



Universidad de Jaén
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Suicidio en Adolescentes

Alumna: Marta Ortega Romero

Tutora: Prof. Dña. Lourdes Espinosa Fernández

Dpto: Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico

ÍNDICE

1.	RESUMEN	2
2.	ABSTRACT	3
3.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	4
3.1.	ADOLESCENCIA.....	4
3.2.	SUICIDIO	5
3.2.1.	IDEACIÓN SUICIDA.....	6
3.2.2.	TENTATIVA DE SUICIDIO.....	6
3.2.3.	SUICIDIO CONSUMADO.....	7
3.3.	EPIDEMIOLOGÍA	7
3.4.	TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO	9
3.4.1.	MODELOS BIOLÓGICOS.....	9
3.4.2.	MODELOS PSICOLÓGICOS	10
3.4.3.	MODELOS PSICOSOCIALES	14
3.5.	FACTORES DE RIESGO.....	15
3.5.1.	FACTORES INDIVIDUALES.....	15
3.5.2.	FACTORES FAMILIARES.....	17
3.5.3.	FACTORES SOCIALES.....	18
3.6.	FACTORES DE PROTECCIÓN.....	19
3.6.1.	FACTORES INDIVIDUALES.....	19
3.6.2.	FACTORES FAMILIARES.....	20
3.6.3.	FACTORES SOCIALES.....	21
4.	EVALUACIÓN	22
5.	TRATAMIENTO.....	25
5.1.	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	26
5.2.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	28
6.	PREVENCIÓN	29
7.	CONCLUSIONES	31
8.	REFERENCIAS.....	33

1. RESUMEN

El suicidio es un serio problema de salud pública que ha estado presente en todas las épocas (Marcelli y Humeau, 2007). En los últimos años se ha registrado un importante aumento, hasta convertirse, según los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud en la segunda causa de muerte en los jóvenes de entre 15 y 29 años.

Se han identificado un gran número de factores que podrían contribuir en la conducta suicida, incluyendo factores individuales, familiares y sociales, entre los que se pueden destacar: intentos de suicidio previos, entorno familiar negativo, tener problemas en el colegio o padecer una enfermedad mental, como depresión, bipolaridad o esquizofrenia. Las intervenciones terapéuticas incluyen tanto un abordaje psicoterapéutico como farmacológico.

Por último, para la prevención se ha comprobado que lo más eficaz es realizar la intervención dentro del ámbito escolar.

En el presente trabajo se revisan los aspectos más significativos en relación al suicidio en los adolescentes.

Palabras Clave: Suicidio Adolescentes, Factores de Riesgo, Factores de Protección y Programas de Prevención.

2. ABSTRACT

Suicide is a serious problem of public health that there had always been (Marcelli & Humeau, 2007). The last few years, an important increase has been registered (INE, 2015), and according to the World Health Organization (WHO)'s reports the suicide is the second cause of death in young people between 15 and 29 years.

It has been identified a large number of factors that could contribute to suicidal behavior (individual, family and social factors). Then, between these factors, it can be highlighted: previous suicide attempts, negative family environment, problems in school or suffering from a mental illness, like depression, bipolar disorder or schizophrenia. The treatment includes psychotherapy and pharmacological approach.

Finally, the most effective way to prevent the suicide is to carry out the interventions in schools.

This paper reviews the most significant aspects with regard to suicide in adolescents.

Keywords: Teen Suicide, Risk Factors, Protective Factors and Prevention Programs.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa comprendida entre los 12 y 20 años, pudiéndose distinguir tres etapas, cada una de ellas con unas características propias. La primera de ellas es la primera adolescencia, y abarca de los 12 a los 14 años de edad; la segunda es la adolescencia media, que comprende de los 15 a los 17 años y la última etapa es la llamada adolescencia tardía, que va de los 18 a los 20 años.

Dentro de las peculiaridades de cada una de las etapas que se han nombrado se puede señalar que en la primera adolescencia es cuando se producen los mayores cambios de tipo biológico y físico. La adolescencia media destaca por las fluctuaciones del estado de ánimo bruscas y frecuentes. Además, aumenta el nivel de autoconciencia de los adolescentes y estos sienten una mayor preocupación por la imagen que tengan los demás de ellos. Por último, en la adolescencia tardía es cuando aumenta el riesgo de conductas desadaptativas, como el consumo de drogas, conductas agresivas, conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo (Musitu et al., 2001 y Palacios et al., 2009).

Todos estos cambios contribuyen a la transición de la niñez a la adultez. Los adolescentes se enfrentan durante años a grandes cambios, demandas y oportunidades, que aunque en la mayoría de los casos suponen una transición satisfactoria hacia la edad adulta, en algunos casos pueden desarrollarse problemas psicológicos y/o conductuales que perturban seriamente no solo sus vidas sino también las de los que los rodean (Antolín, 2011 y Arnet, 2009).

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales y culturales, está definida por diferentes características entre las que podemos destacar las siguientes:

- Búsqueda de identidad y del sí mismo
- Necesidad de independencia
- Dejarse llevar por la tendencia grupal
- Evolución del pensamiento
- Manifestaciones sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Relaciones conflictivas con los padres

- Actividades sociales reivindicativas
- Necesidad de asumir un nuevo rol social, como integrante de una cultura específica

Un estrés intenso, miedo e incertidumbre, confusión, factores económicos y la presión por el éxito influyen en las capacidades que tiene el adolescente para afrontar problemas y tomar decisiones (Pérez,1953).

En algunos adolescentes, los cambios habituales de desarrollo, acompañados por eventos familiares como puede ser separación de los padres o mudanza, cambios de amistades, problemas en la escuela u otras pérdidas pueden ser causantes de una gran perturbación y resultar abrumadores (Buendía, J., Vidal, J. B., Riquelme, A., y Ruíz, J. A., 2004).

Y para algunos, el suicidio se presenta como la única solución a sus problemas, lo que es denominado “visión de tunel” o “desesperanza” (Chesney y Goodwin, 2014).

3.2. SUICIDIO

El origen etimológico de la palabra suicidio proviene del termino en latín “sui caedere”, que significa “matarse a uno mismo” (García de Jalón y Peralta, 2002).

El comportamiento suicida siempre ha estado presente en la humanidad, siendo un reflejo de la desesperación, sufrimiento e impotencia del ser humano.

Definimos el suicidio como una conducta voluntaria cuyo fin es acabar con la propia vida. Sin embargo estas conductas no siempre están vinculadas con el deseo de morir o hacerse daño, sino que podría ser una forma de expresar sentimientos como el desamparo, la desesperación, la ira y la frustración.

El término “parasuicidio” fue introducido por Kreitman (1977) para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar la intencionalidad hacia la muerte.

Dentro del fenómeno suicida podemos distinguir tres aspectos: la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado (Kohli, et al., 2010).

3.2.1. IDEACIÓN SUICIDA

Es un concepto muy amplio, ya que abarca desde pensamientos fugaces de que no vale la pena vivir, pasando por intensas preocupaciones de autodestrucción, hasta planes específicos y muy meditados para matarse (cuándo, dónde y cómo), así como pensamientos sobre el impacto que puede causar la muerte propia en los demás (Shafer, Pfeffer y Gutstein, 2003).

La mayoría de las personas que intentan suicidarse avisan anteriormente mediante ideación suicida verbalizada por lo que es muy importante que se tenga en cuenta este comportamiento a la hora de evaluar el riesgo de suicidio (Bobin y Sarfati, 2003).

Se pueden distinguir dos tipos de ideación suicida en función de la gravedad, estos serían, por un lado, la ideación pasiva, donde hay pensamientos pero no intento de quitarse la vida, y por otro lado la ideación activa, donde además de pensamientos también tienen planificado el cómo hacerlo.

Todas las conductas suicidas son graves y deben ser atendidas correctamente.

