

Iria Bello¹
Alberto Rodríguez-Quiroga¹
Javier Quintero²

Conducta suicida y autolesiva en adolescentes, un problema sin resolver. Una revisión comprensiva

¹ Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Infanta Leonor.

² Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Universidad Complutense de Madrid.

RESUMEN

En los últimos años se ha observado un aumento de la prevalencia de la conducta suicida y de los suicidios consumados en la población infantojuvenil. Entendiendo la adolescencia como una ventana sensible en la que implementar actuaciones de promoción de bienestar emocional, consideramos pertinente el análisis de la conducta suicida en esta población. A tal efecto este trabajo realiza una revisión comprensiva sobre el tema de interés, estructurando el trabajo en los siguientes epígrafes: conceptualización del fenómeno, factores de riesgo, modelos explicativos, instrumentos de evaluación, intervenciones psicoterapéuticas eficaces y planes actuales de prevención. Se concluye que aún habiendo diseñado múltiples estrategias de intervención, el aumento de prevalencia del suicidio justifica el diseño de nuevos programas con contenidos apropiados, concretos y factibles.

Palabras clave. Conducta autodestructiva, autolesión no suicida, ideación suicida, intento de suicidio

Actas Esp Psiquiatr 2023;51(1): 10-20 | ISSN: 1578-2735

SUMMARY

In recent years, an increase in the prevalence of suicidal behaviour and completed suicides among children and young people have been observed. Considering adolescence as a sensitive point where actions to promote emotional wellbeing can be implemented, we consider relevant the analysis of suicidal behaviour in this population. For this purpose, this paper carries out a comprehensive review of the topic of interest, structuring the work under the following headings: phenomenon conceptualization, risk factors, explanatory models, assessment instruments, effective psychotherapeutic

interventions and current prevention plans. The conclusion is that while multiple intervention strategies have been developed, the increase in the prevalence of suicide justifies the implementation of new programs with appropriate, concrete and feasible content.

Keywords. "Self-Injurious Behaviour", "Nonsuicidal Self Injury", "suicidal ideation", "suicide attempted"

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de alta vulnerabilidad, que se caracteriza por una crisis de identidad definida al menos por tres tareas evolutivas: individualización respecto al grupo familiar, desarrollo de un sentido de identidad y pertenencia, y toma de posición respecto al género. Si bien este proceso está altamente mediatizado por la cultura e historia familiar de cada sujeto, no podemos desdeñar la influencia de ciertos aspectos evolutivos, tales como el diferente ritmo de maduración de las distintas áreas cerebrales, siendo la corteza cerebral prefrontal, soporte de la función ejecutiva y regulación de la conducta, la última en completar su desarrollo¹. Acorde con lo anterior, el desequilibrio madurativo entre las áreas frontales y el sistema mesolímbico, relacionado con la motivación y la recompensa, justifica que los adolescentes presenten una menor consciencia sobre las consecuencias negativas que pueden tener sus comportamientos².

Por otro lado, se añaden factores específicos del desarrollo psicológico como el establecimiento de la metacognición, definida como la capacidad para reflexionar sobre los propios procesos de pensamiento, y el razonamiento abstracto, establecido como la facultad de aislar conceptualmente una propiedad o función concreta de un objeto. A pesar de que todos estos elementos favorecen la aparición de representaciones complejas, como por ejemplo, la idea de la propia muerte, los procesos cognitivos de respuesta a la amenaza que se activan ante estos pensamientos están aún en desarrollo, prevaleciendo estrategias de afrontamiento más rudimentarias y automáticas como la rumiación y catastrofización^{3,4}.

* Autor de correspondencia:

Hay que mencionar además, la influencia del contexto posmoderno actual, mediatizado por la tecnología, en donde la identidad se construye sobre elementos inagotables, transitorios y externos al individuo⁵, impidiendo el desarrollo de estrategias efectivas de regulación emocional. De este modo, cada vez son más las publicaciones que asocian el uso excesivo de medios digitales con consecuencias físicas, psicológicas, sociales y neurológicas adversas⁶. Desde el punto de vista físico, destacan los trastornos del sueño, la hiperactivación del sistema nervioso simpático y la desregulación de la secreción de cortisol. En relación a los efectos psiconeurológicos, se subraya el comportamiento ansiógeno semejante al observado en conductas adictivas, además de una merma en la capacidad de afrontamiento social.

Adicionalmente, se ha estudiado la relación entre el uso de redes sociales y la regulación de emociones, observando que los jóvenes con inestabilidad emocional son más propensos a realizar un uso problemático de redes, si las utilizan para tratar de controlar su estado de ánimo, buscar consuelo y hacer frente al afecto negativo⁷. Por otro lado, también podría ser el caso de que el uso problemático de redes sociales sea un antecedente de la desregulación emocional, en este sentido, hay estudios^{8,9} que señalan la co-ocurrencia del uso problemático de los medios sociales con el malestar emocional de niños y adolescentes.

