

Artículo

## Conducta suicida en adolescentes a revisión: creando esperanza a través de la acción

Eduardo Fonseca Pedrero<sup>1</sup>, Alicia Pérez-Albéniz<sup>1</sup> y Susana Al-Halabí<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España

<sup>2</sup>Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Mayo 24, 2022

Aceptado: Junio 23, 2022

#### Palabras clave

Adolescentes  
Conducta suicida  
Ideación suicida  
Prevención  
Revisión narrativa  
Intervención psicológica

### RESUMEN

La conducta suicida es un problema socio-sanitario de primer orden. El objetivo general de este trabajo es realizar una revisión narrativa de la conducta suicida en adolescentes. Básicamente, se trata de introducir este tópico a los profesionales de la Psicología y a la sociedad en su conjunto de cara a su formación, información, sensibilización y concienciación. Con este fin, en primer lugar, se realiza una delimitación conceptual de la conducta suicida. A continuación, se abordan cuestiones epidemiológicas. En tercer lugar, se introducen los modelos psicológicos más relevantes. En cuarto lugar, se abordan los factores de riesgo y protección de la conducta suicida en adolescentes. Seguidamente, se explican algunas de las herramientas de evaluación disponibles en español para este sector de la población. Posteriormente, se comentan los principales modelos de prevención focalizando el discurso en la importancia de los entornos educativos. También se introducen los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje de la conducta suicida en adolescentes. Finalmente, se comentan líneas de investigación futuras y se realiza una breve recapitulación a modo de conclusión.

### Suicidal behavior in adolescents under review: fostering hope through action

### ABSTRACT

Suicide is a serious public health problem. The main goal of this paper is to carry out a narrative review of suicidal behavior in adolescents. Basically, the aim is twofold: to provide updated information and to introduce mental health professionals and society to this topic for their training and knowledge. To this end, first, a conceptual delimitation of suicidal behavior is produced. Second, epidemiological issues are addressed. Third, psychological models of suicidal behavior are presented, along with the possible explanations underlying this phenomenon. Fourth, the risk and protective factors for suicidal behavior are mentioned. Next, assessment tools for this sector of the population are introduced. Subsequently, prevention strategies are discussed, focusing on the importance of educational environments. Empirically supported psychological treatments for dealing with suicidal behavior are also proposed. Finally, future lines of research are discussed, and a brief summary is made.

#### Keywords:

Adolescents  
Suicidal behavior  
Suicidal ideation  
Prevention  
Narrative review  
Psychological intervention

La prevención de la conducta suicida en menores de edad sigue siendo una asignatura pendiente. Si se tiene en cuenta, por un lado, que la conducta suicida se encuentra entre las principales causas de muerte entre personas de 15 y 19 años a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2021a) y, por otro, que la adolescencia es una etapa esencial del desarrollo humano donde se asientan las raíces de la posterior adultez, así como las bases de la sociedad presente y futura, ignorar esta cuestión podría ser considerado una cuestión casi anticonstitucional. Más si cabe, y a tenor de la literatura científica, si se considera que las muertes por suicidio se pueden prevenir con intervenciones oportunas, basadas en evidencia y, a menudo, de bajo costo (p.ej., Mann et al., 2021; Phillips et al., 2014; Walsh et al., 2022; Zalsman et al., 2016). A este respecto, se desea recordar el principio rector de la Constitución española: reconocer el derecho a la protección de la salud, así como organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y los servicios necesarios.

La conducta suicida forma parte de la diversidad humana. Es un fenómeno complejo, poliédrico, multidimensional y multicausal (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021). Es un problema de la vida, donde la persona trata de buscar una solución a una situación vivida como límite, a una enorme dificultad que le provoca un dolor intolerable que no sabe o no puede resolver de otra forma (Al-Halabí y García Haro, 2021). Su delimitación, clasificación, etiología, tratamiento y prevención es una difícil empresa que no tiene una fácil solución. La conducta suicida todavía no se encuentra bien analizada y comprendida, siendo un tema tabú y plagado de mitos y estigma. Aún en el siglo XXI, muchas cuestiones continúan sin respuesta, siendo, tal vez, la más acuciante la inexistencia de un plan nacional para la prevención de la conducta suicida en España.

En este contexto el objetivo principal de esta revisión narrativa es poner a disposición de los profesionales de la Psicología y de la sociedad en su conjunto información actual sobre la conducta suicida en población adolescente. Se hace necesario desmontar las creencias infundadas asociadas a la conducta suicida, incluso entre los profesionales (Al-Halabí et al., 2021b), pues ello permite mejorar su visión, comprensión y abordaje. Se debe dejar claro que hablar sobre el suicidio como problema de salud pública ayuda a prevenirlo. La información, la formación, la sensibilización y la concienciación sobre conducta suicida, esto es, la alfabetización de diferentes profesionales, familiares y población general es una de las mejores herramientas de las que disponemos para su prevención. A este respecto cabe destacar el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 referido a “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, cuyo indicador 3.4 es la tasa de mortalidad por suicidio (Naciones Unidas, 2018) que tiene por objetivo reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

El hilo argumental será el siguiente. En primer lugar, se realiza una delimitación conceptual de la conducta suicida. A continuación, se abordan cuestiones epidemiológicas. En tercer lugar, se introducen los modelos psicológicos más relevantes. En cuarto lugar, se abordan los factores de riesgo y protección de conducta

suicida en adolescentes. Seguidamente, se exponen algunas de los instrumentos de medida existentes en español para evaluación de este sector de la población. Posteriormente, se comentan los principales modelos de prevención focalizando la importancia en los entornos educativos. También se explican los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje clínico de la conducta suicida en adolescentes. Finalmente, se comentan líneas de investigación futuras y se realiza una breve recapitulación a modo de conclusión.

Debido al reducido espacio editorial, recomendamos a aquellos lectores interesados en profundizar en la materia consultar manuales sobre la conducta suicida (p.ej., Anseán, 2014; Knapp, 2020; Miller, 2021; O'Connor y Pirkis, 2016; Wasserman, 2021), así como diferentes trabajos en español (p.ej., Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2021; Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018; Espada et al., 2021; Fonseca-Pedrero, 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2019; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020; Pedreira-Massa, 2019) o guías (Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012, 2020).

### Conducta suicida: delimitación conceptual

Suicidio, etimológicamente, se refiere el acto de provocarse a sí mismo la muerte, de forma intencional. La conducta suicida es un concepto poliédrico que recoge diferentes expresiones que oscilan desde la ideación suicida (plan suicida, ideas de muerte, deseo de muerte e ideas de suicidio), pasando por la comunicación (amenaza suicida y expresión verbal y no verbal) y el plan suicida, hasta llegar al acto suicida (el propio suicidio, el intento suicida, el intento abortado por otros y las autolesiones) (Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).

Desde esta aproximación no se debe entender la conducta suicida como equivalente a la muerte por suicidio (o el mal denominado suicidio consumado). Las diferentes manifestaciones fenotípicas de la conducta suicida oscilan a lo largo de un *continuum* de gravedad (bienestar-muerte por suicidio), donde el nivel de riesgo para una persona concreta será, teóricamente, mayor en función de si se aproxima al polo del suicidio (Al-Halabí y García Haro, 2021). Aunque a nivel fenotípico pueda parecer que las diferentes expresiones siguen una trayectoria lineal a modo de “estaciones de cambio”, ello no quiere decir que puedan existir cambios no lineales o discontinuos en el tiempo. A este respecto, el modelo de catástrofe en cúspide puede explicar diferentes procesos como la aparición repentina de comportamiento suicida sin planificación suicida previa (Bryan et al., 2020). Se debe recordar que la conducta humana se ajusta mal a lo lineal y unilateral.

