



**Factors clau  
del suïcidi en  
adolescents**

**CARMEN ORTE SOCIAS  
LYDIA SÁNCHEZ PRIETO  
MARGA VIVES BARCELÓ  
MARÍA VALERO DE VICENTE  
LLUC NEVOT CALDENTEY**



## **Carmen Orte Socias**

Santander, Cantàbria. Llicenciada en psicologia i doctora en ciències de l'educació; catedràtica d'universitat de pedagogia de la inadaptació social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'*Anuari de l'educació de les Illes Balears*. Directora de la International Summer Senior University. Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de 2003 és la investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, sobre l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de persones formadores en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a gent gran i de l'educació intergeneracional a diversos països europeus.

## **Lydia Sánchez Prieto**

Cadis, 1984. Llicenciada en psicologia. Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB i Màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals per la Universitat de València. Experta en intervenció en qualitat de vida de gent gran. És estudiant de doctorat en ciències de l'educació i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. Actualment, treballa com a psicòloga general sanitària a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i al Centre Es Pla des de 2016. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció basats en l'evidència, tècniques i estratègies d'intervenció psicològica i trastorns de la conducta alimentària.

### **Marga Vives Barceló**

Palma, 1978. És llicenciada en psicopedagogia i doctora amb menció europea en ciències de l'educació per la UIB. Doctora contractada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Anteriorment, mestra, membre i coordinadora de l'equip de suport de diferents centres educatius. Entre les seves línies de recerca destaquen l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la gestió de conflictes. Participant com a experta en la creació del Protocol de prevenció, detecció i intervenció de l'assetjament escolar de les Illes Balears (Institut per a la Convivència i l'Èxit Escolar). Membre del grup d'investigació GIFES de la UIB.

### **Maria Valero de Vicente**

Oriola, 1988. Llicenciada en psicologia. Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials amb Intensificació en Psicologia Clínica i Neuropsicologia. Actualment és estudiant de doctorat en educació i membre del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. Entre els seus interessos destaquen: el treball en competències familiars, els programes de prevenció basats en l'evidència, la prevenció conductes de risc en infància i adolescència.

### **Lluc Nevot Caldentey**

Manacor (Illes Balears), 1992. Graduada en treball social i Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la Universitat de les Illes Balears (UIB) i postgraduada en intervenció familiar sistèmica pel Centre de Teràpia Familiar i de Parella de Barcelona (KINE). Actualment és doctoranda en ciències de l'educació per la UIB i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Amb anterioritat, ha treballat com a valoradora de dependència a la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears. També ha exercit com a treballadora social a l'àmbit de les famílies monoparentals. Entre les seves línies d'investigació principals s'hi emmarquen la prevenció de les conductes de risc infantils i juvenils.

## Resum

Aquest capítol se centra en el suïcidi i en les temptatives de suïcidi en adolescents. Segons exposen les dades de l'INE (2016), durant el 2016, el suïcidi va ser la primera causa de mort externa (11,7 morts per cada 100.000 habitants). Per tant, el suïcidi continua sent la principal causa de mort d'origen extern i, després dels tumors, la principal entre la població de quinze a trenta-quatre anys. L'adolescència és una etapa crítica, ja que implicar una necessitat d'adaptació als canvis corporals, a l'adquisició d'un rol nou, a la consecució d'una major autonomia. La infantesa també és una etapa de risc, ja que s'associa a una vulnerabilitat elevada i al fet d'estar sotmès a la influència dels altres (com el grup d'iguals).

Es poden indicar una sèrie de factors risc que poden influir o provocar el suïcidi infantojuvenil i que s'han d'analitzar. Per començar, el trastorn depressiu és el factor més freqüent implicat en els casos de suïcidi. D'altra banda, el consum de substàncies també ha de rebre una atenció especial, concretament en les fases més avançades. A més, actua de manera comòrbida amb la depressió i n'eleva encara més el risc.

Un tercer factor de risc es vincula amb abusos experimentats per part del grup d'iguals, és a dir, patir assetjament escolar o ciberasetjament escolar. Finalment, les alteracions en la imatge corporal i el rebuig de la figura corporal també influeixen negativament en el jove, provoquen una pèrdua del benestar i condueixen a múltiples situacions a la desesperança i a un grau elevat de malestar.

### Paraules clau

Suïcidi / Adolescents / Salut psicològica

## Resumen

El presente capítulo se centra en el suicidio y en las tentativas de suicidio en adolescentes. Según exponen los datos del INE (2016), durante el 2016, el suicidio fue la primera causa de muerte externa (11,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes). Por tanto, el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte de origen externo, y después de los tumores, la principal entre la población de 15 a 34 años. La adolescencia es una etapa crítica al implicar una necesidad de adaptación a los cambios corporales, a la adquisición del nuevo rol, a la consecución de una mayor autonomía. La niñez también es una etapa de riesgo al asociarse a una elevada vulnerabilidad y al estar sometido a la influencia de los demás (como el grupo de iguales).

Se pueden indicar una serie de factores riesgo que pueden influir o provocar el suicidio infantojuvenil y que deben ser analizados. Para empezar, el trastorno depresivo es el factor más frecuente implicado en los casos de suicidio. Por otro lado, el consumo de sustancias también debe recibir una especial atención, concretamente en sus fases más avanzadas. Además, actúa de manera comórbida con la depresión; coyuntura que eleva aún más el riesgo de suicidio.

Un tercer factor de riesgo se vincula con abusos experimentados por parte del grupo de iguales, es decir, padecer bullying o ciberracoso. Por último, las alteraciones en la imagen corporal y el rechazo de la figura corporal también influyen negativamente en el joven, provocando una pérdida del bienestar y conduciendo en múltiples situaciones a la desesperanza y a un elevado nivel de malestar.

### Palabras clave

Suicidio / Adolescentes / Salud psicológica

## Introducció

L'adolescència constitueix una fase de transició que va de la infantesa a l'edat adulta. És una de les etapes més vulnerables per a l'ésser humà, fonamentalment perquè la idea de mort s'estableix com a escenari sobre el qual es construeixen treballs psíquics «normals» (Winricott, 1993) i el treball de dol, que és fonamental en la construcció del projecte subjectiu i de risc per a aquelles persones que tenen un jo làbil (Vega et al., 2009).

El present treball pretén constituir un acostament a diverses conjuntures en les quals els factors de risc poden aglutinar-se i dur l'adolescent a pensar en l'opció de la sortida a la cosmovisió del jo làbil: la temptativa de suïcidi. Aquest paral·lelisme s'entremescla amb trastorns de la conducta alimentària, drogodependències i depressió en menors i adults joves. Un cop definit l'abast de la simptomatologia pròpia d'alguns trastorns primaris que poden esdevenir en un intent autolític, el capítol acaba amb una revisió sobre la victimització, un dels riscos més controvertits de l'actualitat. Segons l'Organització Mundial de la Salut (2001), els trastorns que emergeixen en l'adolescència es poden classificar en:

- Trastorns de la conducta alimentària (TCA): entre l'1 i el 2 % de les adolescents pateixen un TCA. El risc de suïcidi és vint vegades més gran que per als joves en general.
- Abús d'alcohol i drogues: en aquest grup d'edat, una quarta part dels pacients per intent de suïcidi havien consumit alcohol o drogues abans de l'acte.
- Depressió: gairebé tres quartes parts dels que eventualment se suïciden, mostren un símptoma de depressió o més.