Entendiendo la adolescencia como una ventana sensible, en la que implementar actuaciones de promoción de bienestar emocional, consideramos pertinente el análisis de la conducta suicida en esta población por las siguientes razones:

1. La muerte por suicidio representa el 8,5 % de las muertes entre los adolescentes y adultos jóvenes, configurándose en la literatura científica como la 2ª causa de muerte en esta franja etari¹⁰ superando durante la pandemia a los accidentes¹¹.
2. Se ha observado un aumento de la prevalencia de la conducta suicida y de los suicidios consumados en la población infantojuvenil⁽¹²⁾.
3. Cada vez se registran más suicidios a edades más tempranas ⁽¹²⁾.
4. La mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse comunican su ideación antes de llevarla a cabo. Es por ello, por lo que la comunidad debe estar alerta a las señales de alarma¹³.
5. El impacto que el suicidio produce en la familia y en la sociedad es significativo.

Por consiguiente, el objetivo de este estudio es realizar una revisión de la literatura sobre la conducta suicida en adolescentes, clasificar su contenido y establecer las bases de futuras investigaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar esta revisión, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud, utilizando palabras claves relativas a la conducta suicida en términos MeSH "Self-Injurious Behaviour", "Nonsuicidal Self Injury" "Suicidal Ideation" y "Suicide Attempted". La razón por la que se utilizaron descriptores abarcativos MeSH se debe a la diferente conceptualización de la conducta suicida entre publicaciones europeas y norteamericanas. Así pues, mientras que los equipos de investigación europeos incluyen en la fórmula "self-harm" intentos de suicidio y conductas autolíticas; los investigadores americanos diferencian entre conductas suicidas y autolesiones.

En cuanto a la metodología, se utilizaron diferentes fórmulas con las palabras claves señaladas en los motores de búsqueda de PubMed y Embase con operadores booleanos AND, OR y NOT. Si bien se desestimaron en un primer tiempo trabajos anteriores al año 2015, en una segunda lectura se recurrieron a 5 publicaciones previas a la fecha prefijada, que complementaban el material revisado. En concreto, se ha acudido a una publicación del año 2009, una publicación del año 2011, dos publicaciones del año 2012 y una publicación 2013. Se seleccionaron metaanálisis, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y no sistemáticas que incluyeran población infanto juvenil y que además respondieran de forma crítica y comprensiva a las preguntas planteadas sobre el tema de interés: definición de conducta suicida, factores de riesgo en adolescentes, paradigmas explicativos, evaluación clínica, intervenciones psicológicas eficaces y prevención de la conducta suicida en la población adolescente.

CONCEPTUALIZACIÓN

En términos generales, la conducta suicida se refiere a un conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con quitarse intencionalmente la vida. En este punto, consideramos importante delimitar con suficiente precisión la diferencia entre autolesión y conducta suicida. Son fenómenos conceptual y fenomenológicamente diferentes¹⁴. Así, desde el punto de vista conceptual, las autolesiones se diferencian de la conducta suicida en la intencionalidad, frecuencia y letalidad. Desde el punto de vista fenomenológico, presentan características diametralmente opuestas: quien desea morir quiere "salir de la vida y dejar de sentir", mientras que quien se autolesiona desea "permanecer en vida y sentir". En este sentido, se han estudiado las funciones hipotéticas de las autolesiones no suicidas,

encontrándose con un nivel de evidencia fuerte la búsqueda de regulación emocional, esto es, la capacidad de los individuos para mantener, intensificar o inhibir, consciente o inconscientemente, los aspectos conductuales, cognitivos, experienciales o fisiológicos de la excitación emocional¹⁵ y el autocastigo¹⁶.

Se debe agregar además, el posicionamiento de los sistemas de clasificación internacionales.

Por un lado, la CIE-11¹⁷ no reconoce un diagnóstico propio para las conductas suicidas al contemplarlas como manifestaciones clínicas asociadas a otras condiciones, diferenciando entre las siguientes categorías:

- a. **Autolesión no suicida:** lesión autoinfligida intencionalmente en el cuerpo, por lo general cortando, raspando, quemando, mordiendo o golpeando, con la expectativa de que la lesión solo produzca un daño físico menor.
- b. **Ideación suicida:** conjunto de pensamientos, ideas o cavilaciones sobre la posibilidad de poner fin a la propia vida, que van desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes elaborados.
- c. **Comportamiento suicida:** acciones concretas, como la compra de un arma o la acumulación de medicamentos, que se realizan como preparación para cumplir el deseo de acabar con la propia vida, pero que no constituyen un intento real de suicidio.
- d. **Intento de suicidio:** episodio específico de comportamiento autodestructivo, llevado a cabo con la intención consciente de acabar con la propia vida.

Por otro lado, en el DSM-5 y en las versiones anteriores del manual^{18,19}, el suicidio se conceptualiza principalmente como un síntoma específico del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), o como una posible consecuencia negativa de otros diagnósticos psiquiátricos¹⁹. Por añadidura, el trastorno de comportamiento suicida es uno de los ocho trastornos para estudio adicionales que se incluyó en la Sección III del DSM-5. Tal y como se propone actualmente, el diagnóstico de Trastorno de comportamiento suicida requeriría que un individuo cumpliera los cinco criterios diagnósticos siguientes

- A. En los últimos 24 meses, el individuo ha realizado un intento de suicidio.
- B. El acto no cumple los criterios de autolesión no suicida.
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida ni a los actos preparatorios.

- D. El acto no se inició durante un estado de delirio o confusión.
- E. El acto no se realizó únicamente con un objetivo político o religioso.