3.2.2. TENTATIVA DE SUICIDIO

La tentativa de suicidio sería un acto suicida cuyo resultado no es la muerte. Además del deseo de morir, se han descrito otras intencionalidades conscientes, como chantaje, demanda de atención o agredir psicológica y vengativamente a otros con la responsabilidad de la propia muerte.

En el caso de los adolescentes se ha encontrado que por lo general ocurre tras una crisis interpersonal en la que aparecen sentimientos de confusión y desesperación, por lo que puede resultar difícil la intención de los sujetos incluso para ellos mismos (De Wilde, E., Kienhorst, I., Diekstra, R., y Buendía, J., 1996).

Tubert (1982) diferencia dos tipos de intentos de suicidio. El primero, denominado “maligno”, caracterizado por ser un acto impulsivo, peligroso y sin desencadenantes claros. Se caracteriza por realizar una ruptura del vínculo con la realidad, con el entorno y con los demás. No es por tanto una llamada de atención ni hay petición de ayuda.

Los medios utilizados en este tipo indican la búsqueda de muerte como su finalidad primordial.

El segundo tipo, denominado “benigno”, se caracteriza por ser un acto compulsivo, menos peligroso y como reacción a pérdidas o cambios, teniendo un tono depresivo.

No hay ruptura con la realidad, sino un intento desesperado de establecer vínculos con los demás. Es una petición de auxilio que debe ser escuchada y atendida adecuadamente.

Los efectos son distintos en ambos tipos. Después del intento de suicidio maligno se agrava la tensión emocional y persiste el deseo suicida. Por el contrario, después de uno benigno lo que se suele producir es un alivio de la tensión, pudiendo llegar a expresar incluso arrepentimiento.

3.2.3. SUICIDIO CONSUMADO

Se entiende por suicidio consumado todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo la muerte, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

En muchos casos los actos suicidas han ido precedidos de ideación o tentativas suicidas. No darle valor a estos actos de forma adecuada significa no apreciar una situación de alto riesgo y por tanto no poder aportar las medidas necesarias para su prevención (Ollé, J.M.,2004).

3.3. EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), en torno a 3.000 personas se suicidan al día en el mundo. Una cada 40 segundos. Anualmente, más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año y por cada una que lo consigue otras 20 lo intentan. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados al suicida.

No sólo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones. De hecho, el 75% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.

Se puede producir a cualquier edad. Los datos indican que en los jóvenes de 15 a 29 años se trata de la segunda causa de muerte, representando el 8,5% del total de muertes en esta franja de edad.

La mayoría de los estudios realizados coinciden en señalar un incremento en las tasas en los meses de mayo y junio. Los datos también señalan que los días medios de la semana y las horas de la tarde y noche son dónde se producen un mayor porcentaje de suicidios (Perlis, 2014).

El número de suicidios en España ha aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en la primera causa de muerte no natural en nuestro país.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ofrece el número de defunciones por suicidio diferenciado por edades y sexo, así como el método usado para ello. Los datos son los siguientes:

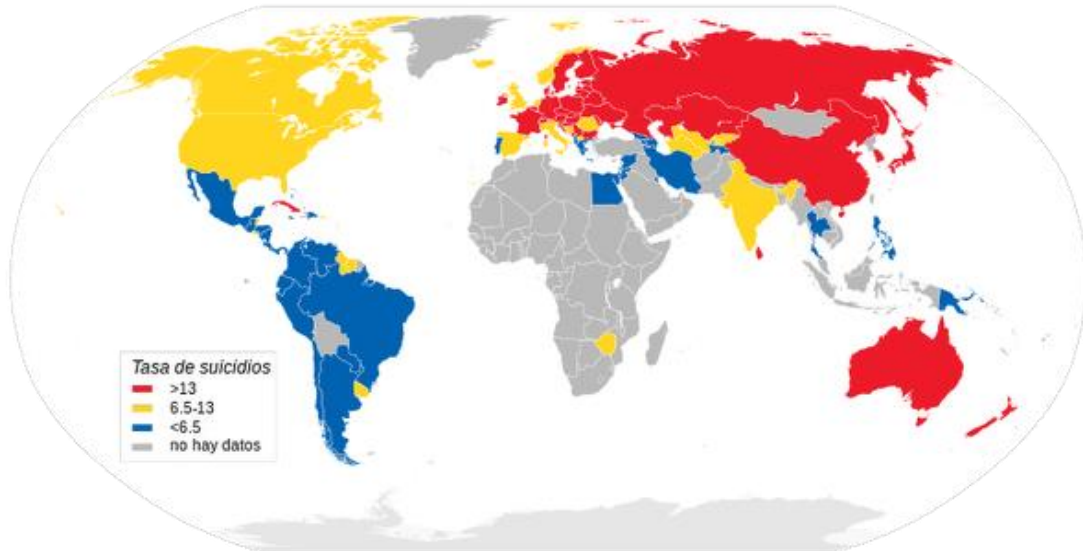
En 2014, 10 menores de 15 años se suicidaron, 1 por envenenamiento exponiéndose a gases y 9 por lesión auto infligida (3 ahorcamientos, 1 armas de fuego y 5 por saltar desde un lugar elevado). De estos diez, 4 fueron hombres y 6 mujeres.

En la franja de edad de los 15 a los 29 años, 319 se quitaron la vida (9 por envenenamiento con drogas, 4 exponiéndose a gases, 4 por envenenamiento de sustancias químicas, 144 ahorcándose, 3 por ahogamiento, 3 por disparo de arma corta, 4 por arma larga, 10 por otras armas de fuego, 1 por fuego o humo, 4 con un objeto cortante, 109 por saltar desde un lugar elevado, 7 por arrojarse ante un objeto en movimiento, 7 por colisión con un vehículo de motor y 10 por lesión no especificada). De las 319 personas, 239 fueron hombres y 80 mujeres.

Los datos indican que los suicidios son más frecuentes en hombres que en mujeres, a pesar de que ellas lo intentan más veces.

El envenenamiento, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos de suicidio más comunes en todo el mundo.

Entre los países que informan de la incidencia de suicidios, las tasas más altas se encuentran en Europa del este, y las más bajas principalmente en América Latina, los países musulmanes y algunos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos (OMS,2012).



Epidemiología de conducta suicida en el mundo según la OMS.

Fuente: OMS

La prevención del suicidio no ha sido abordada apropiadamente debido a la falta de sensibilización respecto del suicidio como problema de salud pública principal y al tabú aún existente en muchas sociedades.

Es importante aumentar esta sensibilidad y eliminar el tabú para conseguir reducir estas alarmantes cifras.

3.4. TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO

Se han propuesto varias teorías para explicar algunos de los posibles factores que influyen en la conducta suicida, con el fin de prevenir esta.

Se dividen en modelos biológicos, psicológicos y psicosociales.

3.4.1. MODELOS BIOLÓGICOS

Hipótesis genéticas: casi la mitad de pacientes en cuyos núcleos familiares existe historia de suicidio realizan intentos de suicidio (Roy, 1983). También se ha observado que la concordancia entre las tasas de hermanos monocigóticos es mayor a la de hermanos dicigóticos. Es frecuente el intento de suicidio en niños adoptados cuyos

padres biológicos se han suicidado a pesar de estar en un ambiente distinto. Se puede observar un factor hereditario genético pudiendo relacionarlo con la herencia de una enfermedad mental que pueda llevar al suicidio (Contreras y Gutiérrez, 2007).

Hipótesis neurobioquímicas: Van Heeringer et al., 2004, proponen un modelo en el que toman el concepto de “cerebro social” o circuito basolateral, formulado por Deakin en 1996, el cual consta de las cortezas prefrontal y temporal del cerebro, ejecutando diversas funciones por medio de circuitos de retroalimentación, en estrecha conexión con la amígdala subcortical y el hipocampo, respectivamente. Así el primer subsistema del circuito consta de la corteza temporal y el hipocampo, el cual parece estar implicado en el procesamiento de la información sensorial, cuya función está mediada por el sistema serotoninérgico en conjunción con el sistema noradrenérgico.