En tot cas, qualsevol esdeveniment torna un risc consistent quan es correlaciona amb alguna de les causes de major susceptibilitat en el menor –situacions d'estrès, estil cognitiu/trets de personalitat de risc, factors genètics, patrons familiars i/o situacions negatives experimentades en etapes primerenques de la vida–, de manera que dificulta el maneig assertiu dels esdeveniments i el comportament suïcida pot fer-se servir ulteriorment. De manera pràctica, el suïcidi pot interpretar-se com la resposta donada davant la suma de factors de «diàtesi» més la suma de factors precipitants o d'estrès.

### Epidemiologia: suïcidi adolescent

L'Organització Mundial de la Salut (World Health Organization, 2014) assenyala que cada any se suïciden gairebé un milió de persones, això és, una taxa de mortalitat de 16 per 100.000. El suïcidi és una de les tres primeres causes de mort entre les persones de quinze a quaranta-quatre anys en alguns països i la segona

causa entre els deu i els vint-i-quatre. Les temptatives de suïcidi són de fins a vint vegades més freqüents que el suïcidi consumat.

El suïcidi representa el 8,5 % de totes les morts entre els joves (15-29 anys) i es classifica constantment entre les causes principals de mort en aquest grup d'edat. Al 2013, la taxa de suïcidis del grup d'edat de quinze a deu anys entre els vint-i-vuit països de la UE investigats va ser de 4,51 per 100.000 (Laido et al., 2016). Evidències amb el suport ampli de diversos estudis com Kim, Sim i Choi (2017) o Dykxhoorn, Hatcher, Roy-Gagnon i Colman (2017), entre d'altres. A més, l'estudi de King et al. (2012) va indicar que el 6,3 % dels estudiants havia intentat suïcidar-se almenys una vegada i el 13,8% varen reconèixer que havien tingut alguna ideació suïcida durant l'any anterior.

Les tendències mundials són reveladores: les taxes de suïcidi augmenten amb l'edat des de l'adolescència fins a l'adulthood primerenca (World Health Organization, 2014). El suïcidi consumat en infants i joves de catorze anys és poc habitual mentre que, a partir d'aquesta edat, les taxes comencen a augmentar fins a l'edat adulta (Malone et al., 2013), amb les corresponents taxes d'ideació i intent suïcida (Organització Mundial de la Salut, 2013).

Rhodes et al. (2012) defineixen els comportaments relacionats amb el suïcidi com lesions autoinfligides amb intenció suïcida o sense. Més de la meitat dels joves que ingressen als serveis d'urgències per conductes vinculades al suïcidi tenen un trastorn de salut mental diagnosticat (Hawton i Harriss, 2007; Vajani, Annett,

Crosby, Alexander, i Millet, 2007).

Alguns factors de risc individuals descrits en la literatura científica (seguint Dykxhoorn et al., 2017 i Choo et al., 2017) són els trastorns de salut mental, la depressió i/o l'esquizofrènia, el consum d'alcohol, el gènere, l'edat (15-24 anys), l'adversitat infantil/trauma, la impulsivitat, els problemes acadèmics, els conflictes personals, la victimització (maltractament entre iguals), l'aïllament social, la falta d'habilitats socials i els trastorns d'ansietat. Liu et al. (2017); Liang et al. (2018) hi inclouen també el trastorn per dèficit d'atenció i la manca de suport; Shepherd et al. (2018) i Iøerger et al. (2015) hi incorporen a més el fet de pertànyer al col·lectiu LGTBI. A part, altres autors hi introdueixen la coocurrència i la raça (Randall et al., 2014), la manca de seguretat (Cheng et al., 2014), el sedentarisme (Sampasa-Kanyinga et al., 2014; King et al., 2012), l'addicció a Internet (Liu et al., 2017), l'estigma social (King et al. 2012) o els problemes amb la justícia (Cassà et al., 2016; Shepherd et al., 2018). Kim et al. (2017) varen identificar una correlació positiva entre la ingesta freqüent de begudes energètiques i l'intent de suïcidi, fins i tot, un cop ajustats els nivells d'estrès, temps de son i rendiment escolar.

Com a factors de risc en l'àmbit familiar o contextual destaquen, seguint els autors anteriors (Choo et al., 2017; i Dykxhoorn et al., 2017), l'estrès familiar, els antecedents familiars de suïcidi, el baix nivell econòmic o el maltractament infantil. També hi apareixen la composició familiar (monoparental o reconstituïda) (Shek i Yu, 2012; Dykxhoorn et al., 2017), els factors influents durant el període

prenatal com el tabaquisme, els problemes mèdics, l'ús de medicaments de venda lliure o la manca de lactància materna, les dificultats en la salut mental dels progenitors o el seu nivell d'educació (Dykhhoorn et al., 2017) o el fet de tenir un antecedent familiar amb dificultats de salut mental (King et al., 2012).

### **Factors de protecció**

Cheng et al. (2014) proposen el suport social com a matalàs psicossocial enfront dels factors de risc. Aquest es pot definir com una mena de capital social que els individus poden emprar com a avantguarda als esdeveniments quotidians.

Si ens situam en aquest constructe, diversos estudis han documentat associacions consistents entre el suport social i el benestar psicològic en joves. També hi ha associacions entre la manca de suport social i els símptomes de depressió: el suport parental s'identifica com un factor protector en els estudis de Brausch i Gutiérrez (2010) o Eisenberg Ackard, i Resnick (2007); el suport emocional defensat per Choo (2017) en les seves investigacions. Les troballes suggereixen que el suport social pot ajudar a protegir els joves contra els efectes negatius dels factors estressants i promoure resultats de salut mental més positius.

D'altra banda, Cheng et al. (2014) defensen que els nivells elevats de percepció sobre l'afecte matern així com la connexió emocional o d'identitat amb les persones constituents del veïnat, s'associen negativament amb factors de risc de suïcidi com la depressió i els símptomes d'es-

très posttraumàtic. En qualsevol cas, Choo et al. (2017), ressenyen que els factors protectors del suïcidi en els joves han estat comparativament menys investigats.

Altres factors de protecció d'eficàcia documentada han estat la cohesió familiar i les creences religioses (Kyle, 2013); les perspectives positives, l'autoeficàcia en l'afrontament i els sentiments envers la família (Young Sweeting, i Ellaway, 2011); la disposició de cercar ajuda (Evans, Hawton, i Rodham, 2005), la resolució de precipitants (Schneidman, 2001), la religió (Kok i Tseng, 1992), el lament per l'intent (Bhugra, 2002) i la planificació positiva en el futur (Williams i Pollock, 2000). A més, Cheng et al. (2014) assenyalen que el sentit de connexió, els baixos nivells de conflicte o un entorn a on es fomenti l'expressió d'emocions protegeixen contra el desenvolupament de trastorns conductuals o emocionals.