En la *Tabla 1* se recogen unas breves definiciones de los diferentes términos que se aglutinan dentro de la conducta suicida (Turecki et al., 2019). No obstante, lejos de existir un consenso sobre su nomenclatura en la literatura científica, aún existe una falta de una definición conceptual y taxonomía consensuadas, aspecto que impacta, entre otros, en la comprensión, evaluación, prevención e intervención de la conducta suicida (De Beurs et al., 2021; Goodfellow et al., 2018; Hill et al., 2020; Silverman, 2016; Silverman y Berman, 2014; Silverman y DeLeo, 2016; van Mens et al., 2020).

**Tabla 1.**  
Definiciones de términos comúnmente usados en la investigación de la conducta suicida (tomado de Turecki et al., 2019).

Concepto	Delimitación
Suicidio	Terminar intencionalmente con la propia vida.
Comportamiento suicida	Comportamientos que pueden terminar con la vida de uno, ya sea fatal o no. Este término excluye la ideación suicida.
Intento de suicidio	Comportamiento autodestructivo y no fatal con intención inferida o actual de morir.
Ideación suicida	Cualquier pensamiento sobre el fin de la propia vida. Puede ser activo, con un claro plan de suicidio, o pasiva, con pensamientos sobre el deseo de morir.
Autolisis o autodestrucción	Comportamientos autodestructivos con o sin intención de morir. No distingue entre el intento de suicidio y la autolesión no suicida.
Autolesión no suicida	Conductas autolesivas sin intención de morir.

Tan importante es definir lo que es, como lo que no es el objeto de estudio. A este respecto el espectro de conducta suicida ni se define ni se clasifica como un trastorno mental dentro de los manuales diagnósticos al uso (Clasificación Internacional de las Enfermedades o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). La conducta suicida puede tener lugar en presencia o en ausencia de un diagnóstico de trastorno mental (p. ej., episodio depresivo) (García-Haro et al., 2020) y, a su vez, es transdiagnóstica, esto es, puede estar presente en diferentes problemas de salud, tanto física como psíquica. Del mismo modo, no se debe confundir la conducta autolítica (*deliberate self-harm behavior*-DSH) con la autolesión no suicida (*non suicidal self-injurious*-NSSI). No obstante, a modo de breve apunte, cabe señalar que las autolesiones no suicidas son un problema importante de salud pública entre los adolescentes (Arensman et al., 2018). Si bien en el plano teórico la distinción entre conductas suicidas y conductas autolesivas es clara (Kuehn et al., 2022), en la realidad clínica de la población adolescente en particular, la separación categorial está más intrincada y existe una alta progresión y solapamiento entre autolesiones y conductas suicidas (Arensman et al., 2018; Brown y Plener, 2017; Gillies et al., 2018).

### Epidemiología de la conducta suicida en adolescentes

Las cifras epidemiológicas de la conducta suicida pueden variar en función de diferentes factores como, por ejemplo, la edad, el género, el nivel educativo o el país.

A nivel mundial las tasas de mortalidad por suicidio se estiman en 3,77/100000 personas, siendo en España es de 1,47/100000 personas (Glenn et al., 2020). En un meta-análisis (Lim et al., 2019) se encontró que en adolescentes la prevalencia vital y la prevalencia 12 meses de intento de suicidio fue del 6% (95% Intervalo confidencial (IC): 4,7-7,7%) y del 4,5% (95% IC: 3,4-5,9%), respectivamente. Por su parte, la prevalencia vital y la prevalencia 12 meses de ideación suicida fue del 18% (95% IC: 14,2-22,7%) y del 14,2% (95% IC: 11,6-17,3%), respectivamente. En muestras de adolescentes y adultos jóvenes, las mujeres presentan mayor riesgo de intento de suicidio (*Odds Ratio* 1,96; IC 95% 1,54-2,50), y los hombres de muerte por suicidio (*Hazard ratio* 2,50; IC 95% 1,8-3,6) (Miranda-Mendizabal et al., 2019).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE1) un total de 3475 menores españoles (desde los 5 hasta los 19 años) han fallecido por suicidio en el periodo temporal de 1980-2020. Y 128.483 personas (de todos los rangos de edad) han sido registradas como muerte por suicidio desde que se recoge este fenómeno por el INE. Además, si por cada muerte por suicido se calculan unos 20 intentos, se estimarían en este periodo temporal un total de 2.569.660 tentativas. Las cifras son desoladoras.

De acuerdo con el INE (2021), en el año 2020 se suicidaron 3.941 personas, de los que 300 eran jóvenes (14 y 29 años). En España la prevalencia vital de ideación suicida en población adolescente es en torno al 30%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio es aproximadamente del 4% (Fonseca-Pedrero et al., 2018; Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020). En la Figura 1 se muestra la prevalencia de conducta suicida, medida con la escala Paykel de conducta suicida (Paykel et al., 1974), en una muestra representativa de la población adolescente española. En la Figura 2 se recogen datos preliminares de la prevalencia de la conducta suicida, evaluada con la Escala SENTIA (Díez-Gómez et al., 2020), en una muestra de 6050 adolescentes españoles (3224 mujeres, rango de edad 11-19 años) procedente del estudio PSICE (Psicología en Contextos Educativos) coordinado por el Consejo General de la Psicología de España y Psicofundación. Igualmente, en este mismo estudio cuando se les pregunta sobre conducta suicida mediante el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), versión adolescente, los resultados preliminares indican que el 9,3% de la muestra respondió afirmativamente tanto al ítem “en el último mes, ¿ha habido algún momento en el que has pensado seriamente terminar con tu vida?” como al ítem “en algún momento de tu vida, ¿has tratado de matarte o suicidarte?”.

### Modelos psicológicos de conducta suicida

Los modelos teóricos actuales consideran que la conducta suicida se puede encontrar en la compleja interacción dinámica que se establece entre factores biológicos, psicológicos y sociales que son experimentados por una persona determinada en función de una biografía y circunstancias socio-culturales concretas.

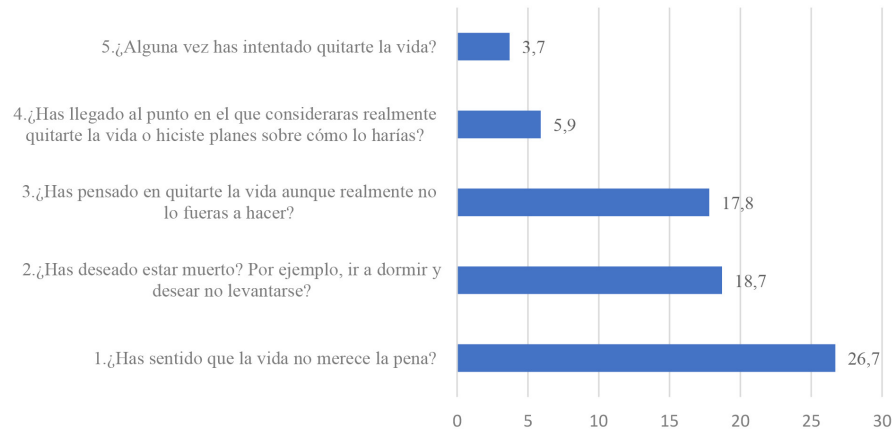
Es un fenómeno complejo, radicalmente (de raíz) psicológico, raro (desde un punto de vida estadístico) en cuanto a su prevalencia, multideterminado, dinámico (variable en el tiempo) y dependiente de múltiples parámetros. Desde este acercamiento, el epicentro de la ecuación sería la *P* de Persona, y no la *G* de genética o la *C* de cerebro. Por ende, es necesario comprender las razones, que no las causas, por la que una persona decide suicidarse, pues “nadie se intenta suicidar sin una razón”.