Deakin (1996) plantea que la adaptación o tolerancia al estrés es la principal función de este sistema y cuya alteración puede llevar a la subordinación, a una baja autoestima y las ideas depresivas, siendo de este modo un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

El segundo subsistema está compuesto por la corteza prefrontal y la amígdala, mediando esta la conducta de aproximación-evitación a través de la neuromodulación dopaminérgica y serotoninérgica, respectivamente. La disfunción de este sistema hace evidente la ansiedad social y la desesperanza, siendo esta última fundamental para el suicidio.

3.4.2. *MODELOS PSICOLÓGICOS*

Chopin, Kerkhof y Aresman (2004) proponen cinco grandes grupos de teorías psicológicas explicativas sobre el suicidio.

3.4.2.1. Teorías psicoanalíticas

Freud explica el suicidio como un problema que se encuentra en el alma humana. En su obra *Duelo y Melancolía* (Freud, 1917) habla de los impulsos del suicidio como impulsos homicidas, anteriormente orientados a otras personas y orientado como una forma de castigo que el individuo se autoimpone.

Holinger y Offer (citados por Henry et al., 1993) consideran que el suicidio es un intento de manejar el rechazo y la privación, resultado de la pérdida de amor y apoyo.

Por otra parte, Menninger (1966) propuso que las personas tienen una importante propensión a la autodestrucción y explica tres componentes de la conducta hostil presente en el suicidio que son: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Por último se encuentra Litman (1967), que añade otros aspectos aparte de la hostilidad a la conducta suicida: la culpa, la ansiedad y la dependencia.

Para algunos autores (ej., Henry et al., 1993) los adolescentes son un grupo particularmente en riesgo, ya que la pubertad es un periodo esencial en el desarrollo de los impulsos autodestructivos.

Un desarrollo deficiente del ego en la adolescencia puede llevar a conductas autodestructivas que son producto de un deseo inconsciente de muerte que resulta de la ira tornada hacia sí mismo.

3.4.2.2. Suicidio como una forma de comunicación interpersonal

En las décadas de los 60 y 80 del siglo XX se creía que el intento de suicidio era una forma de comunicación, que se denominó grito de auxilio.

Stengel (1962) defendía el intento de suicidio como un acto consciente o inconsciente de comunicación hacia los demás. Se puede entender como una búsqueda de ayuda pudiendo ser causada por cambios ambientales no esperados, por lo que se producirán repeticiones dependiendo de si el intento previo generó o no los cambios buscados.

Kreitman (citado por Chopin et al., 2004) defendía que los intentos de suicidio tenían principalmente funciones comunicativas y manipulativas. Así, las personas que habían intentado suicidarse, tienden a ser personas con problemas de personalidad, dificultades sociales y problemas interpersonales graves y duraderos.

Maris (2002) (citado por Chopin et al., 2004) propuso que la meta principal de los intentos de suicidio eran la manipulación, la búsqueda de atención y la expresión del

afecto depresivo. También establece que las personas que intentan suicidarse hacen uso de métodos de baja letalidad. Fué uno de los primeros autores que propone que tal disposición al suicidio se origina en los traumas de la infancia. Según este autor, la mayoría de las personas que intentan suicidarse no quieren morir, sino generar cambios en sus vidas, por ello la repetición de un intento de suicidio puede llegar a convertirse en una respuesta condicionada ante el estrés.

3.4.2.3. Suicidio como reacción al dolor psicológico

Schneidman (1993) (citado por Villardón, 1993) aborda el tema del suicidio consumado. Defiende que el suicidio es una forma de escapar al dolor psicológico insoportable causado por emociones negativas como: culpa, derrota, humillación, miedo, vergüenza, descrédito, soledad, aflicción, desesperanza, amor frustrado, necesidades insatisfechas, cólera y hostilidad.

Habla de cuatro componentes en la conducta suicida: hostilidad, perturbación, constricción y cese.

El primer componente hace alusión a la hostilidad hacía sí mismo en los momentos previos al intento. La perturbación hace referencia a la preocupación o inquietud de la persona. Por su parte, la constricción se refiere a la incapacidad de la persona para percibir todos los aspectos de la realidad, haciéndose solo notables los negativos (efecto túnel).

Cuándo todos estos factores se encuentran elevados hay más posibilidades del intento de suicidio. En ese momento es cuando la idea de cese, del descanso y de dormir eternamente se despiertan, presentandose como una solución posible (Villardón, 1993).

Desde este punto de vista, una condición necesaria para el suicidio es un umbral disminuido frente al dolor psicológico, combinado con que la idea de cese dará fin al dolor.

3.4.2.4. Teorías cognitivas

Perspectiva cognitiva de Aaron T. Beck

Beck (1980) postula que la intención de suicidio es un continuo, situándose, en un extremo la intención de morir y en el otro la de vivir. En algunas ocasiones la intención puede que sea ambigua, habiéndose confusión entre el deseo de morir y de vivir.

Para este autor la conducta suicida grave está relacionada con la depresión y desesperanza, siendo esta última crucial para el suicidio.

Beck, Kovaks y Weissman (citados por Chopin et al., 2004) defienden que las conductas suicidas en personas deprimidas están derivadas de distorsiones cognitivas, como una excesiva visión negativa de sí mismos, el mundo y el futuro (triada cognitiva): tendiendo a magnificar sus problemas y a creer que no tienen habilidades para poder resolverlos, además de que no toleran bien la incertidumbre.

Integrando la perspectiva de Beck, Riskind, Long, Williams y White (2000), se puede llegar a la conclusión de que la depresión suele ser el inicio de las conductas suicidas. A su vez, la depresión es el resultado de tres componentes básicos: triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

Teoría de la Indefensión- Desesperanza

Abramsom et al. (2000) hacen énfasis en la desesperanza como elemento principal de las conductas suicidas. Este elemento cognitivo hará del suicidio la única salida que tienen a sus problemas o bien para sentir que tienen el último control de sus vidas.

Posteriormente, Abramsom et al. (2002) propusieron el modelo de diátesis-estrés, en el cual los eventos negativos contribuyen a la formación y el mantenimiento de evaluaciones distorsionadas y negativas de sí mismo y el futuro, llevando esto a la desesperanza y ello a su vez al suicidio.

La postura cognitiva de Neimeyer

Neimeyer (1998) afirma que los constructos personales de los individuos suicidas se caracterizan por anticipación al fracaso, autoconstrucción negativa, pensamiento dicotómico, aislamiento interpersonal, constricción en el contenido y aplicación de constructos y desorganización del sistema de constructos.

Posteriormente, Hugles y Neimeyer (1990) proponen un modelo en el que los seres humanos buscan predecir y plantear hipótesis sobre el futuro. Cuando este proceso es alterado pueden producirse las conductas suicidas.

La conducta suicida es el resultado de factores cognitivos orientados hacia el futuro, combinados con eventos vitales estresantes.

3.4.2.5. Teorías que asumen la conducta suicida como un proceso

Como se mencionó anteriormente, Maris (1992) fue uno de los primeros autores en plantear la conducta suicida como un proceso.

La teoría del aprendizaje social también puede encuadrarse en esta categoría.

Lester (1994) propone que la conducta suicida también puede aprenderse. Las experiencias tempranas y una determinada educación configuran los patrones de pensamiento y las asociaciones de una persona suicida. El castigo y su interpretación juegan un papel fundamental.

Finalmente, Michel (1997) habló del suicidio como una teoría de acción. Todas las conductas suicidas están motivadas por metas. La conducta suicida puede reaparecer a lo largo de la vida como una meta en momentos de crisis vital.