El diagnóstico propuesto incluye dos especificadores: "actual" (no más de 12 meses desde el último intento) y "en remisión temprana" (12-24 meses desde el último intento). Los criterios también definen explícitamente la "tentativa de suicidio" como "una secuencia de conductas autoiniciada por un individuo que, en el momento de la iniciación, esperaba que el conjunto de acciones condujera a su propia muerte"^{18,19}. El diagnóstico también está explícitamente diferenciado de otra condición para su estudio posterior, la "autolesión no suicida".

FACTORES DE RIESGO

El suicidio es una realidad multifactorial, plural y contextual, existiendo en cada sujeto diversas configuraciones problemáticas que pueden ser la base de numerosos problemas psicológicos. La literatura científica ha estudiado numerosos factores de riesgo: ambientales, contextuales, biológicos y psicológicos^{12,20} sin poder delimitar con precisión las interacciones que pueden establecerse entre los distintos factores de riesgo o la función que juega cada factor por separado. Asimismo, se han observado limitaciones en los estudios que analizan los factores de riesgo²⁰ al advertir que en la mayoría de los trabajos los factores de riesgo se clasifican en función de resultados estadísticos, desdeñando la importancia clínica de los mismos. A condición de ampliar el foco y soslayar perspectivas reduccionistas, se articula la revisión de los factores de riesgo en torno a cuatro ejes diferenciados:

- a. **Estudios que evalúan la capacidad de predictiva de los Factores de riesgo.** A tal efecto, se toma como punto de partida el metaanálisis de 50 años de investigación de Franklin en donde se revisa la potencia y la precisión de los factores de riesgo en la conducta suicida²¹. Estos análisis produjeron varios hallazgos inesperados al revelar que los factores de riesgo existentes son predictores débiles e inexactos de la conducta suicida además de señalar que la capacidad de predicción no ha mejorado en los últimos 50 años²². Paralelamente, Franklin cuestiona la validez científica de muchas taxonomías, argumentando que en la mayoría de las guías los factores de riesgo se articulan como listas de factores relativamente inespecíficos que podrían estar presente en la población general²³. En definitiva, Franklin remarca la idea de que, hasta ahora, no se ha llegado a una conclusión clara respecto al valor predictivo de los factores de riesgo en la conducta suicida.

- b. **Trabajos que articulan los correlatos y factores de riesgo en dimensiones ambientales, psicológicas y biológicas**¹². Estos estudios establecen como factores de riesgo ambientales en un primer término el maltrato infantil y el acoso entre pares, señalando la existencia de pruebas mixtas en lo que respecta a la influencia de los compañeros y los medios de comunicación. En cuanto a los correlatos psicológicos, estos trabajos organizan los procesos psíquicos en componentes afectivos (valor emocional de los estímulos percibidos), cognitivos (control de impulsos y sesgos de procesamiento de información) y sociales (compromiso en las relaciones interpersonales), conformándose como factores de riesgo cuando su funcionamiento está alterado. Por último, en lo referente a los aspectos biológicos, subrayan posibles alteraciones en los circuitos cerebrales (por ejemplo, en las regiones del córtex cerebral involucradas en el comportamiento dirigido a objetivos, la toma de decisiones y la regulación de las emociones) y/o disfunciones moleculares de los sistemas monoaminérgicos y/o factores genéticos (por ejemplo, polimorfismo en la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR)).
- c. **Limitaciones metodológicas en los estudios que relacionan la terapia antidepressiva con el aumento de tasas de suicidio**. En concreto, estas investigaciones no han llegado a depurar los factores biológicos, psicológicos y sociales que impactan en la conducta suicida, careciendo de suficiente fuerza estadística²⁴. Así, en la gran mayoría de los estudios presentados a la comunidad científica, el seguimiento se limita a menos de 12 semanas, no siendo posible evaluar el impacto del tratamiento a largo plazo. De igual modo, a medida que se prolonga un tratamiento antidepressivo se reduce de forma considerable el riesgo de intento y el suicidio consumado²⁴. En consecuencia, la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)²⁴ sugirió a la FDA no aplicar el "box warning" a los antidepressivos en depresión infantil, considerando que los beneficios potenciales del tratamiento superan a los riesgos. En cualquier caso, el riesgo de suicidio es inherente al trastorno depresivo y estaría en la latencia de respuesta antidepressiva de los tratamientos el riesgo descrito.
- d. **Elementos que pueden constituirse simultáneamente como factores de riesgo y protección**. En este punto destacamos Internet y las redes sociales, encontrando en la red páginas "pro-suicidio" (ciber-bullying, juegos pro-suicidio, información sobre métodos suicidas) y anti-suicidio (sitios de apoyo, líneas de ayuda y foros para prevenir el suicidio)²⁵. Siguiendo esta línea teórica, se han formulado dos constructos que dan cuenta del impacto de las nuevas tecnologías en la población. Así, se denomina Efecto