No hay una única causa por la que una persona intenta poner fin a su vida. Esto es, no existe una causa necesaria y suficiente que determine tal conducta. Es una ecuación probabilística de la que forman parte diferentes parámetros, que cambian momento a momento, y entre los que el sufrimiento y el dolor de la persona es un factor esencial. Por el momento la capacidad pronóstica y predictiva de los factores de riesgo de conducta suicida es muy limitada (Chiles et al., 2019; Franklin et al., 2017; Large et al., 2017; McHugh et al., 2019; Mulder et al., 2016; Runeson et al., 2017; Steeg et al., 2018).

<sup>1</sup> Consultado el 21 de mayo de 2022 en la dirección web: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>. Las cifras presentadas en este párrafo son las correspondientes al INE. Estas cifras pueden contener errores y pueden ser consideradas como estimaciones que son siempre el límite inferior, esto es, las muertes por suicidio serían siempre más que el dato indicado pues no consideran casos no registrados, “ocultos”, dudosos, etc. (p.ej., accidentes de coche).

**Figura 1.**

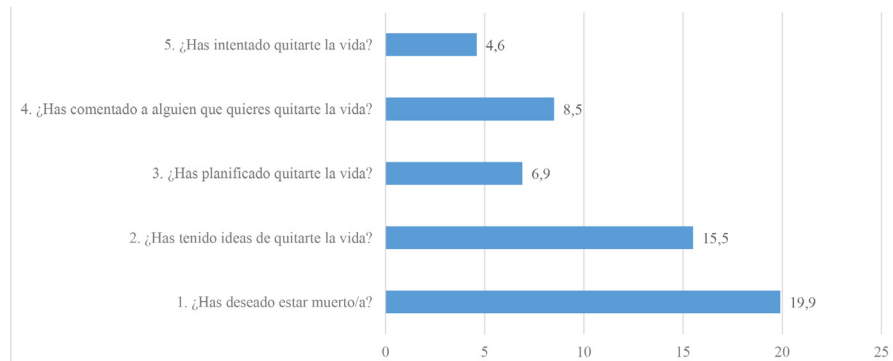
Prevalencia (%) de la conducta suicida en adolescentes españoles (tomado de Fonseca-Pedrero y Pérez de Albéniz, 2020).



Nota. Ítems de la escala Paykel de conducta suicida. Muestra de 3.454 adolescentes riojanos (53,4% mujeres,  $M=15,91$  años,  $DT=1,33$  años).

**Figura 2.**

Prevalencia (%) de la conducta suicida en adolescentes españoles (Estudio PSICE, Psicología en Contextos Educativos) ( $n = 6050$ )



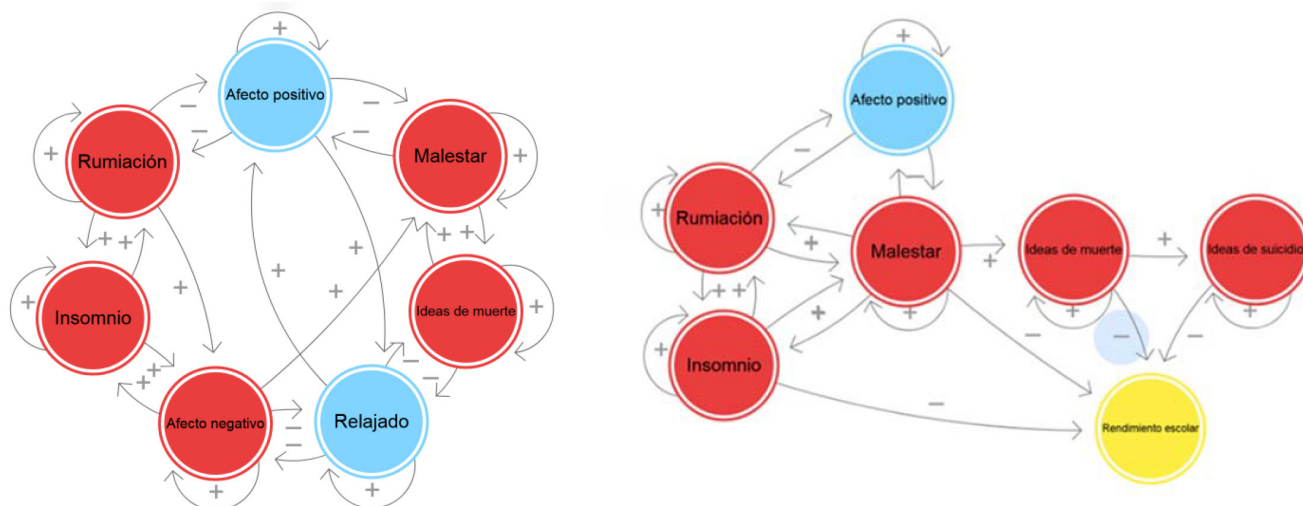
Nota. Los ítems pertenecen a la escala SENTIA-breve.

Se han desarrollado varios modelos que tratan de explicar la conducta suicida. Nótese que los modelos y las teorías psicológicas sobre la conducta suicida proveen un contexto idóneo para organizar los hechos y los conceptos, confirmar o refutar las predicciones propuestas, así como identificar y comprender la compleja interacción de variables psicológicas ligadas al desarrollo y mantenimiento de la conducta suicida. En la actualidad, los modelos más relevantes pretenden discriminar los factores que influyen en el desarrollo de la ideación suicida y los que hacen que se pase desde la ideación al intento (Klonsky et al., 2018). Dentro de estas teorías se han integrado las siguientes: a) *teoría interpersonal del suicidio (interpersonal theory of suicide, IPTS)* (Joiner, 2005), que ha demostrado su utilidad particular en la explicación del comportamiento suicida en la población infanto-juvenil tanto comunitaria como clínica; b) *modelo volitivo-motivacional integrado (integrated motivational-volitional model, IMV)* (O'Connor, 2011); c) *Teoría de los tres pasos (three-step theory, 3ST)* (Klonsky et al., 2021); y d) *teoría de la vulnerabilidad fluida (fluid vulnerability theory, FVT)* (Rudd, 2006). Según estos modelos, de forma somera, el foco de atención debería estar en factores como los siguientes: a) la

percepción de ser una carga para sí mismo, para las amistades o para la familia; b) la pertenencia frustrada, esto es, la experiencia de sentirse solo o desconectado de amistades, familia u otros círculos sociales valiosos; c) el atrapamiento o la percepción de estar bloqueado, sintiéndose sin escape, sin posibilidad de rescate e impotente para cambiar aspectos de sí mismo; y d) la desesperanza (atribuciones negativas sobre el futuro y la posibilidad de que las cosas cambien).