### **Prevenició adolescent**

Chan et al. (2017) adverteixen que la salut mental dels joves exigeix l'atenció tant de professionals com de la classe política, ja que l'adolescència és el període en què es detecten per primera vegada molts trastorns de la salut mental. La resiliència es refereix a la capacitat de mantenir o recuperar la salut mental, tot i experimentar adversitats (Herrman et al., 2011). Promoure la resiliència a través del suport ambiental continu (Afifi i MacMillan, 2011), encara que sigui amb l'ús de serveis professionals (Wekerle, Waechter, i Chung, 2012), és una via important per estudiar la millora de la salut juvenil (Rhodes et al., 2012).



Els diversos models utilitzats per explicar els patrons d'ús dels serveis d'ajuda adopten perspectives diferents: el model conductual, que considera les decisions vinculades a demanar ajut –procés racional. Emfasitza les barreres d'accés a serveis de salut mental –factors demogràfics com nivell d'educació o ètnia– i la manca de recursos habilitants –informació dels serveis o localització. Un altre model àmpliament utilitzat, el Health Belief Model (HBM), suggereix que les decisions d'atenció es basen en l'autopercepció i provenen d'experiències subjectives i creences de salut: la por del tractament, la falta de confidencialitat i l'estigma associat amb la malaltia mental. Alguns models defensen que les decisions de cura de la salut poden ser influenciades per iguals i membres de la família (Chan et al., 2017).

## 1. Depressió i consum de substàncies

Quant a les causes, el suïcidi s'ha relacionat amb la presència de trastorns psicològics, d'addicció a les drogues o de la depressió (Navarro-Gómez, 2017). Concretament entre la població europea i de l'Amèrica del Nord, els factors de risc principals són l'abús de substàncies i la depressió. El consum de substàncies i la depressió, juntament amb altres característiques psicològiques i trastorns psiquiàtrics (impulsivitat, dèficits d'habilitats en la resolució de problemes, trastorns de personalitat, trastorn bipolar, trastorns psicòtics, aïllament, perfeccionisme excessiu, etc.), estan considerats factors

de risc individual per desenvolupar comportaments suïcides o parasuïcides (Mosquera, 2016; Echeburúa, 2015; Miranda, Cubillas, Román, i Abril, 2009). El consum d'alcohol, la impulsivitat i el sentiment de solitud en l'adolescència s'ha relacionat amb un nivell més alt de risc de suïcidi (Salvo i Castro, 2013). Quan parlem dels desencadenants del suïcidi o de la temptativa de suïcidi, clínicament cal destacar el consum abusiu d'alcohol o altres drogues o l'aparició d'un episodi depressiu major, entre d'altres (Echeburúa, 2015). El consum abusiu d'alcohol i drogues es consideren «equivalents suïcides», ja que quan ocorren de manera contínua i fora de control suposen un risc seriós per a la salut i posen en perill la integritat física i psíquica (Echeburúa, 2015). Un estudi recent amb adolescents escolaritzats ha demostrat que el consum de drogues i la ideació suïcida té una relació important i que la simptomatologia depressiva i la impulsivitat són factors que prediuen l'aparició d'ideació suïcida (González-Forteza et al., 2015).

L'esquema que cerca identificar el risc de conductes suïcides suposa l'associació de la ideació suïcida a successos vitals estressants, juntament amb la depressió i altres trastorns de salut mental. A més, no és suficient amb la presència d'ideació suïcida, sinó que hi ha una sèrie de factors relacionats amb el fet de dur a terme l'acció, com són la impulsivitat, el sentiment de desesperança i el pessimisme, l'accés relativament fàcil a mètodes per provocar la mort i el suport familiar i social escàs o baix (Mann et al., 2005).

La **depressió** és un dels factors que s'ha associat a un risc de suïcidi més alt, a la ideació suïcida i a la consumació de l'acte, no només entre la població adulta, sinó també en la primera infància i en l'adolescència (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). En el cas de la depressió, el risc de suïcidi és més alt just a l'inici, perquè encara no hi ha tractament, o quan comencen a observar-se els primers símptomes de recuperació a causa del tractament o després de l'alta hospitalària. Això es deu al fet que l'estat apàtic i de fatiga generalitzada millora, però no hi ha un canvi en les cognicions o idees suïcides i la persona es troba amb més forces per dur a terme l'acte. Les temptatives de suïcidi sempre són més probables si hi ha un episodi depressiu, ja sigui de forma exclusiva o comòrbida a altres patologies, com és el cas del trastorn per addicció a substàncies o de trastorns de l'alimentació (Echeburúa, 2015).

Quant a la patologia dual o comorbiditat del consum de substàncies amb altres trastorns mentals, se sap que tenen taxes més altes de prevalença de suïcidis, més admisions a urgències i hospitalitzacions, així com una taxa d'èxit menor dels tractaments, si es compara amb les persones que només tenen un trastorn associat (Torrens, Mestre-Pintó, Montanari, Vicente, i Domingo-Salvani, 2017; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 2015). La rellevància de la comorbiditat resideix en la dificultat de diagnosticar les persones que presenten de manera simultània trastorn per consum de substàncies i trastorn

psicològic, i en totes les complicacions terapèutiques i assistencials que té associades.

No obstant això, saber exactament com funciona aquesta relació complexa entre consum de drogues i trastorn mental, resulta difícil i depèn de múltiples factors (estrès, genètica, personalitat, context social de desenvolupament, etc.). Hi ha diferents hipòtesis sobre quin és el paper que exerceixen els dos elements en l'equació final (EMCDDA, 2015):

- a. Trastorn mental i trastorn per consum de substàncies: són elements independents que concorren.
- b. Trastorn mental previ: predisposa al consum de substàncies i al desenvolupament d'un problema d'addicció.
- c. Trastorn per ús de substàncies: provoca l'aparició d'un trastorn mental que ja estava destinat a aparèixer i que té un curs propi, o n'accelera l'aparició.
- d. A causa del trastorn per consum de substàncies i les intoxicacions consegüents, es desenvolupa un trastorn psicològic, temporal o permanent, induït per substàncies.

Tot i que hi ha diferents explicacions generals sobre com pot donar-se la condició de comorbiditat, cal tenir en compte que, en qualche cas, es pot donar una condició o totes. És a dir, aquestes hipòtesis sobre el funcionament de la comorbiditat entre consum de drogues i trastorn mental no són excloents.