3.4.3. *MODELOS PSICOSOCIALES*

La teoría que más ha contribuido a la comprensión del comportamiento suicida fue la propuesta por Durkheim (1971), quien identificó la sociedad como un factor que influye en el suicidio. Este sociólogo describió cuatro condiciones que amenazan el equilibrio entre la individualidad y comunidad.

El suicidio altruista sería la persona que pierde la noción de individualidad -y acaba con su vida asumiendo que su muerte favorecerá el bienestar de su comunidad.

El suicidio fatalista es cuando la comunidad anula a los individuos exigiendo su muerte.

El suicidio egoísta es aquel que decide la persona, busca beneficios a expensas de la sociedad, lo que hace que el individuo se aleje de ella.

Por último se encuentra el suicidio anómico, que se produce en sociedades donde no hay capacidad para crear y mantener normas y el poder para ejercer control social es insuficiente (Bille-Brahe, 2000).

3.5. FACTORES DE RIESGO

El suicidio es el resultado de la combinación de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, entre otros; convirtiéndose así en factores de riesgo para el suicidio.

Detectar dichos factores a tiempo es imprescindible para poder tomar decisiones del proceso terapéutico a seguir.

Podemos clasificar estos factores en tres grandes grupos: individuales, familiares y sociales (Evans, Hawton y Rodham, 2004).

3.5.1. FACTORES INDIVIDUALES

Dentro de este tipo podemos destacar los siguientes:

- Haber realizado tentativas de suicidio anteriormente.
Se ha podido comprobar que aproximadamente el 25% de los adolescentes que se han suicidado lo habían intentado con anterioridad. La tentativa de suicidio aumenta por 30 el nivel de riesgo (Marcelli y Humeau, 2007). Además, se ha considerado también que el nivel de riesgo aumenta cuanto más joven es el suicida (Bobin y Sarfati, 2003).
- Patología psiquiátrica. La depresión, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y otras drogas, trastornos alimentarios, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos y trastorno bipolar (Marttunen, Aro, Henriksson y Lonnqvist, 1991).
- Trastorno de déficit de atención por hiperactividad, problemas de sueño y enfermedades físicas incapacitantes, crónicas, terminales y dolorosas.
- Alta impulsividad, humor inestable, irritabilidad, que la sociedad les exija ser perfeccionistas, rechazar su cuerpo, apego inseguro, vivir en un mundo ilusorio, conducta antisocial, baja tolerancia a la frustración y orientación sexual diferente a la de su género.

Se ha sugerido que los adolescentes que se lesionan tienen una autoimagen negativa, tendiendo a realizar autoatribuciones internas, estables y globales sobre los acontecimientos negativos de sus vidas.

- Maltrato y abuso sexual. Se ha demostrado una correlación entre el abuso en la infancia y el suicidio. También las conductas violentas en la familia, tanto si el adolescente es víctima como testigo constituye un riesgo para el menor (Evans et al., 2004).
- Factores biológicos. En el caso de la conducta suicida se han destacado ciertas disfunciones en los neurotransmisores. La más citada es la disfunción del sistema serotoninérgico (Mann, Waternaux, Haas y Malone, 1999), encontrándose bajos niveles de serotonina y de sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados.

Estos bajos niveles también se relacionan con escaso control de los impulsos, violencia y letalidad en el acto suicida, constituyendo también uno de los principales argumentos neurobiológicos de la depresión (de Jalón, E. G., y Peralta, V., 2002).

En conclusión, los adolescentes que realizan intentos de suicidio presentan una serie de características psicopatológicas en mayor medida que aquellos que no los realizan (Steele, M.M. y Doey, T., 2007).

Por una parte, manifiestan una sintomatología depresiva mayor y más duradera, constituyendo esta variable un factor predisponente y mantenedor de la conducta autolesiva. En concreto, la ideación suicida se postula como una de las variables desencadenantes de actos autolesivos. Por tanto, presentan una mayor psicopatología alimentaria, principalmente de naturaleza bulímica (Peebles, R., Wilson, J.L. y Lock, J. D., 2011). Para finalizar, el consumo de bebidas alcohólicas es también prevalente entre estos sujetos, no habiéndose determinado si constituye un factor de riesgo o epifenómeno (Ibáñez, A.F., Costa, M.V., del Real Peña, A., y del Castillo, C.S., 2012).

3.5.2. FACTORES FAMILIARES

En este apartado se pueden citar los siguientes:

- Presencia de trastornos psicopatológicos de los padres. Es frecuente que los padres de los adolescentes suicidas presenten algún trastorno, entre los que destacan depresión y abuso de sustancias.

Estos datos se pueden interpretar como vulnerabilidad genética, pero también pueden ser ocasionados por el impacto de estos trastornos en los adolescentes, siendo evidente que unos padres que se encuentran en una inestable situación personal no podrán ayudar a sus hijos a enfrentarse a la adolescencia de una manera adecuada (Evans et al., 2004).

- Antecedentes de suicidio o de tentativas de suicidio en los padres. Se ha comprobado que en el caso de suicidio de madre o padre el riesgo de que los hijos lo hagan es de 2 a 5 veces mayor (Evans et al., 2004).
- La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar genera un limitado aprendizaje en la resolución de problemas, no pudiendo hacer frente a los eventos estresantes o depresiones (Mullen y Hendren, 1998).
- Un ambiente demasiado coercitivo, o demasiado permisivo, un ambiente hostil e inseguro o simplemente indiferente.
- En varios estudios se han relacionado bajos niveles de comunicación entre padres e hijos con ideación e intento suicida (Evans et al., 2004).
- Un bajo nivel educativo y desempleo en la familia son considerados factores de riesgo, ya que limitan su participación social. Pudiendo incluir en este campo a los inmigrantes debido al desarraigo de su cultura (Cervantes, W., y Hernández, E. M., 2008).
- Divorcio, separación o fallecimiento de los padres, ya que vivir separado de ambos padres se ha asociado con un incremento en el fenómeno suicida (Evans et al., 2004).
- Fácil acceso a armas de fuego, ya que el simple hecho de tener en casa un arma aumenta la probabilidad de intentar suicidarse (Kposowa, A., Hamilton, D., & Wang, K., 2016).

- Constantes cambios de domicilio o hacinamiento en el hogar, en el cual conviven varias generaciones o familias adoptivas (Evans et al., 2004).

3.5.3. FACTORES SOCIALES

- Las dificultades escolares, el fracaso escolar y las situaciones de acoso en la escuela constituyen factores de riesgo para la conducta suicida, así como también la pobre asistencia escolar se ha relacionado con la ideación e intentos suicida (Sierra, P.A., 2012).

El acoso escolar es la causa de un gran número de muertes autoprovocadas en adolescentes. Además no sólo las víctimas del bullying tienen más riesgo de suicidio, sino también los acosadores y los testigos, según diversos estudios publicados en la revista *Journal of Adolescent Health* (Borowsky, I. W., Taliaferro, L. A., & McMorris, B. J., 2013) y (Hertz, Donato y Wright, 2013).

- Problemas legales y discriminatorios, así como el aniversario de alguna pérdida, también están relacionados con la conducta suicida en adolescentes (Ramos, P.M., 2013).
- Exposición a conductas suicidas de amigos; se ha encontrado una asociación positiva entre los intentos de suicidio y adolescentes que han visto esto en amigos cercanos (Raheb, Bielsa, Batlle, Rafael y Tomás, 2006).

Dos características específicas del estado socioeconómico podrían ser relevantes en el fenómeno suicida de los adolescentes: nivel de educación de los padres y estrés o preocupación por la situación económica familiar.

- Uso inadecuado de las nuevas tecnologías y chats. Se ha visto que adolescentes con comportamiento suicida se relacionan a través de estos medios y foros con gente que también se autolesionan para compartir experiencias y métodos (Messina, E. S. e Iwasaki, Y., 2001 y Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J., 2006).

