUENTE, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo

- (de la década de los 70 a la de los 80). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 165-190.
- LECRUBIER, Y. (2002). La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *European Psychiatry Edición Española*, 9, 90-94.
- MANN, J.J., OQUENDO, M., UNDERWOOD, M.D. & ARANGO, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (2), 7-11.
- McDANIEL, J. S., PURCELL, D. W., & D'AUGELLI, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84-105.
- McGIRR, A., RENAUD, J., SEGUIN, M., ALDA, M., BENKELFAT, C., LESAGE, A. & TURECKI, G. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and Risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 97, 203-209.
- MESTRE, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana. Un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- MEYER, B., PILKONIS, P.A., PROIETTI, J.M., HEAPE, C.L. & EGAN, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- NOCK, M. K., BORGES, G., BROMET, E, J., ALONSO, J., [et al.]. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.
- PHILIPPI, M.I. & ROSELLÓ, J. (1995). Ideación suicida en un grupo de jóvenes con depresión. *Ponencia presentada ante el XXV Congreso Interamericano de Psicología*, San Juan, Puerto Rico.
- PUIG-ANTICH, J., LUKENS, E., DAVIES, M. [et al.] (1985B). Psycho-social functioning in prepuberal major depressive disorders, II: Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Archives of General Psychiatry*, 42, 511-517.
- RASCÓN, M. L., GUTIÉRREZ, M. L., VALENCIA, M., DÍAZ, R., LEAÑOS, C. & RODRÍGUEZ, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicida de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27 (5), 44-52.
- REYNOLDS, W. M. & MAZZA, J. J. (1990). Suicidal behavior and depression in adolescents. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association*, Boston, USA.
- RODRÍGUEZ SACRISTÁN, J. (1992). *El sentimiento de soledad*. Servicio de publicaciones Universidad de Sevilla. España.
- ROS, S. (1997). *La conducta suicida*. Editorial Ela 1997. Grupo Arán.
- ROSELLÓ, J. & BERRÍOS, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2), 295-302.
- RIESCH, S.K., JACOBSON, G., SAWDEY, L., ANDERSON, J. & HENRIQUES, J. (2008). Suicide ideation among later elementary school-aged youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 263-277.
- SANCHIS, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Tesis Doctoral publicada. Universidad Ramón Llull. Barcelona. <http://www.tdx.cat/TDX-0723108-133810>
- SANCHIS, F. & SIMÓN, A. (en prensa). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología*.
- SERRANO, M.G., & FLORES, M.M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15 (2), 221-230.
- SIEGEL, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mind sight", and neural integration. *International Mental Health Journal*, 22, 67-94.
- SIMÓN, A. (2009). *Ideación suicida en los adolescentes de la Comunidad Foral de Navarra y su correlación con el perfil personal para llegar a la prevención*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Navarra.
- SIMÓN, A. & SANCHIS, F. (en prensa). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Apuntes de Psicología*.
- SMITH, P.K. (2004). Bullying: Recent developments. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 98-103.
- SOURANDER, A., HELSTELA, L., HAAVISTO, A. & BERGROTH, L. (2001). Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 53, 59-66.

- THOMPSON, M., KURUWITA, CH. & FOSTER, M.(2009). Transitions in suicidal risk in a nationally representative sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 458-463.
- VALDÉS, M.J. & PÉREZ, B.M. (2004). La idea de suicidarse en universitarios. *La Psicología Social en México*, vol. X, 163-168. México: AMEPSO.
- VILLARDÓN, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- WHO (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- WHO (2006). Suicide rates per 100.000 per country year and sex. Recuperado 10 de Noviembre 2010 en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/print](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/print).
- WRIGHT, J., BRIGGS, S. & BEHRINGER, J. (2005). Attachment and the body in suicidal adolescents: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; 10 (4), 477-491.