Werther¹⁶ a la influencia de las representaciones de actos suicidas en la frecuencia del suicidio, describiéndose como factores asociados a la imitación: la cantidad de cobertura mediática, la similitud del adolescente con la víctima y el reporte romántico o sensacionalista, entre otros. En este sentido, se ha estudiado el impacto de la serie de Netflix "Por 13 razones"²⁶, ficción en la que una adolescente se suicida, observándose tras su emisión un discreto aumento en la tasa mensual de suicidio en jóvenes estadounidenses con edades comprendidas entre 10 y 17 años. Análogamente, se designa efecto Papageno²⁷ a la influencia protectora que los medios de comunicación pueden ejercer en la conducta suicida, al considerar que estos agentes intervienen activamente en la construcción de la realidad social. Para este fin, la OMS ha publicado un documento en el que recomienda cómo tratar la conducta suicida en los medios y promover acciones preventivas sin extender mitos²⁷.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y entendiendo la salud mental como el interjuego de factores biopsicosociales en una biografía particular, se estima pertinente en el análisis de la conducta suicida discriminar adecuadamente entre procesos explicativos (por ejemplo, estilo de crianza), fenómenos psicológicos (por ejemplo, estrategias disfuncionales de afrontamiento), mediadores biológicos (por ejemplo, impulsividad, desesperanza) y moderadores (factores contextuales y socioeconómicos)

MODELOS EXPLICATIVOS

La conducta suicida ha sido analizada desde múltiples modelos teóricos^{2,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38}. En lo que respecta a la infancia y adolescencia, destacamos los siguientes:

1. **Modelo diátesis-estrés de Mann**²⁸ Se trata de un marco hipotético y predictivo que postula que para alcanzar el umbral de la conducta suicida, se requieren dos componentes: un precipitante (estrés) y una vulnerabilidad individual (diátesis). El modelo de Mann conceptualiza la diátesis como una condición dinámica de carácter continuo, subrayando que puede variar durante la vida y que no es dicotómica.
2. **Modelo neurocognitivo de Jollant et al**^{29,30} Modelo desarrollado en base a los hallazgos neuropsicológicos en sujetos con intentos de suicidio. Desde esta perspectiva, se plantea la existencia de déficits neurocognitivos, entre los que destacan la baja capacidad de regulación emocional y fallas en el procesamiento cognitivo.
3. **Modelo fenomenológico contextual**³¹: Presenta la conducta suicida como una realidad abierta- contex-

tual-existencial, considerando el devenir del ser humano como un acontecer dramático, en donde está la circunstancia de la vida con sus problemas y la elección de posibilidad. Una de esas posibilidades es el acto suicida.

4. **Análisis de redes**³²: Modelo teórico que conceptualiza los trastornos psicopatológicos como un sistema complejo y dinámico de síntomas y signos. Desde este acercamiento, los síntomas no se configuran como simples consecuencias pasivas de un trastorno común, sino que tienen poder causal autónomo. Su objetivo es analizar los mecanismos psicológicos que subyacen al desarrollo y mantenimiento de los problemas de salud mental.

Si bien la conducta suicida y las autolesiones son fenómenos diferenciados y la separación categorial en el plano teórico es clara, diferentes estudios² buscan una comprensión integral, analizando las relaciones que pueden existir entre ambos. En consecuencia, se han propuesto **modelos teóricos integradores**². En esta exposición señalaremos los siguientes:

1. **The Gateway theory**² establece la autolesión y la conducta suicida como dos manifestaciones de la misma conducta, entendiendo las autolesiones como comportamientos que preceden a la conducta suicida². Según este enfoque, las autolesiones no suicidas representan una "puerta de entrada", que tiende a preceder a la intención letal.
2. **Teoría de la variable común**³³. Este paradigma propone la existencia de una variable común (por ejemplo, trastorno psiquiátrico, baja autoestima o falta de apoyo social) que explique la co-ocurrencia de intentos de suicidio y las autolesiones no suicidas en la misma persona.
3. **Teoría interpersonal de Joiner**³⁴: Contempla las autolesiones y la conducta como un continuum, añadiendo la variable de la modulación del dolor. Acorde con lo anterior, postula que las conductas autolesivas repetitivas favorecen fenómenos de tolerancia e insensibilidad al dolor, constituyendo una vía de capacitación para el suicidio^{2,35}.
4. **Modelo integrado con predicciones específicas sobre el vínculo entre las autolesiones y la conducta suicida de Hamza et al**³⁶. Este marco teórico considera que las autolesiones predicen directamente el comportamiento suicida, tal y como propone la teoría de la puerta de entrada, y que esta asociación está moderada por niveles de angustia intrapersonal. Asimismo, de acuerdo con la teoría de la variable común, contempla que factores de riesgo compartidos pueden predecir tanto las autolesio-

nes como la conducta suicida. Al mismo tiempo, tiene en cuenta la capacidad adquirida para el suicidio que presenta la teoría interpersonal de Joiner. De este modo, expone que la relación entre autolesiones y la capacidad adquirida para el suicidio está moderada por la gravedad de las autolesiones, y, que la relación entre la capacidad adquirida y la conducta suicida está moderada por la percepción de carga personal y pertenencia frustrada.

Aunque cada una de las teorías descritas ofrece diferentes explicaciones de por qué las autolesiones y las conductas suicidas pueden estar relacionadas, las investigaciones existentes sobre el tema no apoyan claramente una teoría más que las otras.

EVALUACIÓN

Entendiendo la conducta suicida como una realidad compleja, en donde intervienen factores contextuales, interactivos y personales, distintos autores^{37,38,39} estructuran la evaluación de la conducta suicida en dos tiempos. De este modo, proponen realizar en un primer momento una evaluación cuantitativa, topográfica o de cribado, que permita determinar el riesgo suicida. Una vez establecido el riesgo, en un segundo tiempo, se efectúa una valoración comprensiva del proceso autolítico, esto es, tratar de entender qué es lo que "le pasa" al paciente⁴⁰.