En el estudio de Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014), se ha comprobado la importancia que tiene prevenir los factores de riesgo así como potenciar los factores de protección del individuo para evitar la conducta suicida.

3.6. FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores protectores contra el comportamiento suicida son aquellos que disminuyen la probabilidad de que se lleven a cabo intentos de suicidio en presencia de factores de riesgo (Nock, 2008) y deben ser desarrollados desde la infancia y adolescencia, ayudados por los padres, la familia y los educadores (Barrero, 2006; Cervantes y Hernandez, 2008; Cueva y García, 2006; Mullen y Hendren, 1998; OMS, 2001 y Sánchez, Guzmán y Cáceres, 2005).

Su conocimiento es muy importante y se pueden dividir en:

3.6.1. FACTORES INDIVIDUALES

- Desarrollo de las habilidades sociales que le permitan relacionarse con sus padres, en la escuela y en la comunidad.
- Confianza en sí mismos, en sus logros y en su propia situación, lo cual se consigue destacando sus éxitos, no humillándolos ni creándoles sentimientos de inferioridad (Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y San Pedro, E. M., 2007).

Exigencias propias de logros, competencias cognitivas y al menos un nivel intelectual promedio favorecen un buen afrontamiento afectivo ante cualquier situación.

- Búsqueda de ayuda ante dificultades acercándose a las figuras más importantes para ellos (Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y San Pedro, E. M., 2007).

Un ambiente educativo abierto, con límites y apoyo por parte de la familia, así como tener responsabilidades también son factores que protegen ante el suicidio.

- Tener una buena autoestima, autoimagen y suficiencia, así como haber tenido experiencias de autoeficacia así como confianza en sí mismos ayudan a afrontar adecuadamente situaciones estresantes (Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y San Pedro, E. M., 2007).
- Gratitud y esperanza.

- Autoconcepto positivo y autocontrol emocional. (Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y San Pedro, E. M., 2007).
- Locus de control interno.
- Ser receptivos ante las experiencias y soluciones de otras personas, especialmente las que hayan conseguido resultados exitosos.
- Receptividad ante nuevos conocimientos y buena formación académica. (Jalón, M. J. D. A., 2005).
- Evitar el consumo de sustancias adictivas (Raimondo, M. D. L. Á. P., 2009).
- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas.
- Aceptar su corporalidad tanto de género como su aspecto.
- Utilización de inteligencias múltiples.
- Expresión de emociones y gestión de conflictos.

Un estilo de afrontamiento productivo en el que se esfuercen por resolver los problemas fijandose en lo positivo.

- Sentido del humor y empatía.
- Luz solar.
- Buena alimentación (Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M., 2006).

Conductas alimentarias adecuadas, evitando trastornos como anorexia o bulimia también se previene la conducta suicida.

- Descanso.
- Ejercicio físico (Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M., 2006).

Los adolescentes que centran su incremento de energía en el deporte y en el desarrollo de su curiosidad están más protegidos de conductas suicidas que los que no lo hacen.

3.6.2. FACTORES FAMILIARES

- Buena relación familiar (Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y San Pedro, E. M., 2007).

La calidad de la comunicación y las relaciones familiares están asociados a estilos de vida saludables en la adolescencia.

- Apoyo familiar, sentirse queridos y aceptados tal y como ellos son (Vinaccia, S., Quiceno, J. M., y San Pedro, E. M., 2007).
Dentro de los recursos más importantes con los que cuentan los adolescentes resilientes se encuentran relaciones estables emocionalmente, al menos con uno de los progenitores.
- Ofrecerles una educación para desarrollar su sexualidad plenamente (Páramo, M. D. L. Á., 2011).
- Enseñar el concepto de muerte.

3.6.3. FACTORES SOCIALES

- Desarrollar redes afectivas e integración social.
- Buena relación con sus iguales (Jalón, M. J. D. A., 2005).
- Buena relación con sus profesores y otros adultos (Jalón, M. J. D. A., 2005).
El desarrollo de la cooperación a distintos niveles, así como el fomento de la no-violencia son básicos para prevenir conductas de acoso en la escuela.
- Apoyo de personas importantes para ellos.
- Amistades no consumidoras de drogas (Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M., 2006).
- Sentido de pertenencia a un grupo o cultura, verle un sentido a la vida.
- Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria.
- Tener creencias religiosas y culturales.
- Ambiente sin drogas ni tabaco (Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M., 2006)
- Dificultad de acceso a métodos de suicidio.

4. EVALUACIÓN

El riesgo de suicidio es difícil de evaluar en los pacientes. La valoración de esta conducta es una de las más difíciles, no solo por la existencia de falsos positivos y negativos, sino por la ansiedad que genera en el evaluador (Wasserman, 2001).

Actualmente la entrevista es el método más eficaz para evaluar la conducta suicida.

La entrevista permite al entrevistador lo siguiente:

- Identificar factores específicos, síntomas y signos implicados en el riesgo suicida.
- Garantizar la seguridad inmediata del paciente y decidir que tratamiento es el más indicado.
- Realizar un diagnóstico, marcarse unos objetivos y unas intervenciones a seguir.

La evaluación debe realizarse respetando la privacidad y la intimidad del paciente.

Otra información que puede obtener el profesional de la exploración es la siguiente:

- Aspecto y comportamiento del paciente (higiene, vestimenta, expresión, actividad motora, actitud, etc.).
- Nivel de contacto visual.
- Nivel de conciencia, si está orientado en espacio y tiempo.
- Alteraciones en la concentración, atención y memoria.
- Habla y lenguaje del paciente.
- Rapidez de movimiento y presencia de posturas involuntarias poco comunes.
- Presencia de alteraciones sensorio-perceptivas: alucinaciones, ilusiones, etc.
- Expresiones del estado de ánimo y afectividad (ideas de muerte, expresión facial, interacción con otras personas, tono de voz, actividad motora, llantos,

suspiros, risas, expresión de angustia, tristeza o dolor, cambios de humor frecuentes, anhedonia, etc).

- Nivel de tolerancia a las frustraciones.
- Alternaciones de la forma y contenido del pensamiento: ideas de muerte, culpa, autolesión, etc.
- Conocimiento del estado de salud por parte del paciente, si existe o no conciencia de la enfermedad en caso de que exista.

Por último encontramos las escalas de valoración. Las más recomendadas por la APA son:

- **Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)**_(Horowitz, Wang, Koocher y Burr, 2001).

La versión original es Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) y es empleado para detectar el riesgo y la conducta suicida en niños y adolescentes.

El cuestionario cuenta con 14 items de tipo Likert de 7 puntos o 4 puntos en la versión breve y es heteroaplicada, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,68.

- **Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ)**_(Horowitz et al., 2001).

Empleado para detectar el riesgo suicida en niños y toma de decisiones de personal no especializado mediante 4 items de administración heteroaplicada.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**_(Beck, 1991).

La versión original es Beck Depression Inventory (BDI) y se emplea para evaluar sintomatología depresiva.

Cuenta con 21 items la versión original y con 13 la versión breve, siendo autoaplicado y con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83.

- **Escala de Desesperanza de Beck (BHS)**_(Beck, Weissman y Lester, 1974).

La versión original es Beck Hopelessness Scale (BHS) y su función es evaluar el grado de desesperanza, siendo también es un indicador indirecto de intentos de suicidio.

Consta de 20 ítems de verdadero o falso, es autoaplicado y tiene un coeficiente alfa de Cronbach es de 0,82 a 0,84.

- **Escalas de Intencionalidad Suicida (SIS)**_(Beck, Weissman y Lester, 1974).

La versión original es Suicidal Intent Scale (SIS) y evalúa la intencionalidad de suicidio mediante 15 ítems heteroaplicados, con un coeficiente alfa de Cronbach es de 0,82.