También se pueden considerar otros, como el modelo de redes (Borsboom, 2017; Fonseca-Pedrero et al., 2022) o los modelos fenomenológicos o contextuales (García-Haro et al., 2018). El primero concibe la conducta suicida como un sistema dinámico complejo cuyo resultado se debe a la múltiple interacción (o no) que se establece en el paso del tiempo entre los diferentes elementos o variables que conforman la red (véase Figura 3). En segundo, desde una óptica contextual-existencial, las crisis y conductas suicidas se entienden como soluciones-límite a situaciones de crisis, ruptura y atrapamiento existencial, del yo con el mundo, con los otros y consigo mismo. El núcleo fenomenológico del suicidio consiste en un sufrimiento límite vivido como “intolerable, inescapable e interminable” y para el cual la persona no vislumbra

**Figura 3.**  
Modelos de redes hipotéticos para la comprensión de la conducta suicida.



*Nota.* La figura de la izquierda representa una red de experiencias, estados y afectos (conducta en su sentido amplio) de una persona concreta en un momento particular. La figura de la derecha representa una red de “estados mentales” de una persona en el paso del tiempo, de momento a momento. Las figuras corresponden a modelos hipotéticos. Los valores positivos (+) se refieren a relaciones positivas, mientras que los negativos (-) a relaciones negativas. Por ejemplo, en la figura de la izquierda el afecto positivo impacta de forma positiva en el estado relajado, pero de forma negativa en la rumiación. Gráficos realizados con <http://ncase.me/loopy/>

mejor solución que poner fin a una vida que no considera aceptable (Al-Halabí y García Haro, 2021; Chiles et al., 2019). Para la persona que se suicida el objetivo no es la muerte, es dejar de sufrir.

### Factores de riesgo y protección en conducta suicida adolescente

Uno de los abordajes clásicos en la prevención de problemas de salud pública es la reducción de factores de riesgo y la potenciación de factores de protección. Esto es, reducir las variables asociadas con su incremento de aparición y, al mismo tiempo, fomentar las variables asociadas con su decremento. Un factor de riesgo no necesariamente tiene que ser un buen factor predictivo, ni tampoco indica necesariamente causalidad. La modificación de los factores de riesgo mediante intervenciones puede afectar a la prevalencia de conductas suicidas. A este respecto, de acuerdo con Castellvi-Obiols y Piqueras (2018) estudios de revisión meta-analítica recientes sobre factores de riesgo para el suicidio señalan que según el Riesgo Atribuible Poblacional (una medida que representa la cantidad de incidencia que puede ser atribuida al factor de riesgo en la población general), si se realiza una intervención 100% eficaz para la ideación suicida se podría evitar el 33% de suicidios totales en adolescentes, si se realiza una intervención 100% eficaz para el abandono escolar se podría evitar un 28% de suicidios totales (si fuera el acoso escolar un 22%), y si se realiza una intervención 100% eficaz para los trastornos del estado de ánimo se podría evitar un 26% de suicidios totales.

Los factores de riesgo y protección en conducta suicida han sido ampliamente estudiados tanto en población adulta (Franklin et al., 2017) como adolescente (Ati et al., 2021; Wasserman et al., 2021). En la revisión llevada a cabo por Ati et al. (2021), se ha encontrado que los factores de riesgo de la conducta suicida en adolescentes se pueden agrupar en dos categorías. Por un lado,

estarían los factores de riesgo “internos” o más vinculados a las rutinas y a la conducta de la persona, tales como la falta de habilidades para resolver problemas, afrontamiento ineficaz de las dificultades, abuso del tiempo dedicado a utilizar los *smartphones* y los problemas de salud o estilos de vida poco saludables (desequilibrio nutricional, problemas menstruales o patrones de sueño y descanso alterados). Por otro lado, los factores de riesgo “externos” consisten en problemas familiares y sociales, como los antecedentes de problemas de salud mental y la presencia de conflicto familiar u otros estresores, como las dificultades económicas en las familias (situaciones de desempleo, por ejemplo). Por su parte, los problemas sociales estarían vinculados a factores económicos, laborales, escolares (acoso escolar, por ejemplo) y políticos. Tanto unos como otros, son factores que pueden tener una influencia significativa en la conducta suicida durante la adolescencia. En esa misma revisión, entre los factores protectores para la prevención de la conducta suicida destacan la reformulación de una vida con sentido (incluyendo la espiritualidad), buenos hábitos de salud y la calidad de las interacciones entre padres/madres e hijos/as: buena comunicación familiar, relaciones cariñosas y una adecuada supervisión de los y las adolescentes, que permita su desarrollo y autonomía al tiempo que establece límites. Asimismo, las actividades de ocio como el uso de los *smartphones* con fines “saludables” (contactar con amistades, consultar información), la lectura de libros y el interés por el cine son factores protectores de conducta suicida (Ati et al., 2021).

En otra revisión, Castellvi-Obiols y Piqueras (2018) destacan también el rol de los trastornos afectivos, los intentos de suicidio, el abuso de alcohol o sustancias o la ideación suicida como predictores bien establecidos de nuevos intentos de suicidio en el futuro. Igualmente, se mencionan los diferentes problemas de ajuste escolar (p.ej., abandono escolar, absentismo escolar, acoso escolar) como factores de riesgo de conducta suicida en jóvenes (Wyman et al., 2019).

## Evaluación de la conducta suicida en adolescentes

La evaluación de la conducta suicida no puede formularse en el vacío de una abstracción clínica, sino que debe ir ligada a los contextos y prácticas reales donde los profesionales prestan su ayuda. La mejor herramienta para la evaluación es la entrevista clínica orientada a una evaluación comprensiva. En la valoración, importa tanto la identificación de los factores de riesgo, como de los factores de protección, incluyendo las razones para vivir que tiene la persona. Las escalas o cuestionarios pueden servir como complemento a la entrevista, si bien es cierto que no existe ningún instrumento psicométrico para evaluar la conducta suicida que tenga una capacidad predictiva fiable. Como hemos señalado previamente, la conducta suicida es una conducta plural y dinámica, variable en el tiempo y muy dependiente de elementos contextuales (incluyendo la relación profesional), por lo que es muy difícil establecer una predicción fiable en el futuro. Teniendo todo esto en cuenta, dentro del marco de la conducta suicida, la evaluación y la intervención son procesos indisociables, siendo el momento de la valoración especialmente crucial para que la persona, el adolescente en este caso, sienta que está en un entorno seguro, de confianza y en el que no va a ser juzgado, lo cual va a favorecer la petición de ayuda. De hecho, la investigación muestra que preguntar y hablar con la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de cometer el acto. Estudios previos indican que preguntar mediante herramientas adecuadas sobre ideación suicida no causa pensamientos suicidas ni distrés (Berman y Silverman, 2017). Lejos de ser así, estos acercamientos permiten aumentar la probabilidad de realizar una correcta detección temprana en un 600% de los casos (Bryan et al., 2008). En general, se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto, la humanidad y la comprensión hacia estas personas.