La comorbiditat entre depressió i trastorn per consum de substàncies és una de les més prevalents, i varia entre un 12 % i un 80 % segons el tipus de població al qual es fa l'estudi (Torrrens et al., 2011). Les dades clíniques són clares en aquest aspecte: hi ha més vulnerabilitat de desenvolupar un trastorn de l'estat d'ànim deprimit si hi ha un trastorn per consum de drogues, i al revés, la depressió és un risc associat al consum de substàncies. Aquesta parella és una de les que tenen un pronòstic i un curs clínic pitjor, presentant més temptatives i suïcidis consumats (Vázquez, Álvarez, López, Cruz, i Abellás, 2012; Blanco et al., 2012; Conner, 2011; Marmorstein, 2011), si es compara amb l'existència d'una única patologia. En relació amb el consum de substàncies o altres addiccions, com el joc patològic (sovint són comòrbides), han de rebre especial atenció, especialment en les fases més avançades, atès que és en aquest moment quan presenten un nivell d'impulsivitat més alt i apareix la percepció de no trobar sortida a la situació (Echeburúa, 2015; Echeburúa, Salaberría, i Cruz-Sáez, 2014).

Tenint en compte les dades que es desprenen de l'Enquesta Sobre l'Ús de Drogues en Ensenyaments Secundaris a Espanya (ESTUDES, Observatori Español de Droga i les Toxicomanies, 2016), les drogues més consumides en els darrers dotze mesos pels estudiants de catorze a devuit anys, i també en els darrers trenta dies, són l'alcohol, el tabac i el cànnabis. En aquest mateix ordre de prevalença. Quant a l'edat d'inici del consum, s'observa que l'edat mitjana de consum de tabac i d'alcohol se situa entorn als catorze anys i als quin-

ze, per al cànnabis. Si a més tenim en compte els estudis que han associat el consum de drogues com l'alcohol i el cànnabis a una probabilitat més alta de depressió i d'ideació suïcida (Copeland, Rooke, i Swift, 2013; Esposito-Smythers et al., 2012; Chabrol, Chauchard, i Girabet, 2008), el consum de substàncies en els adolescents es converteix en un objectiu de prevenció indirecte del suïcidi.

## 2. Suïcidi i trastorns de la conducta alimentària

En els darrers anys, en una societat guiada pels cànons de bellesa i per la imatge corporal, s'han disparat els trastorns de la conducta alimentària (TCA) entre el jovent (Echeburúa i Marañón, 2001). Tant a la comunitat com als centres escolars, s'ha posat en alarma quan s'ha comprovat que entre les preocupacions principals dels joves hi ha el temor a engreixar-se i a la insatisfacció per la figura corporal. La bellesa i la primesa són indicadors d'èxit i de poder. Els trastorns de la conducta alimentària es caracteritzen per alteracions greus relacionades amb l'alimentació. Tal com indiquen López i Treasure (2011), l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha categoritzat aquesta tipologia de trastorns entre les malalties mentals de prioritat per als infants i adolescents, atès que impliquen un risc per a la salut. En l'anorèxia, es rebutja l'augment de pes i s'insisteix a romandre per davall dels criteris reconeguts per la Salut Pública. L'OMS considera que hi ha un quadre lleu d'anorèxia si l'IMC és igual o menor a 17 kg/m<sup>2</sup>, i que és un quadre extrem d'anorèxia si l'IMC

és menor a 15 kg/m<sup>2</sup>. Segons Echeburúa i Marañón (2001), l'anorèxia es pot manifestar en forma de dietes dràstiques i d'exercici físic excessiu (anorèxia restrictiva), en forma de purgues (anorèxia purgativa) o afartament (anorèxia compulsiva). D'altra banda, segons indiquen els autors, la bulímia s'estableix en funció d'un cercle negatiu consistent en afartaments i mètodes compensatoris de la ingesta, com purgues, laxants, diürètics (bulímia purgativa), o bé en exercici físic o en dejú (bulímia no purgativa). Totes les patologies alimentàries comparteixen la insatisfacció amb la imatge corporal i una preocupació persistent pel menjar, pel pes i per la figura corporal (López i Treasure, 2011). Aquest tipus de trastorn provoca situacions de discapacitat, simptomatologia múltiple, com problemes gastrointestinals, endocrinològics, dermatològics, cardiovasculars, etc., així com també afavoreix la comorbiditat psiquiàtrica (Benjet Méndez, Borges, i Medina-Mora, 2012). Entre les conseqüències negatives també pot aparèixer la mort i el suïcidi (Benjet et al., 2012; López i Treasure, 2011; Pisetsky, Crow i Peterson, 2017a).

Les prevalences en els TCA són elevades. Un estudi mexicà apuntava que un 0,5 % de joves patien anorèxia; un 1 %, bulímia i un 1,4 % trastorn per afartament (Benjet et al., 2012). Les dades avalen que les persones que pateixen un trastorn de la conducta alimentària (TCA) tenen un risc més alt de suïcidi (Goldberg, Werbeloff, Shelef, Fruchter, i Weiser, 2015; Kwan, Gordon, Carter, Minnich, i Grossman, 2017; Pisetsky, Crow, i Peterson, 2017a; Marco, Cañabate, Pérez, i Llorca, 2017; Pisetsky, Thornton,

Lichtenstein, Pedersen i Bulik, 2013; Pisetsky et al., 2017c; Smith et al., 2016; Yao et al., 2016), especialment quan els trastorns són d'anorèxia nerviosa (AN) i bulímia nerviosa (BN) (Pisetsky et al., 2013; Pisetsky et al., 2017a). En general, les prevalences de temptatives de suïcidi en persones amb TCA són del 26 % aproximadament. Com també ho són les taxes de mortalitat entre les persones que pateixen TCA. S'estima una mortalitat del 4 % per a les persones amb AN; del 3,9 %, amb BN i del 5,2 %, amb TCANE. Altres estudis parlen de mortalitats del 5,1 % (Herzog et al., 2000).

S'ha d'emfasitzar que els TCA adquireixen una prevalença més alta durant l'adolescència o durant els primers anys de l'edat adulta (Yao et al., 2016). A més, és en l'adolescència quan s'inicien aquests trastorns i, per tant, quan s'ha d'actuar (Benjet et al., 2012). De fet, com indiquen López i Treasure (2011), el pronòstic millora quan el diagnòstic i la intervenció és primerenca –en els tres primers anys de desenvolupament–, i s'intenta evitar així que s'acabi cronicant.

La comorbiditat dels TCA amb altres trastorns també destaca com a potenciadora del risc de suïcidi, com amb el trastorn depressiu major, el consum de substàncies i els trastorns d'ansietat (Echeburúa i Marañón, 2001; Rodríguez i Guerrero, 2005; Pisetsky et al., 2013; Yao et al., 2016). S'estima que un 86,8 % de joves amb trastorn per afartament ha tingut comorbiditat amb un altre trastorn; un 94,6 %, amb anorèxia i un 94,6 %, amb bulímia (Benjet et al., 2012). De la mateixa manera, en individus amb AN, la comorbiditat entre trastorns va ser més alta en individus que havien

tingut un intent de suïcidi (Pisetsky et al., 2013).