Para las evaluaciones de cribado se han diseñado test específicos, entre los que se destacan:

- a) **Escala de Columbia de Evaluación de la Gravedad de Suicidio (C-SSRS)**⁴¹. Diseñada para distinguir ideación de conducta suicida, en base a la evaluación de cuatro constructos: gravedad de los pensamientos, intensidad de la ideación, comportamiento (intentos actuales, abortados e interrumpidos; conductas preparatorias; y conductas autolesivas no suicidas) y letalidad.
- b) **Escala SENTIA**⁴²: Instrumento compuesto por 16 ítems en formato dicotómico (sí/no) que mide un factor general de conducta suicida y tres factores específicos (acto/ planificación suicida, comunicación e ideación). Señalamos también el cuestionario SENTIA- Breve⁴³, recientemente validado, compuesto por 5 ítems que evalúan constructos clave, tales como el deseo (¿Has deseado estar muerto?), la ideación (¿Has tenido ideas de quitarte la vida?), la planificación (¿Has planificado quitarte la vida?), la comunicación (¿Has comentado a alguien que quieres quitarte la vida?) y la conducta (¿Has intentado quitarte la vida?).
- c) **Suicide Behaviours Questionnaire-Revised (SBQR)**⁴⁴: Cuestionario auto-administrado diseñado para identifi-

car factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes entre 13 y 18 años. Son 4 preguntas que pueden responderse en pocos minutos y una de sus mayores ventajas es la exploración temporal de la conducta suicida. Las preguntas que constituyen el SBQR son las siguientes:

1. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse o ha intentado hacerlo?
2. ¿Con qué frecuencia ha pensado en suicidarse en el último año?
3. ¿Alguna vez le ha dicho a alguien que iba a suicidarse o que podría hacerlo?
4. ¿Qué probabilidad hay de que intente suicidarse algún día?

d) **Escala Paykel**⁴⁵: Herramienta diseñada originalmente para la evaluación de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en población clínica. Consta de un total de cinco ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/NO. Escala conformada por las siguientes preguntas:

1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarse
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?

e) **Evaluación ecológica momentánea**^{46,47}: Evaluación a través de aplicaciones móviles que permite la recogida de datos de la conducta a través de mediciones implícitas (sensores de smartphone) y explícitas (preguntas contextuales) en tiempo real, en entornos naturalistas y con múltiples medidas repetidas.

Para la evaluación comprensiva, global y contextual de la conducta suicida, se recomienda llevar a cabo una entrevista clínica detallada además de realizar el análisis funcional de la conducta del adolescente. Asimismo, se deben examinar contextos problemáticos, red de apoyo y estrategias de afrontamiento, haciendo hincapié en aquellos que son potencialmente modificables con la intervención clínica o social.

Por último, señalar que en el servicio de urgencias, la evaluación debe incluir un examen físico y psiquiátrico, la recopilación de los antecedentes clínicos completos del paciente (con información del paciente, sus padres y otras personas significativas)¹⁶, el análisis de estresores psicosociales, el examen mental actual y los estresores y/o circunstancias que acompañan al intento de suicidio.

El nivel de riesgo se estratifica en función de la exploración psicopatológica, la evaluación de fortalezas (estrategias de afrontamiento y vinculación terapéutica) y apoyo socio-familiar.

INTERVENCIONES EFICACES

Llegados a este punto, expondremos las intervenciones psicoterapéuticas relevantes que se han mostrado eficaces.

- a. **Terapia dialéctico conductual para adolescentes (DBT-A)**^{48,49,50}, establecida como el tratamiento psicoterapéutico que ha alcanzado el mayor nivel de evidencia y grado de recomendación en la literatura científica. Los objetivos de esta terapia son la reducción de las conductas automáticas y la adquisición de habilidades de regulación emocional, tolerancia a la frustración y construcción de una vida que merezca la pena ser vivida.
- b. **Terapia cognitivo- conductual (TCC) individual**^{51,52,53} permanece como una terapia sin evidencia sólida mensurada para la conducta suicida. No obstante, los estudios que presentan la combinación de TCC individual y familiar han demostrado ser más eficaces que la TCC individual.
- c. **Programa SAFETY (Safe Alternatives for Teens and Youths)**^{54,40}. Programa que incluye elementos de TCC, DBT-A y teoría social ecológica. Incluye dos líneas de tratamiento: Primer escalón: Tratamiento individual con adolescentes y entrenamiento de padres con otro terapeuta. Segundo escalón: Sesiones familiares conjuntas en donde se entrenan las habilidades necesarias.

Por otro lado, se señalan intervenciones que cuentan con apoyo empírico derivado de estudios cuasiexperimentales o un único ensayo controlado aleatorizado⁴⁰, estableciéndose como terapias probablemente eficaces⁵². Estas son: Psicoterapia interpersonal para adolescentes (IPT-A)⁵⁵, Terapia cognitivo conductual integrada (I-CBT)⁵⁶, Terapia basada en la mentalización para adolescentes (MBT-A)⁵⁷, Programa para padres y adolescentes (RAP-P)⁵⁸, Apoyo social y educativo (YST)⁵⁹.