En todo caso, y como complemento al uso de una entrevista empática y comprensiva, una adecuada evaluación, prevención e intervención de la conducta suicida pasa por disponer de herramientas de medición con adecuadas propiedades psicométricas a partir de las cuales se puedan tomar decisiones fundamentadas (p. ej., cribado de participantes). Igualmente, los test son herramientas importantes para la comprensión del fenómeno objetivo de estudio (p. ej., clasificación, epidemiología, factores de riesgo y protección), pero también para comprobar la eficacia y utilidad de las intervenciones psicológicas. Además, la mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse comunican sus pensamientos antes de llevarlo a cabo, por lo que su detección es un asunto literalmente vital.

En la literatura previa existe una amplia gama de instrumentos de medida para la evaluación de la conducta suicida en adultos y menores (Batterham et al., 2015; Runeson et al., 2017; Saab et al., 2021). La escala que cuenta con mayor respaldo científico (Interian et al., 2018) es la escala Columbia para evaluar el riesgo de suicidio (Columbia suicide severity rating scale, C-SSRS) (Posner et al., 2011) que ha sido validada al español (Al-Halabí et al., 2016). En población adolescente también se han desarrollado y validado diferentes instrumentos de medida. Aquí se comentarán únicamente aquellos que disponen de baremos en población española y que han sido debidamente validados en muestras representativas, como son la escala Paykel de conducta suicida (Paykel suicide scale,

PSS) (Paykel et al., 1974) o la escala de conducta suicida en adolescentes (SENTIA) (Diez-Gómez et al., 2020) y su versión breve (Diez et al., 2021). Los ítems de la PSS y la SENTIA-breve se presentan en las Tablas 2 y 3, respectivamente.

**Tabla 2.**

Ítems de la escala SENTIA (versión breve) para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes (Diez et al., 2021).

Ítem	
1	¿Has deseado estar muerto?
2	¿Has tenido alguna vez la idea de quitarte la vida?
3	¿Has planificado quitarte la vida?
4	¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?
5	¿Has intentado quitarte la vida?

*Nota.* Puntuación general “riesgo de conducta suicida”: suma de los ítems con respuesta afirmativa.

Ítems referidos al subtipo “acto/planificación”: ítems 5 y 3.

Ítems referidos al subtipo “comunicación”: ítem 4.

Ítems referidos al subtipo “ideación/desesperanza”: ítems 1 y 2.

**Tabla 3.**

Ítems de la versión española de la escala Paykel de conducta suicida (Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020).

Ítem	
1	¿Has sentido que la vida no merece la pena?
2	¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte
3	¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?
4	¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?
5	¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?

La PSS es un instrumento de autoinforme que valora diferentes expresiones de la conducta suicida mediante cinco ítems con un formato de respuesta dicotómico. Las puntuaciones de la PSS que han mostrado adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes españoles (Fonseca-Pedrero y Pérez-Albéniz, 2020). Por su parte, la escala SENTIA es un autoinforme de evaluación de la conducta suicida con formato de respuesta dicotómico (sí/no). Consta de 16 ítems que miden un factor general de conducta suicida y tres factores específicos (acto/planificación suicida, comunicación e ideación/desesperanza). La versión breve de SENTIA se ha desarrollado a partir de la versión de 16 ítems, y consta de un total de 5 ítems. Las dos versiones de SENTIA han mostrado adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes españoles (Diez-Gómez et al., 2020; Diez et al., 2021). La PSS y SENTIA son herramientas de evaluación breves, sencillas y con adecuada calidad métrica que permiten evaluar la conducta suicida (ideación, planificación, intención, comunicación y conducta) en la adolescencia.

Los instrumentos de evaluación mencionados se pueden utilizar como cribado para tomar decisiones tales como intervenciones psicológicas, educativas o de detección precoz con la finalidad de realizar una evaluación psicológica y comprensiva más exhaustiva. Igualmente, estudios previos han demostrado la eficacia de los programas de identificación y detección temprana en conducta suicida en jóvenes mediante herramientas psicométricas (Carli et al., 2021; Fonseca-Pedrero et al., 2019). En este sentido, una de las líneas de actuación tiene que ser la detección precoz mediante test de cribado.

### Prevención de la conducta suicida

La evidencia empírica pone de relieve que el suicidio es prevenible. Se disponen de medidas de intervención y recursos eficaces para su prevención (p.ej., Mann et al., 2021; Riblet et al., 2017; Phillips et al., 2014; Zalsman et al., 2016). Obviamente, para que las respuestas nacionales o internacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral y multisectorial de prevención del suicidio (Platt et al., 2019). En niños y adolescentes la restricción de acceso a medios letales, los programas de formación de habilidades y concienciación basados en la escuela, e intervenciones realizadas en entornos clínicos y comunitarios han demostrado su eficacia en la prevención de la conducta suicida (Wasserman et al., 2021).

La OMS ha desarrollado el enfoque LIVE LIFE (OMS, 2021b) para la prevención del suicidio donde se recomiendan las siguientes intervenciones basadas en la evidencia: a) limitar el acceso a los medios de suicidio (por ejemplo, pesticidas, armas de fuego, ciertos medicamentos) (*Limit access to means of suicide*); b) interactuar con los medios de comunicación para informar responsablemente sobre el suicidio (*Interact with the media on responsible reporting*); c) fomentar habilidades socioemocionales para la vida en los adolescentes (*Foster life skills of young people*); y d) identificar, evaluar, manejar y hacer un seguimiento temprano de cualquier persona que manifieste conductas suicidas (*Early identify and support everyone affected*). Este modelo puede servir como base para desarrollar una estrategia nacional integral de prevención del suicidio.

En la literatura previa se pueden encontrar un amplio elenco de estrategias y programas diseñados para la prevención de la conducta suicida (Reifels et al., 2022). La prevención se puede realizar desde la comunidad, los centros educativos, los centros sanitarios, etc. En términos generales, y sabiendo que las estrategias de intervención son heterogéneas, diferentes formas de prevención han demostrado su eficacia y utilidad (Mann et al., 2021; Riblet et al., 2017; Zalsman et al., 2016). No obstante, hay áreas como pudieran ser los entornos laborales, las universidades o la atención primaria en las que aún existe evidencia insuficiente. También se pueden encontrar en la literatura modelos para la prevención del suicidio en la práctica clínica cotidiana como pudiera ser el Modelo AIM-SP (*Assess, Intervene, Monitor for Suicide Prevention*) (Brodsky et al., 2018) (véase Tabla 4).

**Tabla 4.**  
Modelo AIM-SP para la prevención del suicidio en la práctica clínica cotidiana (tomado de Brodsky et al., 2018).

AIM-SP	Pasos y descripción
Evaluar	Preguntar explícitamente sobre ideación y conducta suicida en el pasado y en el presente. Identificar factores de riesgo que están presentes. Centrarse de forma continua en la seguridad de la persona.
Intervenir	Plan de Seguridad de Stanley y Brown (2012). Elaborar estrategias de afrontamiento. Integrar tratamientos psicológicos específicos para el suicidio basados en la evidencia empírica (TCC, TDC o CAMS).
Monitorizar	Aumentar la flexibilidad y la disponibilidad del clínico. Aumentar la supervisión en los períodos de alto riesgo. Involucrar a la familia y a otras redes de apoyo social. Solicitar apoyo a otros clínicos y fomentar la discusión de casos.