No obstant això, els factors associats encara s'han d'acabar de definir. Sens dubte, els factors genètics poden tenir una implicació rellevant en l'associació entre ambdues tipologies de conductes patològiques. Un estudi ha identificat la interacció entre un polimorfisme en el gen transportador de la serotonina i l'adversitat, associada a la simptomatologia de la conducta alimentària (Akkermann et al., 2012). Pisetsky et al. (2017c) recullen que el 10,8 % dels pacients amb AN o amb BN havien admès que qualche membre de la família havia tingut alguna temptativa de suïcidi. L'estudi longitudinal de Yao et al. (2016) estableix la influència genètica entre l'associació dels TCA i les temptatives de suïcidi. Concretament, els resultats suggereixen un risc més alt de temptatives de suïcidi en individus amb TCA o amb familiars que havien patit un TCA (especialment, germans). Un altre estudi, fet amb bessons, va trobar factors genètics compartits vinculats a la ideació suïcida estable i qualsevol TCA (Wade, Fairweather-Schmidt, Zhu, i Martin, 2015 en Pisetsky et al., 2017c).

En relació a les variables interpersonals, les persones amb TCA solen tenir menys xarxes socials i interaccions socials i, fins i tot, solen ser propenses a conflictes interpersonals. Una xarxa social pobre podria incidir sobre la frustració o la sensació de càrrega emocional (Kwan et al., 2017). Possiblement, el secretisme i el temor a les represàlies socials poden explicar una xarxa social més deficitària. Però, al mateix temps, un suport social pobre també hi influeix

i incrementa encara més la frustració o la sensació de càrrega emocional negativa i es produeix un bucle negatiu que es retroalimenta. La recerca de Smith et al. (2016) avala l'associació entre la frustració i la sensació de càrrega emocional i la ideació suïcida, així com que els TCA presenten puntuacions més elevades en els tres factors que la població no clínica.

Els dèficits en la regulació emocional constitueixen una part dels factors de manteniment dels TCA. És a dir, les persones que pateixen un TCA solen presentar més dificultat per regular les emocions i, a la vegada, presenten nivells elevats d'afecte negatiu (Pisetsky et al., 2017a). Utilitzen el menjar, ja sigui la restricció o la ingesta massiva, com a mecanisme de regulació perquè els manquen altres estratègies més potents o eficaçes (Pisetsky, Haynos, Lavender, Crow, i Peterson, 2017b). A aquest aspecte, s'hi ha de sumar el tret d'impulsivitat característic de les persones amb TCA, així com la dificultat d'aconseguir objectius en estats elevats d'ansietat –i, per tant, nivells elevats de frustració. En l'estudi de Pisetsky et al. (2017b), es verifica que es produeix una associació entre els dèficits en la regulació emocional i les puntuacions més altes en cognicions vinculades amb afartaments, exercici intens i/o purgues, prototípiques dels TCA. A la vegada, també es verifica una associació més elevada amb cognicions vinculades tant a les conductes autolesives no suïcides com a les temptatives suïcides. La regulació emocional també es pot alterar pel sentit de la vida que percep una persona, segons Marco et al. (2017). Els autors verifiquen amb una mostra de

joves que un pitjor sentit de la vida es vincula amb nivells més alts de depressió i de desesperança. En canvi, presentar puntuacions elevades de sentit a la vida actua com un factor de protecció davant alguna simptomatologia, com la insatisfacció per la imatge corporal, preocupació pel pes o les actituds negatives davant el pes. També de l'estudi s'extreu una altra afirmació: els pacients amb TCA i amb baixa satisfacció davant la vida presenten taxes més altes d'ideació suïcida i de símptomes límit. Per tant, les baixes puntuacions en la variable del sentit de la vida actua com un factor de risc davant el suïcidi, que a més, es potenciarà si se li suma patir un TCA.

Precisament, aquesta dificultat en la gestió emocional desemboca també, amb freqüència, en conductes autolesives (Marco et al., 2017; Pisetsky et al., 2017a). En l'estudi de Rodríguez i Guerrero (2005), s'identifica que, d'una mostra de 362 dones amb alguna tipologia de trastorn d'alimentació, un 22,6 % tenia conductes autolesives sense intencionalitat suïcida –es cremaven, es tallaven, es copejaven fins a sentir dolor o es feien ferides fins a sagnar. Els autors destaquen que, amb freqüència, les conductes autolesives s'associen a històries d'abús sexual o de maltractament infantil, però en altres ocasions, s'estableixen en funció de la comorbiditat amb altres trastorns psicològics, com el trastorn posttraumàtic, el trastorn límit de personalitat, el trastorn depressiu major o l'abús de substàncies. L'atenció s'ha de posar en aquesta tipologia d'agressions, perquè es produeix una correlació significativa entre les conductes au-

tolesives i les temptatives de suïcidi. Rodríguez i Guerrero (2005) varen registrar que, de les cinquanta-una persones amb TCA de la seva mostra que havien tingut temptatives de suïcidi, un 29,3 % s'autolesionava de manera freqüent. Guarín, Malagón, Roda, i Garzón (2013) troben, en la seva mostra, que el 13 % dels pacients va reconèixer intents de suïcidi en algun moment de la seva vida i el 26 %, conductes autolesives.

Els trets de personalitat també s'han d'avaluar. En Milos et al. (2004), es vincula la comorbiditat amb trastorns de la personalitat del grup B –també amb patologies de l'eix I. En Echeburúa i Marañón (2001), es conclou que en la AN es produeix freqüentment comorbiditat amb trastorns de personalitat del grup C (evitador, dependent i obsessiu) i alguns casos, amb el trastorn límit de personalitat (TLP). De la mateixa manera, en les bulímies hi ha una comorbiditat més alta amb els del grup B (límit i histriònic). El perfeccionisme –tret de personalitat freqüent en les AN– també es podria associar a nivells de frustració més alts (Kwan et al., 2017). Respecte a les persones amb trastorn límit de personalitat, cal recordar que, entre la simptomatologia principal destaca la impulsivitat, el dèficit en la regulació emocional, els conflictes interpersonals i la intolerància a la frustració, però també les temptatives de suïcidi i les conductes d'alt risc (Marco et al., 2017). Per tot això s'ha de considerar la comorbiditat en TLP i TCA com una altra característica a valorar davant el suïcidi, de problemes psicosocials greus i, segons indiquen els autors, des del punt de vista clínic, la que presenta una se-

veritat més alta i un pronòstic pitjor (Echeburúa i Marañón, 2001; Guarín et al., 2013). També les purgues es vinculen amb trets d'impulsivitat; les probabilitats de suïcidi són més elevades quan persones amb TCA també tenien conductes de purga (Milos et al., 2004; Pisetky et al., 2013). Concretament, en bulímies –en què els trets d'impulsivitat tendeixen a ser elevats–, les purgues actuen com a mecanismes per regular les emocions (Benjet et al., 2012). Rodríguez i Guerrero (2005) també apunten a les purgues i els afartaments com a episodis que engrandeixen el risc de conductes autolesives sense intencionalitat suïcida.

### 3. Assetjament entre iguals i suïcidi

El vincle entre maltractament entre iguals i (intents de) suïcidi ha estat present des dels inicis dels estudis en la comunitat científica. De fet, Olweus (1993) en definir el maltractament entre iguals com a una situació de desequilibri entre iguals i perllongat en el temps, ja comunicava com a efectes del maltractament entre iguals les temptatives o els suïcidis dels menors.