Intervenciones psicológicas breves empíricamente apoyadas

Estas intervenciones pueden llevarse a cabo en una sola sesión e incluso pueden realizarse por teléfono u otros medios no presenciales. En general, el objetivo es ayudar a que las personas analicen los componentes personales vinculados a las conductas de suicidio y forjar una alianza terapéutica para que se comprometan con su seguridad y busquen ayuda en momentos de crisis. Se señalan:

1. **Plan de seguridad**⁶⁰. Se considera una de las mejores prácticas de intervención breve. En ella es crucial identificar a los adultos "clave" que puedan formar parte del plan, adultos que deben ser elegidos por los adolescentes. Los componentes básicos del plan de seguridad incluyen: reconocimiento de señales de alarma, emplear estrategias de afrontamiento, utilizar contactos sociales /familiares/ profesionales y reducir el acceso a medios letales.
2. **Teen Options for Change (TOC)**⁴⁰: Intervención diseñada para los adolescentes que acuden al servicio de urgencias y que presentan riesgo de suicidio tras cribado. El marco teórico en el que se integra es el de la teoría de la autorregulación y el cambio. Asimismo, incorpora como herramienta terapéutica la entrevista motivacional.
3. **Family intervention for Suicide prevention (FISP)**⁴⁰: Intervención adaptada para ayudar al adolescente y a su familia a desarrollar habilidades de afrontamiento, aumentar su motivación para el tratamiento y acceder al centro de salud mental ambulatorio.
4. **As safe as possible (ASAP)**⁶¹. Intervención breve hospitalaria cuyo objetivo es incrementar los factores de protección frente a las conductas suicidas recurrentes. La intervención incorpora una aplicación telefónica (llamada BRIT^e) que fomenta la regulación de las emociones y ayuda a crear un plan de seguridad personalizado durante la transición de la atención hospitalaria a la ambulatoria. La intervención está compuesta por cuatro módulos: 1/ Psicoeducación, adherencia terapéutica y plan de seguridad, 2/ Regulación emocional 3/ Sensibilización al cambio, 4/ revisión, afianzamiento y seguimiento a través de la aplicación telefónica.

PREVENCIÓN

La prevención de la conducta suicida se inicia con la definición y vigilancia del problema, para seguir posteriormente con la evaluación de los factores de riesgo y protección. Una vez identificados, deben desarrollarse y evaluarse intervenciones para ejecutar a mayor escala programas y políticas eficaces⁶². En este contexto, el grupo de trabajo europeo para

la prevención del suicidio⁶² desarrolló una declaración que, basada en los resultados de estudios sistemáticos, resumía los requerimientos mínimos que debían incluir los programas nacionales de suicidio. Las estrategias con los mayores niveles de evidencia establecieron dos niveles de actuación complementarios: uno desde el ámbito de la salud pública (realizar intervenciones escolares y promover la restricción a medios letales) y otro desde los servicios sanitarios (abordaje multidisciplinar de la conducta suicida y tratamiento farmacológico adecuado)⁶². Para ello, se determinaron una serie de principios que los programas nacionales de suicidio deben suscribir. Asimismo, en los Estados Unidos, la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio presentó el Modelo Cero Suicidio (ZS)⁶³ que elabora un marco de coordinación multinivel para implementar prácticas basadas en evidencia. Entre estas prácticas se incluyen la evaluación SAFE-T (evaluación de cinco pasos que analiza el nivel de riesgo de suicidio del paciente y sugieren intervenciones apropiadas) en el servicio de urgencias⁶³, la elaboración de un plan de seguridad y el programa Brief Intervention and Contact (BIC)⁶⁴. Este programa consiste en una intervención en el servicio de urgencias y nueve contactos o visitas durante 18 meses a las 1,2,4,7, y 11 semanas y a los 4,6,12 y 18 meses.

Siguiendo las recomendaciones internacionales, en España, las Comunidades Autónomas han diseñado planes estratégicos específicos. Destacamos el programa ARSUIC de la Comunidad de Madrid⁶⁵, implementado desde 2014 con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial de los pacientes con potencial riesgo suicida, asegurando una cita de seguimiento ambulatorio en el Servicio de Salud Mental de referencia en el plazo máximo de una semana. Por otro lado, apuntar que recientemente se ha presentado en Cataluña el Plan de prevención del suicidio 2021-2025 (PLAPRESC)^{66,67}. Este programa establece las siguientes actuaciones: cita de seguimiento en centro de salud mental en un plazo de 10 días en adultos y de 72 horas en menores de 18 años desde el alta hospitalaria, llamada telefónica de control en el plazo de 30 días, citas de seguimiento durante un periodo de 12 meses en la red de salud mental y funciones de postprevención⁶⁷.

CONCLUSIÓN

Este trabajo realiza una revisión comprensiva de la conducta suicida en la población adolescente. Aún habiendo diseñado múltiples estrategias de intervención, el aumento de prevalencia del suicidio justifica diseñar nuevos programas con contenidos apropiados, concretos y factibles.