Nota. AIM-SP: *assess, intervene, monitor for suicide prevention* (evaluar, intervenir y monitorizar para la prevención del suicidio); TCC: terapia cognitivo conductual; TDC: terapia dialéctica conceptual; CAMS: *collaborative assessment and management of suicidality*.

### Prevención de la conducta suicida en los centros educativos

Los centros educativos son el lugar “natural” e idóneo para desarrollar e implementar actuaciones para la promoción del bienestar emocional y, en concreto, para la prevención de la conducta suicida. La mayoría de los adolescentes pasan amplios periodos temporales en las aulas, siendo los centros educativos uno de los principales agentes involucrados en la socialización, así como en la formación y la promoción de un desarrollo óptimo. Igualmente, mantener un entorno escolar seguro y de apoyo es una parte esencial de la misión general de los centros educativos. A este respecto, la *Guidelines on School Health Services* (OMS, 2021c) resalta que el entorno escolar es un ambiente propicio para el aprendizaje de conocimientos y para la adquisición de competencias socioemocionales.

Los programas para la prevención de la conducta suicida en centros educativos se pueden agrupar dentro de la prevención universal o selectiva (Fonseca-Pedrero et al., 2019). Los programas que, por el momento, han mostrado eficacia son: a) concienciación y educación vía currículo; b) entrenamiento de liderazgo de pares; c) entrenamiento de competencias; d) entrenamiento del personal del centro; y e) cribado de alumnado de riesgo. No obstante, la evidencia científica de estos programas es aún limitada ya que existe una elevada heterogeneidad de propuestas y escasos ensayos controlados aleatorizados que concedan un nivel alto de evidencia y, por lo tanto, recomienden su uso (Carli et al., 2021; Gijzen et al., 2022). Las últimas revisiones sistemáticas indican que las intervenciones educativas, por ejemplo *Youth Aware of Mental health* (YAM) y *Signs of Suicide* (SOS), son eficaces en la prevención de la ideación suicida e intentos de suicidio (Carli et al., 2021). A este respecto, en el meta-análisis que llevaron a cabo Gijzen et al. (2022) encontraron que el tamaño del efecto en el postest fue pequeño tanto para la ideación suicida ( $g = 0,15$ ) como para la tentativa suicida ( $g = 0,30$ ). Además, parecen mantener sus efectos positivos a medio plazo (3-12 meses) y no causan daño (Pistone et al., 2019; Robinson et al., 2018). En otro meta-análisis realizado por Walsh et al. (2022), las intervenciones en contextos educativos, en comparación con los controles, se asociaron con una reducción del probabilidad del 13% para ideación (OR = 0,87, IC del 95% [0,78, 0,96]) y de un 34% para tentativas (OR = 0,66, IC del 95% [0,47, 0,91]). En esencia, estos hallazgos respaldan la prevención del suicidio en centros educativos como una estrategia clínicamente relevante.

A nivel internacional aún son escasos los estudios que han demostrado científicamente que los programas de prevención son eficaces, eficientes y efectivos en los centros escolares, siendo esta realidad más acuciante, si cabe, en España. En nuestro contexto únicamente se conocen resultados del proyecto multicéntrico SEYLE (Wasserman et al., 2015), cuyas intervenciones preventivas fueron llevadas a cabo con adolescentes del Principado de Asturias (Wasserman et al., 2012).

### Tratamientos psicológicos con apoyo empírico para el abordaje de la conducta suicida en adolescentes

Los profesionales deben utilizar aquellos procedimientos de intervención que cuentan con apoyo empírico en función de las características de las personas, en este caso menores de edad, que demandan ayuda (Fonseca-Pedrero, 2021). En términos generales, los tratamientos psicológicos han mostrado ser eficaces, efectivos

y eficientes para el abordaje de los trastornos psicológicos, así como para diferentes dificultades de ajuste socioemocional que pueden ocurrir durante los periodos de la infancia y la adolescencia (p. ej., Fonagy et al., 2015; Weisz y Kazdin, 2017).

En el campo de la conducta suicida en adolescentes existen diferentes tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (Al-Halabi et al., 2021a) (véase Tabla 5). De acuerdo con los niveles de evidencia y grados de recomendación de las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud de España (Fonseca-Pedrero et al., 2021), en el abordaje de la conducta suicida la terapia dialéctico-conductual para adolescentes destaca como el único tratamiento psicológico bien establecido y con un grado de recomendación A (Kothgassner et al., 2021). Con un grado de recomendación B se encuentran la psicoterapia interpersonal para adolescentes, la TCC integrada, la terapia basada en la mentalización para adolescentes, el programa para padres/madres y adolescentes (*resourceful adolescent parent program*), la intervención familiar integrada (*safe alternatives for teens & youths*), la psicoeducación (*youth-nominated support*), las intervenciones breves (p. ej., *teens options for change; as safe as possible*), y la intervención familiar para la prevención de suicidio (*family intervention for suicide prevention*).

**Tabla 5.**  
Niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia (modificado de Fonseca-Pedrero et al., 2021).

Intervención	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Terapia dialéctico conductual para adolescentes	1++	A
Psicoterapia interpersonal para adolescentes	1+	B
Terapia cognitivo conductual integrada	1+	B
Terapia basada en la mentalización para adolescentes	1+	B
Programa para padres/madres y adolescentes	1+	B
Intervención familiar integrada	1+	B
Psicoeducación ( <i>Youth-nominated support</i> )	1+	B
<i>Teens options for change</i>	1+	B
<i>As safe as possible</i>	1+	B
Intervención familiar para la prevención de suicidio	1+	B

Los componentes comunes de las intervenciones eficaces son (Al-Halabi y García Haro, 2021): abordaje familiar, entrenamiento en habilidades (p. ej., regulación emocional, tolerancia al estrés, *mindfulness*, eficacia interpersonal y resolución de problemas) e intensidad y duración del tratamiento. En resumen, la psicoterapia parece ser el tratamiento de elección para menores que refieren las diferentes manifestaciones de conducta suicida. En palabras de Knapp (2020): “*good psychotherapy saves lives*”.

### Perspectivas futuras

La investigación en conducta suicida es una temática compleja que se halla en continuo progreso. Aquí únicamente, y a modo de ejemplo, se van a comentar algunas de las líneas de progreso más prometedoras en el estudio de la conducta suicida, a saber: a) desarrollar y validar programas de intervención psicológica

basados en la evidencia; b) determinar qué componentes de los tratamientos son efectivos y para quién; c) proporcionar pautas prácticas de actuación a educadores, familiares y profesionales sanitarios, sociales, etc.; d) difundir información veraz, científica, disminuyendo el tabú y el estigma asociados a la conducta suicida; e) favorecer el acceso a las intervenciones psicológicas para la población general y para subgrupos específicos (p. ej., fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado; minorías étnicas); f) desarrollar y validar instrumentos de medida específicos de conducta suicida y constructos relacionados; g) mejorar el estudio de los factores protectores, así como de variables mediadoras y moderadoras; h) incorporar nuevas metodologías (p.ej., evaluación ambulatoria), procedimientos y modelos psicológicos; h) promover la prevención de la conducta suicida basada en la evidencia empírica; i) desarrollar políticas, planes y actuaciones conjuntas: coordinación, cooperación y corresponsabilidad; y j) formar y coordinarse con los medios de comunicación para informar responsablemente sobre el suicidio.