La incidència del maltractament entre iguals planteja diferents percentatges, per exemple, Puértolas i Montiel (2017) esmenten el treball de Hill, Mellick, Temple, i Sharp (2017), en què es relata que entre un 3 % i un 36 % ha patit assetjament escolar i entre un 1,6 % i un 47 % d'adolescents presenten un doble rol de víctima i assetjament. Navarro-Gómez (2017) es refereix a l'àmbit europeu, en què

entorn de vint-i-quatre milions de joves (7 de cada 10) pateixen algun tipus d'intimidació o assetjament de tipus verbal, físic o a través de les noves tecnologies (Cross, Piggitt, Douglas, i Vonkaenel-Falst, 2012, a Puértolas i Montiel, 2017). A l'estat espanyol, l'estudi d'UNICEF (2013) exposa que un 10 % comenta que és víctima d'assetjament escolar, especialment més nins (24,4 %) que nines (21,6 %). En aquestes edats, a més, la importància del grup d'iguals és tan alta que Baggio, Palazzo, i Ganzo (2009) confirmen que disposar d'un nombre reduït d'amics i símptomes depressius augmenten la prevalença del plantejament suïcida. A més, aquesta relació es veu potenciada quan hi ha factors de risc en la família, antecedents familiars de suïcidi, desig passiu de morir o haver planificat en algun moment el suïcidi (Sandoval, Vilela-Estrada, Mejiab i Caballero, 2018).

Amb aquestes dades, cal tenir present que les conseqüències no seran lleus: «conviu» amb una persona que et molesta de dilluns a divendres durant cinc hores al dia a classe (o almanco en el temps de pati o en les entrades i sortides), quan és un assetjament presencial, per part de persones que són uns iguals en una etapa evolutiva en què els iguals i la inclusió al grups d'iguals i en què la majoria silenciosa potencia, no vol saber res o, en el millor dels casos, fa algun intent per evitar-ho, és lògic pensar que no pot tenir més que conseqüències negatives greus, com ara conductes d'ansietat o alteracions a l'estat afectiu emocional (Lugones i Ramírez, 2017).

Puértolas i Montiel (2017), en la revisió de vuitanta-sis articles científics

d'entre 2000 i 2017, conclouen que les característiques individuals que poden afectar situacions de victimització són el sentiment de solitud (Brighi et al., 2012), la insatisfacció amb la vida i la baixa autoestima (Povedano et al., 2011). A més, és habitual la revictimització (Finkelhor, Ormrod i Turner, 2007), una comorbiditat entre l'assetjament i el consum de drogues i alcohol (Carmona-Torres, Cangas, Langer, Aguilar-Parra, i Gallego 2015). El tipus d'assetjament (físic i no físic) té efectes semblants a les idees i comportaments suïcides (Romo i Kelvin, 2016). En aquest sentit, doncs, els adolescents víctimes d'assetjament escolar tenen un risc alt de patir problemes o malalties mentals, com ara idees de suïcidi (Romo i Kelvin, 2016; Hawton i Rodham, 2002; Hazemba, Siziya, Muula, i Rudatsikira, 2008) o, fins i tot, arribar al suïcidi (Mora-Merchán i Ortega, 2007). De fet, Klomek et al. (2012) varen afirmar que a Noruega un 29 % dels joves que se suïcidaren havien estat víctimes de maltractament entre iguals.

Actualment, la presència de les noves tecnologies a les nostres vides és un fet que no podem negar. Certament presenta molts avantatges. Això no obstant, també presenta alguns perills que no podem obviar. Un n'és el ciberassetjament. Cross et al. (2012, citat a Navarro-Gómez, 2017) afirmava que de quaranta-un suïcidis de joves analitzats als Estats Units, a Canadà, al Regne Unit i a Austràlia, un 78 % eren víctimes d'assetjament (ciberassetjament i presencial). Les noves tecnologies i, en especial, les xarxes socials més emprades pel jove permeten una exposició quasi

constant, una «oportunitat» per molestar en qualsevol lloc i en qualsevol moment i, a la vegada, permet a la persona que molesta, almanco en un primer nivell, cert anonimats, tres característiques que poden potenciar els efectes negatius de l'assetjament. Wendt i Lisboa (2013) confirmen que les víctimes de ciberassetjament són més propenses a la simptomatologia depressiva i ansiosa. Salmerón i Inostroza (2017) confirmen també una incidència més alta de depressió greu i de suïcidis en ciberassetjament, que s'explica també per un mal ús de la identitat digital, una conducta addictiva a Internet i per problemes associats al son i a l'atenció. Navarro-Gómez (2017) afegeix també la càrrega alta d'estrès emocional que poden produir aquestes situacions, inclòs també el sexting.

Així doncs, les conseqüències de l'assetjament escolar (presencial i a través de les noves tecnologies) no són lleus. Puértolas i Montiel (2017) se centren en la relació amb el suïcidi i recullen, entre altres conseqüències, les conductes autolesives (Barker et al., 2008), la ideació suïcida (Kelly et al., 2015) o el comportament suïcida (Bannink et al., 2014, Córdova, Velázquez, i Silva, 2015).

Cal tenir present també els factors de risc de suïcidi en infants i joves ja esmentats anteriorment, com ara ser adolescent, especialment home-jove (suïcidi consumat, però més intents en dones-joves), psicopatologies (en què s'inclou el maltractament), disfunció familiar severa, factors genètics, minories (sexuals, ètniques...) que afectin la integració i acceptació dels iguals, factors psicològics o in-



tents suïcidis previs (Abufhele i Coorea, 2016), però també problemes relacionats amb l'escola, com ara l'assetjament entre iguals (de Sousa et al., 2017).

## Conclusions

L'adolescència està considerada l'etapa on apareixen més pensaments i comportaments vinculats amb el suïcidis (Copeland, Goldston, i Costello, 2017), associats a un nivell elevat de disfuncionalitat en el pla psicosocial (emocional, social, laboral i econòmic). En aquesta mateixa línia, la depressió adolescent ha estat assenyalada com a factor de risc clau per al desenvolupament de pensaments i comportaments suïcides (Choo et al., 2017; Dykxhoorn et al., 2017; Sampasa-Kanyinga et al., 2014). El paper del consum de substàncies també representa un altre factor de risc entre la població amb tendència al suïcidis (Cheng et al., 2014; Dykxhoorn et al., 2017; Randall et al., 2014; Sampasa-Kanyinga et al., 2014; Shepherd et al., 2018). El tercer factor, els trastorns de la conducta alimentària, també es vincula amb una tendència elevada a les conductes autolesives, temptatives suïcides i suïcidis. Els tres factors s'han de convertir en objectius prioritaris en la prevenció del comportament suïcida, atenent a la complexitat clínica amb la qual tots dos es presenten entre la població adolescent. S'ha de destacar que la patologia dual (presència d'un trastorn de l'estat d'ànim com la depressió i un trastorn per consum de substàncies) presenta una prevalença clínica alta (Torrens et

al., 2017; Marmorstein, 2011) i es relaciona amb un pronòstic pitjor i un risc més alt de temptativa de suïcidis (Blanco et al., 2012; Echeburúa, 2015; Vázquez et al., 2012). Així mateix, cal recordar que els TCA es vinculen amb una simptomatologia elevada i, a la vegada, poden ser comòrbids amb altres trastorns, com els depressius. Es converteixen, per tant, en una altra problemàtica de risc.