Es por esto, por lo que consideramos pertinente analizar las variables mediadoras y moderadoras de los diferentes planes de acción así como protocolizar intervenciones que permitan optimizar las herramientas de prevención disponibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliva A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*. 2007; 25 (3): 239-254.
2. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behaviour in adolescence: A systematic review. *PLoS One*. 2016;11(4):1-15. /
3. Hallard RI, Wells A, Aadahl V, Emsley R, Pratt D. Metacognition, rumination and suicidal ideation: An experience sampling test of the self-regulatory executive function model. *Psychiatry Res*. 2021 Sep;303:114083. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114083. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34271370.
4. Leonardo Adrián Medrano, Roger Muñoz-Navarro, Antonio Cano-Vindel, Procesos cognitivos y regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista, *Ansiedad y Estrés*, Volume 22, Issues 2-3, 2016, Pages 47-54, ISSN 1134-7937, <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.11.001>
5. Cortés Martínez C, Aza Blanc G. El Yo fragmentado: Trastornos de personalidad en la posmodernidad. *Miscelánea Comillas*. 2015;73(143):465-90.
6. Gadi Lissak, Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study, *Environmental Research*, Volume 164, 2018, Pages 149-157, ISSN 0013-9351,
7. Marino C, Gini G, Angelini F, Vieno A, Spada MM. Social norms and e-motions in problematic social media use among adolescents. *Addict Behav Rep*. 2020 Jan 21;11:100250. doi: 10.1016/j.abrep.2020.100250. PMID: 32467839; PMCID: PMC7244919.
8. C. Marino, G. Gini, A. Vieno, M.M. Spada **The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis** *Journal of Affective Disorders*, 226 (2018), pp. 274-281, [10.1016/j.jad.2017.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.007)
9. Restrepo, A., Scheininger, T., Clucas, J. et al. Problematic internet use in children and adolescents: associations with psychiatric disorders and impairment. *BMC Psychiatry* 20, 252 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02640-x>
10. OMS [Internet]. Publicaciones. Live Life: preventing suicide [Consultado el 28 de noviembre de 2021]. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/suicide/live-life-brochure.pdf?sfvrsn=6ea28a12_2&download=true
11. INE. [Internet]. Nota de Prensa. Defunciones según causa de muerte, avance enero-mayo de 2019 y 2020. [consulta: 28 de noviembre de de 2021] Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.p
12. Cha CB, Franz PJ, M Guzmán E, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) aetiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Apr;59(4):460-482. DOI: 10.1111/jcpp.12831. Epub 2017 Nov 1. PMID: 29090457; PMCID: PMC5867204.
13. National Institute Mental Health [Internet]. Publicaciones. Warning Signs of suicide. [Consulta el 28 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/warning-signs-of-suicide>.
14. Garcia-Haro J et al. Un enfoque contextual-fenomenológico del suicidio *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2018; 38(134): 381-400 doi: 10.4321/S0211-57352018000200003
15. Gioia, F., Rega, V., Boursier, V. (2021). Problematic Internet use and emotional dysregulation among young people: A literature review. *Clinical Neuropsychiatry*, 18(1), 41-54.
16. Jans T, Vloet, TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conducta autolesiva (Irrázaval M, Martín A. eds. Prieto-Tagle F, Vidal M trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
17. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022) [Internet]. 2022 [consultado el 13 marzo 2022]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/7787347719>.
18. APA. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. 5a. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
19. Fehling KB and Selby EA (2021) Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Front. Psychiatry* 11:499980. doi: 10.3389/fpsy.2020.499980

20. García-Haro J, et al. Suicidio y trastorno mental: una revisión crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 2020 Vol. 41(1), pp. 35-42. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
21. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviours: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017 Feb;143(2):187-232. DOI: 10.1037/bul0000084. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27841450
22. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2012563. Published 2020 Aug 3. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.12563
23. Fonseca-Pedrero E, de Albéniz AP. Assessment of suicidal behaviour in adolescents: The Paykel suicide scale. *Papeles del Psicol*. 2020;41(2):106-15
24. Martínez A. JC, González L. C. Antidepresivos y suicidio: Una polémica actual. *Rev Chil Pediatr*. 2007;78(5):461-71.
25. Molina MJ., Restrepo D. Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión? *Pediatr*. 2018;51(2):30-39
26. Bridge JA et al. Association between the release of Netflix's 13 reasons why and Suicide Rates in the United States: An interrupted Time-series Analysis. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020;59(2):236-243.
27. Herrera Ramírez R, Ures Villar MB, Martínez Jambina JJ. El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2015;35(125):123-34.
28. MANN J, RIZK M. A Brain-Centric Model of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* 177:10, October 2020
29. Jollant F, Lawrence NL, Olié E, Guillaume S, Courtet P. The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World J Biol Psychiatry*. 2011 Aug;12(5):319-39. DOI: 10.3109/15622975.2011.556200. Epub 2011 Mar 8. PMID: 21385016.
30. Ortuño-Sierra J, Aritio-Solana R, del Casal ADG, Fonseca-Pedrero E. Neurocognitive Functioning in Adolescents at Risk for Suicidal Behaviors. *Arch Suicide Res [Internet]*. 2021;25(3):657-71. Available from: <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1746938>
31. González MG, García-haro JM, García-pascual H, Pérez MTS, Barrio-martínez S, Voces J. Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención Towards a contextual-existential approach to suicide: recommendations for prevention. *Clin Con-temp*. 2021;(2021):1-10.
32. Fonseca-Pedrero E, Díez-Gómez A, de la Barrera U, Sebastian-Enesco C, Ortuño-Sierra J, Montoya-Castilla I, et al. Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;(xx).
33. Pompili M, Goracci A, Giordano G, Erbutto D, Girardi P, Klonsky ED, et al. Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: A psychopathological perspective. *J Psychopathol*. 2015;21(4):348-53.
34. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull*. 2017;143(12):1313-1345. doi:10.1037/bul0000123
35. Czyz EK, Berona J, King CA. A prospective examination of the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour among psychiatric adolescent inpatients. *Suicide & Life-threatening Behavior*. 2015 Apr;45(2):243-259. DOI: 10.1111/sltb.12125. PMID: 25263410; PMCID: PMC5036446
36. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behaviour: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2012;32:482-95
37. Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Front Psychiatry*. 2018;9
38. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, Fairweather-Schmidt AK, Christensen H. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviours in population-based research. *Psychol Assess*. 2015 Jun;27(2):501-512. DOI: 10.1037/pas0000053. Epub 2014 Dec 15.
39. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*. 2017 Jul 19;12(7):e0180292. DOI: 10.1371/journal.pone.0180292
40. Fonseca-Pedrero E. Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia. Madrid: Editorial Pirámide; 2021