- **Escala para la Ideación suicida(SSI)** _(Beck, Kovacs y Weissman, 1979).

Es una entrevista semiestructurada que cuenta con 19 ítems para evaluar variables cognitivas en relación con el riesgo suicida, teniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 a 0,96.

5. TRATAMIENTO

Cuando un paciente de cualquier edad está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de expresar sus pensamientos y sentimientos ante un profesional que le demuestre interés puede ser suficiente para eliminar dichas ideas. No obstante, es recomendable un seguimiento posterior, principalmente si no tiene un adecuado apoyo familiar y social.

El profesional debe evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar a un familiar, amigo o conocido que pueda apoyar al paciente y solicitar su ayuda.

Establecer un acuerdo de no suicidio es una técnica útil en la prevención de suicidio. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan este compromiso, siendo solo adecuado cuando el paciente tiene pleno control de sus actos (Rodríguez, 2006).

La mayoría de los pacientes se benefician al seguir en contacto con el profesional, que si no hay enfermedades subyacentes, debería ser suficiente con dos o tres meses de apoyo.

Este se centrará en dar esperanza, estimular la independencia y ayudarle a hacer frente ante acontecimientos estresantes.

También se debe preparar a la familia para que efectúe una supervisión del paciente en riesgo.

Cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio por falta de apoyo familiar o social, comportamiento impulsivo, intentos previos, plan suicida estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, es necesaria la hospitalización voluntaria o involuntaria para preservar su vida.

El tratamiento comprende un abordaje psicológico y farmacológico. Nos centraremos ahora en el tratamiento en adolescentes.

5.1. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

La psicoterapia es el componente fundamental en el tratamiento de la conducta suicida y deberá ser ajustado a las necesidades de cada adolescente.

Vamos a centrarnos en algunas de las terapias más utilizadas para el tratamiento psicológico de los adolescentes.

5.1.1. Terapia Dialéctica Conductual para Adolescentes (DBT-A)

La Terapia Dialéctica Conductual se adaptó para los adolescentes con comportamiento suicida y situaciones multiproblemáticas.

Se centra en la validación emocional y la aceptación, así como la formación de habilidades sociales.

Son 16 semanas de tratamiento en el que hay sesiones individuales semanales, terapia familiar y grupo multifamiliar (Fleischhaker et al., 2011).

5.1.2. The Resourceful Adolescent Parent Program (RAP-P)

La intervención se centra en el manejo del comportamiento suicida y los síntomas psiquiátricos asociados, como ansiedad, depresión mayor o trastorno postraumático.

Se lleva a cabo con los padres y tiene una duración de entre 2 y 4 horas y se lleva a cabo de entre 4 y 6 sesiones.

Su objetivo es mejorar el clima familiar, aprendiendo a manejar el estrés, desarrollando la autoestima e independencia del adolescente y generando estrategias para un buen clima familiar y la resolución de conflictos (Diamond et al., 2010).

5.1.3. Terapia Familiar Basada en el Apego (ABFT)

Trata de disminuir la ideación suicida y los síntomas depresivos de los adolescentes que han sido derivados desde atención primaria o urgencias.

El objetivo es fortalecer los lazos de apego entre los padres y los adolescentes, creando una base de protección y seguridad, mejorando la capacidad de resolución de problemas, regulando el afecto y la organización. Se fortalece la cohesión familiar y se atenúan así los pensamientos suicidas y la depresión (Moran, G., Diamond, G. M., y Diamond, G. S., 2005).

5.1.4. Psicoterapia Cognitivo Conductual para la Prevención del Suicidio (CBT-SP)

Esta intervención es individual y familiar y se focaliza en los adolescentes con diagnóstico de depresión que han intentado suicidarse en los últimos tres meses.

Se divide en tres fases: primero una aguda de 12 semanas, segunda de mantenimiento y tercera de continuación de más de 6 meses (Stanley et al., 2009).

El objetivo principal es reducir los factores de riesgo del suicidio, adquisición de habilidades, psicoeducación e intervención familiar para la prevención de recaídas.

5.1.5. Psicoterapia Interpersonal para el Adolescente (IPT-A)

Esta intervención está centrada en las relaciones interpersonales, reducir los síntomas depresivos y disminuir el riesgo suicida (Mufson et al., 2004).

La intervención se realiza en el contexto escolar con la participación de padres y profesores (Tang et al., 2009) y ha sido desarrollada por Klerman et al. (1998).

5.1.6. Terapia Familiar Multisistémica (TFM)

Es una intervención intensiva, efectiva en la modificación de los factores de riesgo, está centrada en la familia y se lleva a cabo en el hogar.

Se enseñan a los familiares o cuidadores herramientas para la crianza, se diseña un plan de seguridad para evitar las autolesiones, se promueve la participación y se alejan las influencias negativas posibles (Huey et al., 2004).

5.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, así como para los trastornos de ansiedad con ideas y riesgo de suicidio, se emplean los siguientes fármacos.

- **Antidepresivos.** Para casos de depresión con riesgo de autolesión y en fase aguda son eficaces los antidepresivos asociados a sedantes para alcanzar un mayor efecto serotoninérgico (Aish y Wasserman, 2001 y Davis, Gilhooley, Agius y Zaman, 2010).

A pesar de que aún no existe evidencia, los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina) y en concreto la fluoxetina podría tener un efecto inhibitor de las ideas suicidas y la impulsividad (Mihanović, 2010).

- **Ansiolíticos.** Ante situaciones de urgencia es conveniente usar benzodicepinas como alprazolam y clonacepan que proporcionan un alivio rápido de la sintomatología ansiosa (Hall, 2006).

El uso a largo plazo debe ser seguido de supervisión continua debido a los efectos adversos, tolerancia, riesgo de abuso, dependencia y síndrome de abstinencia.

- **Lítio.** Además de usarse como estabilizadores del ánimo, tienen efecto antidepresivo y reducen el riesgo de suicidio (Garrido-picazo, 2008).

Se ha comprobado su eficacia en otras psicopatologías como el trastorno bipolar para reducir el riesgo suicida, así como para la depresión mayor, aunque este último solo se ha demostrado eficaz en la población adulta (Montagnon, Said, Lepine y Lithium, 2002).

Y por último, en la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y trastornos de personalidad se utilizan los fármacos antipsicóticos de primera y segunda generación (Soler y Gascón, 1999).

6. PREVENCIÓN

Una manera eficaz de responder al suicidio sería establecer una estrategia nacional de prevención (National Public Health, 2001), utilizando medidas como:

- Restricción del acceso a los medios de suicidio.
- Información responsable por parte de los medios de comunicación.
- Introducir políticas orientadas a reducir el consumo de alcohol y otras drogas de abuso.
- Controlar el uso de equipos electrónicos y juegos de apuestas.
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.
- Capacidad de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas.
- Seguimiento de la atención dispensada a personas que han intentado suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

Se incluyen de esta manera áreas de salud, educación, empleo, bienestar social, y justicia.

En cuanto a la población infanto-juvenil las intervenciones preventivas deben llevarse a cabo dentro del ámbito escolar, las cuales serían (Russell, 2001):

- Programas de prevención basados en el currículo, para aumentar los conocimientos del suicidio.
- Programas basados en el entrenamiento en habilidades sociales, con el fin de detectar a los jóvenes con riesgo suicida.
- Programas de prevención de cribado basados en el ámbito escolar, sobre la depresión, ideación suicida, y conducta suicida previa, utilizando entrevistas individuales y test autoaplicados.
- Intervención después de un suicidio, para minimizar el riesgo por aprendizaje vicario de familiares, amigos y profesores.

- Entrenamiento de figuras clave o Gatekeeper, que consiste en que profesores, jefes de estudio, orientadores, personal de administración y servicio etc. estén en contacto regularmente con personas o familias con problemas.