Tot i que la prevalença del maltractament entre iguals pot variar segons l'estudi i el país en què es faci, el percentatge d'aquesta situació i especialment les conseqüències, no sols per a la víctima sinó també per a la persona que molesta i per la denominada majoria silenciosa, fan que sigui necessari fer un treball coordinat, professional i especialitzat per prevenir i intervenir el més aviat possible per evitar arribar a darreres fases de l'assetjament que poden acabar amb idees suïcides i/o amb intents (consumats) de suïcidis (Romo i Kelvin, 2016). Protocols preventius i d'intervenció que permetin un abordatge interdisciplinari de la situació d'assetjament entre iguals, per tant, són un factor clau per abordar aquests casos.

L'accés a les noves tecnologies proporciona una gran varietat d'oportunitats, però, en el cas del ciberassetjament, permet una exposició quasi constant i ofereix a la persona que molesta un cert anonim, circumstàncies que poden augmentar el sentiment d'indefensió de la víctima i potenciar així més idees o conductes suïcides (Salmerón i Inostroza 2017; o Navarro-Gómez, 2017).

## Referències bibliogràfiques

- Abufhele, M, i Correa, A. (2016). Manejo de autoagresiones y conducta suicida en adolescentes. *Contacto Científico*, 6(6) 189-195.
- Afifi, T. i MacMillan, H. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266-272.
- Akkermann, K., Kaasik, K., Kiive, E., Nordquist, N., Orelund, L. i Harro, J. (2012). The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms. *Journal of psychiatric research*, 46(1), 38-43.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(Suppl. 7), 24-51.
- Baggio, L., Palazzo, L. i Ganzo, M. (2009) Suicide planning among teenage students: prevalence and associated factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 142-150.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. i Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, 35(6), 483-490.
- Blanco, C., Alegría, A. A., Liu, S.-M., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C. i Nunes, E. V (2012). Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 865-873.
- Brausch, A.M. i Gutierrez, P.M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal Youth Adolescent*, 39(3), 233-242.
- Carmona-Torres, J.A., Cangas, A., Langer, A., Aguilar-Parra, J.M. i Gallego, J. (2015). Acoso escolar y su relación con el consumo de drogas y trastornos alimentarios: comparación entre adolescentes de Chile y España. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(3), 507-527.

- Chan, S., Denny, S., Fleming, T., Fortune, S., Peiris-John, R. i Dyson, B. (2017). Exposure to suicide behavior and individual risk of self-harm: Findings from a nationally representative New Zealand high school survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(4), 349-356. doi: 10.1177/00048674177110728
- Chabrol, H., Chauchard, E., i Girabet, J. (2008). Cannabis use and suicidal behaviours in high-school students. *Addictive behaviors*, 33, 152-155.
- Cheng, Y., Li, X.C., Lou, C., Sonenstein, F., Kalamar, A., Jejeebhoy, S., ...Ohengbede, O. (2014). The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health*, 55, 31-38.
- Choo, C.C., Harris, K. M., Chew, P. K. H., i Ho, R. C. (2017). What predicts medical lethality of suicide attempts in Asian youths? *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 136-141.
- Conner, K. R. (2011). Clarifying the relationship between alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 915-916.
- Copeland, J., Rooke, S., i Swift, W. (2013). Changes in cannabis use among young people: Impact on mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 325-329.
- Copeland, W. E., Goldston, D. B., i Costello, E. J. (2017). Adult associations of childhood suicidal thoughts and behaviors: A prospective, longitudinal analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(11), 958-965.
- Córdova, A.J., Velázquez, M., i Silva, E. (2015). Características de bullying entre jóvenes estudiantes de secundaria usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(2) 103-123.
- Dykxhoorn, J., Hatcher, S., Roy-Gagnon, M.-H., i Colman, I. (2017). Early life predictors of adolescent suicidal thoughts and adverse outcomes in two population-based cohort studies. *PlosOne*, 12(8).
- Echeburúa, E., Salaberría, K., i Cruz-Sáez, M. (2014). Nuevos retos en el tratamiento del juego patológico. *Terapia psicològica*, 32(1), 31-40.

- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126.
- Echeburúa, E., i Marañón, I. (2001). Comorbiditat de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología conductual*, 9(3), 513-525.
- Esposito-Smythers, C., Walsh, A., Spirito, A., Rizzo, C., Goldston, D.B., i Kaminer, Y. (2012). Working with the suicidal client who also abuse substances. *Cognitive Behavioral Practice*, 19(2), 245-255.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction, EMCDDA. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, EMCDDA Insights*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evans, E., Hawton, K., i Rodham, K. (2005). Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 45-58.
- Goldberg, S., Werbeloff, N., Shelef, L., Fruchter, E., i Weiser, M. (2015). Risk of suicide among female adolescents with eating disorders: a longitudinal population-based study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 295-300.
- González-Forteza, C., Juárez, C.E., Montejo, L., Oseguera, G., Wagner, F., i Jiménez, A. (2015). Ideación suïcida y asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(NE-2), 29-34.
- Guarín, M. R., Malagón, N. R., Rueda, J. G., i Garzón, D. F. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 43, 19-26.
- Hazemba, A.; Siziya, S.; Muula A.S., i Rudatsikira, E. (2008) Prevalence and correlates of being bullied among in-school adolescents in Beijing: results from the 2003 Beijing Global School-Based Health Survey. *Ann Gen Psychiatry*, 2 (7:6).
- Herrman, H., Stewart, D., Diaz-Granados, N., Berger, E., Jackson, B., i Yuen, T. (2011). What is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258- 265.
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., ... i Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 20-26.

- Ioerger, M., Henry, K. L., Chen, P.Y., Cigularov, K., i Tomazic, R.G. (2015). Beyond same-sex attraction: gender variant-based victimization is associated with suicidal behavior and substance use for other-sex attracted adolescents. *Plos ONE*, 10(6).
- Klomek, A. B., Kleinman, M., Altschuler, E., Marrocco, F., Amakawa, L., i Gould, M. (2012). Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. *Journal of Adolescent Health*, 53, 37-42.
- Kwan, M. Y., Gordon, K. H., Carter, D. L., Minnich, A. M., i Grossman, S. D. (2017). An examination of the connections between eating disorder symptoms, perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide risk among undergraduate students. *Suicide and life-threatening behavior*, 47(4), 493-508.
- Kyle, J. (2013). Spirituality: its role as a mediating protective factor in youth at risk for suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15(1), 47-67.
- Lester, D. (2000). Substance abuse is a factor in many suicides. En T. Roleff, (Ed.), *Teen Suicide* (pp.57-62). California: Greenhaven.
- Liang, S. G.-Y., Yang, Y.-H., Kuo, T.-Y., Liao, Y.-T., Lin, T.C., Lee, Y.,... Chen, V. (2018). Suicide risk reduction in youths with attention-deficit hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: a Taiwan nationwide population-based cohort study. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 96-105.
- Liu, H.-C., Liu, S.-I., Tjung, J.-J., Sun, F.-J., Huang, H.-C., i Fang, C.-K. (2017). Self-harm and its association with internet addiction and internet exposure to suicidal thought in adolescents. *Journal of the Formosan Medical Association*, 116, 153-160.
- López, C., i Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97.
- Lugones, M., i Ramírez, M. (2017). Bullying: historical and cultural aspects and their consequences for health. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(1), 154-162.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautris, A., Currier, D., i Haas, A. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294, 2064-2074.