41. Al-Halabí S, Sáiz PA, Burón P, Garrido M, Benabarre A, Jiménez E, et al. Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9(3):134–42.
42. Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E. Sentia: An adolescent suicidal behavior assessment scale. *Psicothema.* 2020;32(3):382–9.
43. Díez-Gómez A, Sebastina C, Pérez-Albéniz A, Fonseca-Pedrero E. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: validación de la escala SENTIA-Breve. *Actas Esp Psiquiatr* 2021;49(1):24–34 |
44. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and non-clinical samples. *Assessment.* 2001 Dec;8(4):443–54. DOI: 10.1177/107319110100800409. PMID: 11785588.
45. Fonseca-Pedrero E, de Albéniz AP. Assessment of suicidal behaviour in adolescents: The Paykel suicide scale. *Papeles del Psicol.* 2020;41(2):106–15
46. Sedano-Capdevila, A., Porras-Segovia, A., Bello, H.J. et al. Use of Ecological Momentary Assessment to Study Suicidal Thoughts and Behavior: a Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep* 23, 41 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01255-7>
47. Stange JP, Kleiman EM, Mermelstein RJ, Trull TJ. Using ambulatory assessment to measure dynamic risk processes in affective disorders. *J Affect Disord [Internet].* 2019;259(June 2019):325–36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.060>
48. Mehlum L, Ramleth RK, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, Miller AL, Larsson B, Sund AM, Grøholt B. Long term effectiveness of dialectical behaviour therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behaviour. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019 Oct;60(10):1112–1122. DOI: 10.1111/jcpp.13077. Epub 2019 May 25. PMID: 31127612.
49. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Apr;55(4):295–300. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.01.005. Epub 2016 Jan 27. PMID: 27015720.
50. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(8):777–785. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109
51. Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-Behavioral Family Treatment for Suicide Attempt Prevention: A Randomized Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017 Jun;56(6):506–514. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.03.015. Epub 2017 Apr 5. PMID: 28545756; PMCID: PMC5474088.
52. Glenn CR, Esposito EC, Porter AC, Robinson DJ. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019 May-Jun;48(3):357–392. DOI: 10.1080/15374416.2019.1591281. Epub 2019 May 2. PMID: 31046461; PMCID: PMC6534465.
53. Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener PL. Does the treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2020 May 11;7:9. DOI: 10.1186/s40479-020-00123-9. PMID: 32426138; PMCID: PMC7216729.
54. Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, Anderson NL. The SAFETY Program: a treatment- development trial of cognitive-behavioural family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44(1):194–203. doi:10.1080/15374416.2014.940624
55. Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviours. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009 Aug;63(4):463–70. DOI: 10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x. Epub 2009 Jun 15. PMID: 19531111
56. Esposito-Smythers C, Spirito A, Kahler CW, Hunt J, Monti P. Treatment of co-occurring substance abuse and suicidality among adolescents: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Dec;79(6):728–39. DOI: 10.1037/a0026074
57. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012 Dec;51(12):1304–1313.e3. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.09.018

58. Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behaviour: a randomized controlled trial and mediation analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Aug;52(8):851-62. DOI: 10.1016/j.jaac.2013.05.015
59. King CA, Arango A, Kramer A, Busby D, Czyz E, Foster CE, Gillespie BW; YST Study Team. Association of the Youth-Nominated Support Team Intervention for Suicidal Adolescents With 11- to 14-Year Mortality Outcomes: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019 May 1;76(5):492-498. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.4358
60. Stanley B, Brown G.. Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2012;19(2), 256-264.
61. Kennard BD et al. As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *Am J Psychiatry*. 2018 Sep 1;175(9):864-872. DOI: 10.1176/app.app.2018.17101151. Epub 2018 Jul 19. Erratum in: *Am J Psychiatry*. 2019 Sep 1;176(9):764. PMID: 30021457; PMCID: PMC6169524.
62. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(4):418-21.
63. Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Front Psychiatry*. 2018;9:33.
64. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bokhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703-9.
65. Comunidad de Madrid (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. [Consulta 19 de septiembre de 2021]. Disponible en: http://https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_plan_de_salud_mental_2018-2020.pdf
66. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Instrucció sobre l'atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi Risc Suïcidi [Internet]. 10/2105 2015. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
67. Punzano D. Cataluña aprueba su plan de prevención del suicidio para los próximos 5 años. Redacción médica. 16 de septiembre de 2021. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/cataluna-aprueba-su-plan-de-prevencion-de-suicidio-para-los-proximos-5-anos-6039>