### Recapitulación

La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por las consecuencias personales, familiares, educativas y socio-sanitarias que conlleva asociadas. En concreto, en población infanto-juvenil, este fenómeno es relevante por varios motivos, entre los que destacan que las conductas suicidas han aumentado en las últimas décadas, cada vez se registran más suicidios a edades más tempranas, la mayoría de las personas que han considerado o intentado suicidarse lo hicieron por primera vez durante su juventud, típicamente antes de los veinte años, y está asociado a discapacidad y carga de enfermedad (Asarnow y Ougrin, 2019; Cha et al., 2018; Glenn et al., 2020).

La conducta suicida genera un claro impacto tanto en la sociedad presente como futura. Por ello, se hace necesario abordar este desafío social mediante investigación que permita tomar decisiones informadas. No obstante, la ausencia de recursos a múltiples niveles supone un verdadero problema a tenor de las cuestiones mencionadas anteriormente. Huelga decir que ante este paisaje es necesario actuar. Dada la importancia del fenómeno objeto de estudio para la sociedad en su conjunto, no queda otro camino que seguir trabajando bajo la premisa de que la conducta suicida es prevenible y que las personas y las familias necesitan de una psicología fundamentada en la evidencia empírica que permita desarrollar sistemas de prevención holísticos, inclusivos, multisectoriales, personalizados, accesibles y de calidad.

En esencia, el suicidio se puede prevenir, solo hacen falta políticas y programas de prevención. Eso sí, hay que hacerlos (Platt et al., 2019). Todas estas actuaciones se tienen que enmarcar en la necesidad de implementar una verdadera estrategia nacional de promoción de la salud mental y el bienestar emocional, en general, y en un plan nacional para la prevención del suicidio, en particular, que mejore la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, siempre sobre la base de una investigación de vanguardia que permita tomar decisiones informadas para la prevención del suicidio.

Recuerde que promover, proteger y cuidar la salud mental de toda la población, pero en particular de los más vulnerables, es un deber constitucional. Las personas merecemos una atención



psicológica accesible, inclusiva, pública y de calidad. Todos somos corresponsables y podemos cumplir un papel importante para escuchar y apoyar a nuestros adolescentes, ayudándoles a construir una buena sensación de pertenencia y una vida que merezca la pena ser vivida. Es hora de actuar, generando esperanza a través de la acción.

### Agradecimientos

En el texto en español: Esta investigación ha sido financiada a través de las Ayudas de la Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica, año 2017, por el Ministerio de Ciencia e Innovación y La Agencia Estatal de Investigación (Proyecto PID2021-127301OB-I00 financiado por MCIN /AEI /10.13039/501100011033), así como por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional de la Unión Europea.

### Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses.

### Referencias

- Al-Halabí, S., y García Haro, J. M. (2021). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 639–675). Pirámide.
- Al-Halabí, S., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clinica y Salud*, 32(2), 89–92. <https://doi.org/10.5093/CLYSA2021A17>
- Al-Halabí, S., García Haro, J. M., y Gutiérrez López, B. (2021a). Tratamientos psicológicos para la conducta suicida en adolescentes. En E. Fonseca Pedrero (Coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia* (pp. 577-615). Pirámide.
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. F., Fonseca-Pedrero, E. (2021b). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñoz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fundación Salud Mental España.
- Arensman, E., Corcoran, P. y McMahon, E. (2018). The iceberg model of self-harm: New evidence and insights. *The Lancet. Psychiatry*, 5, 100-101.
- Asarnow, J. R. y Ougrin, D. (2019). Editorial: Suicide and self-harm: Advancing from science to preventing deaths. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1043-1045. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13131>
- Ati, N. A. L., Paraswati, M. D., y Windarwati, H. D. (2021). What are the risk factors and protective factors of suicidal behavior in adolescents? A systematic review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(1), 7-18. <https://doi.org/10.1111/jcap.12295>
- Batterham, P. J., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J. L., Mackinnon, A. J., Beautrais, A., Fairweather-Schmidt, A. K., y Christensen, H. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27(2), 501–512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>
- Berman, A. L., y Silverman, M. M. (2017). How to ask about suicide? A question in need of an empirical answer. *Crisis*, 38(4), 213-216. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000501>
- Brown, R. C. y Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19, Artículo 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J., Oakey, D. N., Rozek, D. C., y Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, 57, Artículo 100758. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>
- Bryan, C. J., Corso, K. A., Rudd, M. D. y Cordero, L. (2008). Improving identification of suicidal patients in primary care through routine screening. *Primary Care and Community Psychiatry*, 13(4), 143-147. <https://doi.org/10.1080/02640410500131670>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., y Stanley, B. (2018). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Artículo 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Carli, V., Iosue, M., y Wasserman, D. (2021). Universal suicide prevention in schools. En D. Wasserman (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (2 ed.)* (pp. 653–664). Oxford University Press.
- Castellvi-Obiols, P., y Piqueras, J. A. (2018). El suicidio en la adolescencia: Un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45–59.
- Cha, C. B., Franz, P. J., Guzmán, E. M., Glenn, C. R., Kleiman, E. M. y Nock, M. K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 460-482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Chiles, J. A., Strosahl, K. D., y Roberts, L. W. (2019). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients (2ª ed.)*. American Psychiatric Association.
- De Beurs, D., Bockting, C., Kerkhof, A., Scheepers, F., O'Connor, R. C., Penninx, B., y van de Leemput, I. (2021). A network perspective on suicidal behavior: Understanding suicidality as a complex system. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(1), 115-126. <https://doi.org/10.1111/sltb.12676>
- Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: An adolescent suicidal behavior assessment scale. *Psicothema*, 32(3), 382–389. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>
- Díez, A., Enesco, C., Pérez de Albéniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: Validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(1), 24-34.
- Espada, J. P., Méndez, X., Orgilés, M., y Morales, A. (2021). Conducta suicida. En Fernández-Hermida, J.R. y Villamarín-Fernández, S. (Eds.), *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil* (pp. 32–37). Consejo General de la Psicología de España.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia*. Pirámide.