- Mora-Merchán, J., i Ortega, R. (2007). The New Forms of School Bullying and Violence. A. R. Ortega, J. Mora-Merchán, i T. Jäger (eds.) *Acting against school bullying and violence. The role of media, local authorities and the Internet* (e-book). Disponible a : <http://www.bullying-in-school.info>
- Marco, J. H., Cañabate, M., Pérez, S., i Llorca, G. (2017). Associations Among Meaning in Life, Body Image, Psychopathology, and Suicide Ideation in Spanish Participants With Eating Disorders. *Journal of clinical psychology*, 73(12), 1768-1781.
- Marmorstein, N. R. (2011). Associations between subtypes of major depressive episodes and substance use disorders. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 248-53.
- Milos, G., Spindler, A., Hepp, U., i Schnyder, U. (2004). Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General hospital psychiatry*, 26(2), 129-135.
- Miranda, T., Cubillas, R., Román, P., i Abril, V. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Revista. Salud Mental*, 32 (6), 495-502.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28, 25-31.
- Olweus, D. (1993). Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. A K. H. Rubin & J. B. Asendorf (Eds.). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 315-341). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Prevención del suicidio. Recursos para consejeros*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pisetsky, E. M., Crow, S. J., i Peterson, C. B. (2017a). An empirical test of the interpersonal theory of suicide in a heterogeneous eating disorder sample. *International journal of eating disorders*, 50(2), 162-165.
- Pisetsky, E. M., Haynos, A. F., Lavender, J. M., Crow, S. J., i Peterson, C. B. (2017b). Associations between emotion regulation difficulties, eating disorder symptoms, non-suicidal self-injury, and suicide attempts in a heterogeneous eating disorder sample. *Comprehensive psychiatry*, 73, 143-150.

- Pisetsky, E. M., Peterson, C. B., Mitchell, J. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Le Grange, D., ... i Crow, S. J. (2017c). A comparison of the frequency of familial suicide attempts across eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 707-710.
- Pisetsky, E. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., i Bulik, C. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1042.
- Puértolas, A., i Montiel I. (2017). Bullying en la educación secundaria: una revisión sobre las características de las víctimas y las víctimas-acosadores y las consecuencias de su victimización. *Revista de Victimología*, 5, 85-128.
- Randall, J. R., Doku, D., Wilson, M. L., i Peltzer, K. (2014). Suicidal behaviour and related risk factors among school-aged youth in the Republic of Benin. *PlosOne*, 9(2).
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bethell, J., Wekerle, C., Goodman, D., Tonmyr, ... Manion, I. (2012). Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36, 542-551.
- Robinson, J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., O'Brien, i M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide related behavior in young people. *Crisis*, 34(3), 164-182.
- Rodríguez, M., i Guerrero, S. (2005). Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 243-254.
- Romo, M.L., i Kelvin E.A. (2016). Impact of bullying victimization on suicide and negative health behaviors among adolescents in Latin America. *Revista Panamericana Salud Publica*, 40(5),347-355.
- Salmerón, M.A., i Inostroza, C. (2017) Repercusiones sobre la salud del maltrato entre iguales: acoso escolar y ciberacoso. *Revista de Estudios de Juventud*, 11, 195-206.
- Salvo, L., i Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 141(4), 428-434.
- Sampasa-Kanyinga, H., Roumeiotis, P., i Xu, H. (2014). Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts among Canadian school-children. *PlosOne*, 9(7).

- Sandoval, R.M., Martín, A., Vilela-Estrada, C.D., Christian, R., Mejiab, E., i Caballero, J. (2018). Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria *Revista Chilena Pediatría*, 89(2), 208-215.
- Shepherd, S., Spivak, B., Borschmann, R., Kinner, A., i Hachtel, H. (2018). Correlates of self-harm and suicide attempts in justice-involved young people. *PlosOne*, 13(2).
- Smith, A. R., Dodd, D. R., Forrest, L. N., Witte, T. K., Bodell, L., Ribeiro, J. D., ... i Bartlett, M. (2016). Does the interpersonal-Psychological theory of suicide provide a useful framework for understanding suicide risk among eating disorder patients? A test of the validity of the IPTS. *International journal of eating disorders*, 49(12), 1082-1086.
- Torrens, M., Martínez-Sanvisens, D., Martínez-Riera, R., Bulbena, A., Szerman, N., i Ruiz, P. (2011). Dual diagnosis: Focusing on depression and recommendations for treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(2), 50-59.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.I., Montanari, L., Vicente, J., i Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5.
- UNICEF (2013). Bienestar infantil en los países ricos: un panorama comparativo. *Report Card*, 11,1-56. Florencia: Oficina de Investigación de UNICEF.
- Vajani, M., Annet, J. L., Crosby, A. E., Alexander, J. D., i Millet, L. M. (2007). Nonfatal and fatal self-harm injuries among children aged 10-14 years—United States and Oregon, 2001-2003. *Suicide and Life Threatening Behaviors*, 37(5), 493-506.
- Vázquez, M. J., Álvarez, C., López, M., Cruz, A., i Abellás, C. (2012). Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de urgencias. *Emergencias*, 24, 121-125.
- Vega, V., Piccini, M., Barrionuevo, J.,Tocci, R., Sánchez, M., Moncaut, N....Gallo, J. (2009). Riesgo suicida y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres. *I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* . Bons Aires (6-9 agost 2009).



- Wekerle, C., Waechter, R., i Chung, R. (2012). Contexts of vulnerability and resilience: Childhood maltreatment, cognitive functioning and close relationships. En M. Ungar (Ed.), *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice* (pp. 187-198). New York: Springer.
- Wendt, W. i Lisboa S. (2013). La agresión entre compañeros en el espacio virtual: definiciones, impactos y retos de cyberbullying. *Psicología Clínica*, 25(1), 73-87.
- Winnicott, D. W. (1993). Realidad y Juego. Barcelona: Gedisa.
- Yao, S., Kuja-Halkola, R., Thornton, L. M., Runfola, C. D., D'Onofrio, B. M., Almqvist, C., ... i Bulik, C. M. (2016). Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden. *JAMA psychiatry*, 73(3), 284-291.
- Young, R., Sweeting, H., i Ellaway, A. (2011). Do schools differ in suicide risk? The influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and selfharm among secondary school pupils. *BMC Public Health*, 11, 874-889.