Dada la complejidad del tema, es importante resaltar dos fenómenos preventivos importantes (Mellesdal et al., 2010):

- **Rol de la Familia.** El suicidio o el intento suicida son eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y en su funcionamiento, por lo que se pueden considerar como crisis familiares por desorganización.

No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que deje de considerarse la familia, su funcionamiento y otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida.

Este enfoque plantea la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros, no debiendo limitarse la familia a la función asistencialista, de crianza y proveedora de bienes materiales, sino que debe cumplir su función formativa y educativa, ayudando así a los hijos a desarrollar sentimientos, valores, principios, actitudes y hábitos que sirvan de protección ante las conductas suicidas.

Por todo ello, es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo importante.

Diversos estudios han demostrado que en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que han cometido un intento de suicidio hay evidencia de crisis familiares, además de un deterioro de las relaciones familiares (Herrera y Avilés, 2000).

- **Promoción de la Salud Mental.** La promoción de salud para evitar la conducta suicida debe implicar no solo a los profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan más con los pacientes como familiares, amigos y maestros (Pérez, 1953).

La sociedad, las instituciones y el Estado no solo deben preocuparse de la competitividad y productividad. Su principal función debería ser promover principios, valores y sentimientos para el desarrollo personal (González, B., y Rego, E., 2006).

En el círculo social íntimo se debe promover la solidaridad, el altruismo y la fraternidad, ayudando así a superar el dolor y el sufrimiento (Valladolid, 2011).

La persona debe desarrollar la autoestima e ir reforzándola (Valladolid, 2011).

7. CONCLUSIONES

Como se ha mencionado en la introducción, el objetivo de esta revisión no ha sido otro que poner de relieve la importancia de unas cifras de suicidio adolescente, que se ha convertido en un grave problema de salud pública afectando a nivel mundial.

A pesar de que las cifras de suicidio a estas edades no son las más elevadas, han aumentado en los últimos años, convirtiéndose en un grave problema de salud pública que ocasiona cientos de muertes prematuras en España con un enorme coste económico y humano en años de vida perdidos.

En cuanto a la comorbilidad se ha podido observar que en la población adolescente los trastornos más asociados y con un mayor riesgo son la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión.

Existe una gran variedad de escalas e instrumentos de evaluación para el suicidio en la población adulta, siendo muy escasos los instrumentos fiables en la población joven.

Los más utilizados han sido los instrumentos de evaluación de Beck, como el Inventario de Depresión, o la escala de desesperanza, así como el cuestionario de riesgo suicida.

En cuanto al tratamiento y prevención, destacan las técnicas Dialéctico-Conductuales que han demostrado su eficacia en esta población (Cornellá, 2012). Sin embargo, si el suicidio va asociado a la bipolaridad o esquizofrenia el tratamiento farmacológico es de gran importancia.

Es preciso considerar las tentativas de suicidio como un problema de salud pública dado el alto riesgo de repetición y teniendo en cuenta que muchos de estos jóvenes habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno. Es importante detectar y tratar los trastornos afectivos y psiquiátricos en los jóvenes, dado el especial riesgo que esto les otorga.

Como se ha comprobado en la revisión, se puede observar una amplia lista de factores que son similares en la mayoría de los estudios, como los antecedentes tanto del niño como de los familiares, impulsividad o cambios biológicos, entre otros.

La desestructuración familiar, la inadaptación escolar y la marginalidad laboral y social son fuentes privilegiadas de riesgo de suicidio.

Algunos especialistas también recomiendan disminuir la disponibilidad de los métodos suicidas, ya que la disponibilidad de estos aumenta el riesgo de cometer algún acto suicida (Harrington y Dyer, 1993).

Sin embargo, estas medidas, útiles en casos previsibles o diagnosticados, serán de poca utilidad si no se afrontan las verdaderas causas del deseo de morir.

El tratamiento psicoterapéutico, individual y familiar, es imprescindible en los casos ya detectados; pero el problema excede el ámbito sanitario teniendo en cuenta que una parte importante de los suicidios ocurren sin ninguna señal o aviso previo.

Por todo esto, junto a la prevención clínica es necesaria la prevención social orientada a reducir los factores de riesgo y a reforzar los factores de protección de los adolescentes.

A pesar de las diferentes revisiones y estudios realizados, no es suficiente para detener los suicidios en adolescentes, ya que el problema está aumentando de manera progresiva.

La ignorancia y la indiferencia frente al problema son también factores que incrementan el riesgo.

Frente al silencio de los familiares y medios de comunicación, las instancias sanitarias y educativas y por supuesto, el conjunto de la sociedad debe estrechar la atención y cuidado sobre un problema que no será pequeño mientras siga existiendo.

Este estudio presenta una serie de limitaciones a tener en cuenta, y es que no se ha realizado una búsqueda exhaustiva de todos los artículos existentes relacionados con el suicidio. Se trata de una primera aproximación al problema para poder abordar el tema en mayor profundidad en posteriores estudios.

8. REFERENCIAS

- Abramsom, L., Alloy, L., Hogan, M., Whitehouse, W., Gibb, B., y Hankin, B. (2000). The hopelessness theory of suicidality. En T. Joiner y D. Rudd (dirs.), *Suicide science. Expanding the boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluwer Academic.
- Abramsom, L., Alloy, L., Hankin, B., Haefffel, G., MacCoon, D., y Gibb, B. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in self-regulatory and psychobiological context. En I. Gothlib y C. Hammen (dirs.), *Handbook of depression* (pp. 268-294). Nueva York: Guilford.
- Aish, A. M., & Wasserman, D. (2001). Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological medicine*, 31_(02), 367-372
- Antolín-Suárez, L. (2011). *La conducta antisocial en la adolescencia: una aproximación ecológica*. Universidad de Sevilla.
- Arnet, J.J. (2009). *Adolescence emerging and adulthood. A cultural approach*. Londres: Pearson.
- Barrero, S. A. P. (2002). *La adolescencia y el comportamiento suicida*. Ediciones Bayamo.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (2006). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Focus*.
- Beck, A., Kovacks, M., y Weissman, A. (1996). Hopelessness and suicidal behaviour. En J.Maltsberger y M. Goldblatt (dirs.), *Essential papers on suicide* (pp. 331-341). Nueva York: University Press.
- Beck, A., Rusch, A., Shaw, B., y Emery, G (1980). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and suicidal behaviour. En K. Hawton y K. Van Heeringer (dirs.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 193-207). Chichester: Wiley.
- Bobin, E., & Sarfati, Y. (2003). Tentatives de suicide à repetition: peut-on arrêter les «récidivistes». *Nervure*, 16(3), 14-18.

- Borowsky, I. W., Taliaferro, L. A., & McMorris, B. J. (2013). Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health, 53*(1), S4-S12.
- Buendía, J., Vidal, J. B., Riquelme, A., & Ruiz, J. A. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. EDITUM.
- Cervantes, W., & Hernández, E. M. (2008). El suicidio en los adolescentes: Un problema en crecimiento. *Duazary, 5*(2), 148-154.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry, 13*(2), 153-160.
- Chopin, E., Kerkhof, A., y Arensman, E. (2004). Psychological dimensions of attempted suicide: Theories and data. En D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof y A. Schimdtke (dirs.). *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 41- 60). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Contreras, C., y Gutiérrez, A. (2007). Bases biológicas del suicidio. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana, 20*.
- Cornellà, J. (2012). Conducta autodestructiva en el adolescente. In *Suicidio, su prevención. Trabajo presentado al Congreso virtual Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes, España. Resumen recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Conducta>* (Vol. 20).
- Davis, A., Gilhooley, M., Agius, M., & Zaman, R. (2010). Suicide risk and choice of antidepressant. *Psychiatria Danubina, 22*(2), 358-359.
- de Jalón, E. G., & Peralta, V. (2002). Suidicio y riesgo de suicidio Suicide and risk of suicide. In *ANALES Sis San Navarra* (Vol. 25, No. Suplemento 3).
- Deakin, J. F. (1996). 5-HT, antidepressant drugs and the psychosocial origins of depression. *Journal of Psychopharmacology*.
- De Wilde, E., Kienhorst, I., Diekstra, R., & Buendía, J. (1996). El suicidio en la adolescencia. *Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide*.
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(2), 122-131.
- Durkheim E., (Ed.). (1971). *El suicidio*. Buenos Aires: Editorial Shapire.

- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical psychology review, 24*(8), 957-979.
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 5*(1), 1.
- Freud S. (1917). Traner und melancholie. *Int Z Psychoanal, 4*(6), 288-301.
- González, B., & Rego, E. (2006). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud.
- Hall, W. D. (2006). How have the SSRI antidepressants affected suicide risk? *The Lancet, 367*(9527), 1959-1962.
- Harrington, R. C., & Dyer, E. (1993). Suicide and attempted suicide in adolescence. *Current Opinion in Psychiatry, 6*(4), 467-469.
- Henry, C., Stephenson, A., Hanson, M., y Hargett, W. (1993). Adolescent suicide and families: An ecological approach. *Adolescence, 28*, 291- 308.
- Herrera Santí, P. M., & Avilés Betancourt, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 16*(2), 134-137.
- Hertz, M. F., Donato, I., & Wright, J. (2013). Bullying and suicide: a public health approach. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine, 53*(1 0), S1.
- Horowitz, L. M., Wang, P. S., Koocher, G. P., Burr, B. H., Smith, M. F., Klavon, S., & Cleary, P. D. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics, 107*(5), 1133-1137.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(2), 183-190.
- Hugles, S. y Neimeyer, R. (1990). A cognitive model of suicidal behaviour. En D. Lester (dir.). *Current concepts of suicide* (pp. 1-29). Filadelfia: Charles.
- Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., del Real Peña, A., & del Castillo, C. S. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (103)*, 5.
- Jalón, M. J. D. A. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema, 17*(4), 549-558.

- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., y Chevron, E. S. (1998). Psicoterapia interpersonal. *Masson*. Barcelona
- Kohli, M. A., Salyakina, D., Pfennig, A., Lucae, S., Horstmann, S., Menke, A., ... & Uhr, M. (2010). Association of Genetic Variants in the Neurotrophic Receptor–Encoding Gene NTRK2 and a Lifetime History of Suicide Attempts in Depressed Patients. *Archives of general psychiatry*, 67(4), 348-359.
- Kposowa, A., Hamilton, D., & Wang, K. (2016). Impact of firearm availability and gun regulation on state suicide rates. *Suicide and life-threatening behavior*.
- Kreitman, N. (1977). Parasuicide. London: J.
- Lester, D. (1994) A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 24, 80-88.
- Litman, R.E. (Ed.). (1967). *Freud on suicide. Essays in self-destruction*. Editado por Edwin S. Shneidman, 324-244.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Marcelli, D., & Humeau, M. (2007). Suicidio y tentativa de suicidio en el adolescente. EMC. *Psiquiatría*, (128), 1-12.
- Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13-to 19-year-olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 834-839.
- Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Arild Jørgensen, H. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatric Services*, 61(1), 25-31.
- Menninger, K. (1966). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Messina, E. S., & Iwasaki, Y. (2011). Internet use and self-injurious behaviors among adolescents and young adults: An interdisciplinary literature review and implications for health professionals. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(3), 161-168.
- Michel, K. y Valach, L. (1997). Suicide as goal-directed action. En K. Van Heeringen(dir.), *Understanding suicidal behaviour* (pp. 230- 251). Chichester: Wiley.
- Mihanović, M., Restek-Petrović, B., Bodor, D., Molnar, S., Orešković, A., & Presečki, P. (2010). Suicidality and side effects of antidepressants and antipsychotics. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 79-84.

- Montagnon, F., Said, S., & Lepine, J. P. (2002). Lithium: poisonings and suicide prevention. *European psychiatry*, 17_(2), 92-95.
- Moran, G., Diamond, G. M., & Diamond, G. S. (2005). The relational reframe and parents' problem constructions in attachment-based family therapy. *Psychotherapy Research*, 15(3), 226-235.
- Mufson, L. H., Dorta, K. P., Olfson, M., Weissman, M. M., & Hoagwood, K. (2004). Effectiveness research: Transporting interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) from the lab to school-based health clinics. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 251-261.
- Mullen, D. J., Hendren, R. L., y Parmelee, D. (1998). El niño o adolescente suicida. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Chicago: Hartcourbrace.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- National Public Health. (2001). Ide risk with long term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta psychiatr scand*;104:163-72.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.
- Ollé, J. M. (2004). Padres, adolescentes y docentes: Los avatares de un encuentro difícil aunque no imposible. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, (3), 13-19.
- Palacios, J., Cubero, R., Luque, A., & Mora-Merchán, J. (2009). Desarrollo físico y psicomotor después de los 2 años. *J. Palacios, Á. Marchesi y C. Coll (Comps.), Desarrollo psicológico y educación*, 1, 179-200.
- Páramo, M. D. L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2011). Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *Journal of Adolescent Health*, 48(3), 310-313.
- Pérez, S. (1953). ¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?, 1-67.

- Perlis M. (2014). *Medicina del sueño*. Universidad de Pensilvania en Filadelfia, Estados Unidos.
- Raheb, C., Bielsa, A., Batlle, S., Rafael, A., & Tomàs, J. (2006). Psicopatología y conducta suicida en la adolescencia., *1735*, 1–19.
- Raimondo, M. D. L. Á. P. (2009). *Adolescencia y psicoterapia: análisis de significados a través de grupos de discusión* (Vol. 234). Universidad de Salamanca.
- Ramos, P. M. (2013). *El duelo por suicidio: análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental*. Editorial de la Universidad de Granada.
- Rodríguez, A. (2006). El suicidio y su prevención. *Revista Forensis Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-DRIP*, 275-282.
- Roy, A. (1983). Family history of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 40(9), 971-974.
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of public health*, 91(8), 1276-1281.
- Sánchez Pedraza, R., Guzmán, Y., & Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 12-25.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Personalidad y resiliencia en un cuerpo especial de la Policía Nacional de España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 30(2), 75-81.
- Schneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. *Northvale, NJ, Jason Aronson*.
- Shafer, D., Pfeffer, C. R., y Gutstein, J. (2003). Suicidios y tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia. *Tratado de Psiquiatría*, 3, 2163-2172.
- Sierra, P. A. (2012). Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al bullying (Vulnerability and risk factors associated with bullying). *CES Psicología*, 5(1), 118-125.
- Soler, P. A., & Gascón, J. (1999). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. *De Masson*, 11-25.
- Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., ... & Goldstein, T. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1005-1013.
- Steele, M.M., y Doey, T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*. 2007;52(6 Suppl 1):21S-33S.

- Stengel, E. (1962). Recent Research into suicide and attempted suicide. *American Journal of Psychiatric*, 118, 725-727.
- Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C. H., Huang, S. Y., & Yen, C. F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 463-470.
- Teruel, D. S., & Bello, M. A. R. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 181-192.
- Tubert S. (1982). *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*. Madrid, España: Saltés
- Van Heeringer, C., Portzki, G. y Audenaert, K. (2004). The Psychobiology of suicidal behaviour. En D. De Leo, U. Bille- Brahe, A. Kerkhof y A. Schmidtke (Eds.) *Suicidal Behaviour: Theories and research findings* (pp. 61-66). Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Valladolid, M. N. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 1-5.
- Villardón, L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & San Pedro, E. M. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 16, 139.
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental psychology*, 42(3), 407.
- World Health Organization. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.