- Fonseca-Pedrero, E., Díez, A., Pérez, A., Inchausti, F., Enesco, A., y Pérez, M. (2019). Prevención del suicidio en los centros educativos. En B. Lucas-Molina y M. Jiménez-Dasi (Eds.), *Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo* (pp. 157–184). Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez, L., Aritio, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Fonseca, D., Espinosa, V., Gorriá, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M. S., Domínguez-Garrido, E., y Pérez de Albéniz, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Fonseca-Pedrero, E., y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A., y Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1784. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031784>
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Rivera, R. B., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ... Montoya-Castilla, I. (2021). Empirically supported psychological treatments for children and adolescents: State of the art. *Psicothema*, 33(3), 386–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., y Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio A contextual-phenomenological approach to suicide. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381–400. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200003>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35–42. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- Gijzen, M. W. M., Rasing, S. P. A., Creemers, D. H. M., Engels, R. C. M. E., y Smit, F. (2022). Effectiveness of school-based preventive programs in suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 298(Part A), 408–420. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.10.062>
- Gillies, D., Christou, M. A., Dixon, A. C., Featherston, O. J., Rapti, I., Garcia-Anguita, A., Villasis-Keever, M., Reebye, P., Christou, E., Al Kabir, N., y Christou, P. A. (2018). Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(10), 733–741. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.018>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., Porter, A. C., Wyman, P. A., y Boatman, A. E. (2020). Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(3), 294–308. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13106>
- Goodfellow, B., Kølves, K., y de Leo, D. (2018). Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: A systematic literature review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 353–366. <https://doi.org/10.1111/sltb.12354>
- Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. (2020). *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS*. Ministerio de Sanidad.
- Hill, N., Robinson, J., Pirkis, J., Andriessen, K., Krysincka, K., Payne, A., Boland, A., Clarke, A., Milner, A., Witt, K., Krohn, S., y Lampit, A. (2020). Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(3), Artículo e1003074. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003074>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2021). *Estadística de defunciones según la causa de muerte. Notas de prensa (10.11.2021)*.
- Interian, A., Chesin, M., Kline, A., Miller, R., St Hill, L., Latorre, M., Shcherbakov, A., King, A., y Stanley, B. (2018). Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to classify suicidal behaviors. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 22(2), 278–294. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y., y Bryan, C. J. (2018). Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology*, 22, 38–43. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2017.07.020>
- Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahmaz, A., y May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152(Pt 1), Artículo 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>
- Knapp, S. J. (2020). *Suicide Prevention: An Ethically and Scientifically Informed Approach*. American Psychological Association.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscava, M. M., Schmahl, C., y Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kuehn, K. S., Dora, J., Harned, M. S., Foster, K. T., Song, F., Smith, M. R., y King, K. M. (2022). A meta-analysis on the affect regulation function of real-time self-injurious thoughts and behaviours. *Nature Human Behaviour*, 6, 964–974. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01340-8>
- Large, M., Galletly, C., Myles, N., Ryan, C. J., y Myles, H. (2017). Known unknowns and unknown unknowns in suicide risk assessment: evidence from meta-analyses of aleatory and epistemic uncertainty. *BJPsych Bulletin*, 41, 160–163. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.054940>
- Lim, K., Wong, C., McIntyre, R., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B., Tan, W., Ho, C., y Ho, R. (2019). Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), Artículo 4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Mann, J. J., Michel, C. A., y Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: A systematic review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2020.20060864>
- McHugh, C. M., Corderoy, A., Ryan, C. J., Hickie, I. B., y Large, M. M. (2019). Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open*, 5, Artículo e18. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.88>

- Miller, D. N. (2021). *Child and Adolescent Suicidal Behavior. School-Based Prevention, Assessment, and Intervention (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., y Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health, 64*(2), 265–283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- Mulder, R., Newton-Howes, G. y Coid, J. W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry, 209*(4), 271–272. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184960>
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*.
- O'Connor, R. C., y Pirkis, J. (2016). *The international handbook of suicide prevention (2nd edition)*. Wiley-Blackwell.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. En R. C. O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice* (pp. 181-198). John Wiley & Sons.
- Organización Mundial de la Salud (2021a). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2021b). *LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2021c). *WHO guideline on school health services*. Organización Mundial de la Salud.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., y Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *The British Journal of Psychiatry, 214*, 460–469.
- Pedreira-Massa, J. L. (2019). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 24*(3), 217–237. <https://doi.org/10.5944/RPPC.26280>
- Phillips, M., Ajdacic-Gross, V., Carli, V., Corcoran, P., Crosby, A., Leo, D. D., y Bramley, D. (2014). Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio [Global epidemiology of suicide and suicide attempts]. En World Health Organization (Ed.), *Prevención del suicidio, un imperativo global [Preventing Suicide - a global imperative]* (pp. 14-27). World Health Organization Press.
- Pistone, I., Beckman, U., Eriksson, E., Lagerlöf, H., y Sager, M. (2019). The effects of educational interventions on suicide: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Social Psychiatry, 65*(5), 399–412. <https://doi.org/10.1177/0020764019852655>
- Platt, S., Arensman, E., y Rezaeian, M. (2019). National Suicide Prevention Strategies - Progress and Challenges. *Crisis, 40*(2), 75–82. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000587>
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., y Mann, J. J. (2011). The Columbia-suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry, 168*(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Reifels, L., Krishnamoorthy, S., Kølves, K., y Francis, J. (2022). Implementation science in suicide prevention. *Crisis, 43*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000846>
- Riblet, N. B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., y Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry, 210*(6), 396–402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. En T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research and therapy* (pp. 355-368). American Psychological Association.
- Robinson, J., Bailey, E., Witt, K., Stefanac, N., Milner, A., Currier, D., Pirkis, J., Condron, P., y Hetrick, S. (2018). What works in youth suicide prevention? A systematic review and meta-analysis. *EclinicalMedicine, 4–5*, 52–91. <https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2018.10.004>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One, 12*(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>
- Saab, M. M., Murphy, M., Meehan, E., Dillon, C. B., O'Connell, S., Hegarty, J., Heffernan, S., Greaney, S., Kilty, C., Goodwin, J., Hartigan, I., O'Brien, M., Chambers, D., Twomey, U., y O'Donovan, A. (2021). Suicide and self-harm risk assessment: A systematic review of prospective research. *Archives of Suicide Research*. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1938321>
- Silverman, M. M. (2016). Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviours. En R. C. O'Connor y J. Pirkis (Eds.), *International handbook of suicide prevention (2nd ed.)* (pp. 11-35). Wiley Blackwell.
- Silverman, M. M., y Berman, A. L. (2014). Suicide risk assessment and risk formulation Part I: A focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(4), 420-431. <https://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- Silverman, M. M., y DeLeo, D. D. (2016). Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis, 37*(2), 83-87. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>
- Steege, S., Quinlivan, L., Nowland, R., Carroll, R., Casey, D., Clements, C., ... Kapur, N. (2018). Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: A multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry, 18*, Artículo 113. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1693-z>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers, 5*(1), Artículo 74. <https://doi.org/10.1038/S41572-019-0121-0>
- van Mens, K., de Schepper, C., Wijnen, B., Koldijk, S. J., Schnack, H., de Looft, P., Lokkerbol, J., Wetherall, K., Cleare, S., O'Connor, R. C., y de Beurs, D. (2020). Predicting future suicidal behaviour in young adults, with different machine learning techniques: A population-based longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 271*, 169-177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.081>
- Walsh, E. H., McMahon, J., y Herring, M. P. (2022). Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: A meta-analysis and meta-regression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 63*(8), 836-845. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13598>
- Wasserman, D. (2021). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford University Press.

- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabi, S., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Cosman, D., Farkas, L., Feldman, D., Fischer, G., Graber, N., Haring, C., Herta, D. C., Iosue, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Klug, K., ... Poštuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12, Artículo 776. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-776>
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A., y Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: A narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), Artículo e12452. <https://doi.org/10.1111/APPY.12452>
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., Kelleher, I., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Guillemin, F., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J. P., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Weisz, J. R., y Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents (Third Edition)*. Guilford Press.
- Wyman, P. A., Pickering, T. A., Pisani, A. R., Rulison, K., Schmeelk-Cone, K., Hartley, C., Gould, M., Caine, E. D., LoMurray, M., Brown, C. H., y Valente, T. W. (2019). Peer-adult network structure and suicide attempts in 38 high schools: implications for network-informed suicide prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(10), 1065–1075. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13102>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)