Publicado en:

SÁNCHEZ-TERUEL, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. En J.A. Muela, A. García y A. Medina (Eds.). *Perspectivas en psicología aplicada* (pp. 61-78). Jaén: Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D.

Published in:

SÁNCHEZ-TERUEL, D. (2012). Sociodemographic and biopsychosocial variables related to suicidal behavior. In J.A. Muela, A. García and A. Medina (Eds.). *Perspectives in applied psychology* (pp. 61-78). Jaen: Andrés Vandelvira Associated Center of the National University of Distance Education (Spain)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y BIOPSICOSOCIALES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA SUICIDA

DAVID SÁNCHEZ-TERUEL
Psicología Social
Universidad de Jaén

RESUMEN

De origen biopsicosocial y desde una etiología multifactorial el suicidio es, a nivel mundial, una realidad determinada por el momento histórico-social y por la capacidad que cada sociedad tiene para hacer frente a este drama que afecta a una gran variedad de países y culturas, cebándose sobre todo en las llamadas economías del bienestar, en las que por su especial vulnerabilidad a los múltiples factores psicosociales, culturales o socioeconómicos se produce la mayor cantidad de muertes por esta conducta. Basándose en estudios recientes sobre la conducta suicida, este artículo pretende realizar una aproximación actualizada de las diversas variables que pueden estar relacionadas con un incremento del riesgo o con una mayor protección frente a la conducta suicida.Todo ello con el objetivo final de poder realizar protocolos de prevención adecuados e intervenciones eficaces que puedan minimizar el efecto de estas variables sobre los colectivos de riesgo, en especial sobre aquellos que se han detectado como los más vulnerables.

Palabras Clave: Suicidio, tentativa suicida, epidemiología, variables psicológicas

ABSTRACT

Originally from a biopsychosocial and multifactorial etiology of suicide is, globally, a fact determined by the socio-historical time and the ability that each society has to deal with this drama that affects a variety of countries and cultures attacked mercilessly especially in the so-called welfare economics, in which their special vulnerability to multiple psychosocial factors, cultural or socio-economic, it produces the most deaths from this behavior. Based on recent studies on suicidal behavior, this article will bring in an updated to the many variables that can be the basis for the increased risk or protection to suicidal behavior. All with the ultimate goal of prevention protocols to perform appropriate and effective interventions that could minimize the impact of psychological variables on cultural and social groups at risk and in particular on those that have been identified as the most vulnerable.

Key Words: Suicide, attempted suicide, epidemiology, psychological variables

Marco conceptual sobre la conducta suicida

El suicidio ha sido un tema de interés clásico, abordado históricamente por los diferentes profesionales de la salud mental, tanto por psiquiatras como por psicólogos (Palacios-Espinosa, Barrera, Ordóñez y Peña, 2007; Sánchez-Teruel, 2010). Muchas religiones lo consideran un pecado y en algunos países se considera un de-

lito, aunque en algunas culturas lo perciben como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes (Plaza, 2008). El suicidio (del latín *sui caedere,* matar a uno mismo) es el acto de quitarse la propia vida, siendo consciente de que dicho acto lleva a producir la muerte. En la misma línea, Durkheim (1897) describe el suicidio como la muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima y donde la muerte es el resultado esperado. Las conductas suicidas son definidas, según Shneidman (1985), como el acto humano de causar la cesación de la propia vida.

Por último, otros autores entienden la conducta suicida como un espectro que abarca las ideas y deseos suicidas (*ideación suicida*), las conductas suicidas sin resultado de muerte (*intento o tentativas suicidas* en los que sí se busca morir) y los *suicidios consumados* (el resultado es la muerte) (Palacios-Espinosa y cols.., 2007).

De acuerdo con las clasificaciones internacionales de la A.P.A. (2002) y de la O.M.S. (1992), Soler y Gascón (2005) proponen las siguientes diferenciaciones de los conceptos más importantes sobre el suicidio:

- Ideación suicida: conjunto de pensamientos sobre el cese de la propia vida en determinadas situaciones.
- Intento de suicidio: Acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, pero que le cause algún tipo de lesión.
- Autolesión: Comportamiento dirigido a infligirse daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado, etc.).
- Suicidio frustrado: Cuando la acción de un agente accidental e imprevisible impide la consumación de la muerte del sujeto.
- Suicidio: Muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir.

Principales variables sociodemográficas relacionadas con la conducta suicida

Tras una revisión de la literatura, se ha considerado que las variables sociodemográficas más relevantes son las que se exponen en los párrafos siguientes:

Una de las variables más estudiada ha sido el **sexo.** En relación con ella hay una tendencia muy clara: mueren más hombres que mujeres por esta causa, aunque los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (O.M.S., 2006; Eurostat, 2009a, Rosenbaum, Baraff y Berk, 2008; W.F.M.H., 2006; Zonda, 2006). Sólo existe alguna excepción a lo anterior reflejada en la bibliografía consultada, por ejemplo en China, donde la tendencia es justo la contraria (Yip, Liu, y Law, 2008). Una de las principales razones utilizadas que explican esta diferencia es que los

hombres, como pauta general, buscan menos ayuda ante el padecimiento de algún trastorno psicológico (Gould y Kramer, 2001) y también que los hombres suelen utilizar métodos altamente letales, fundamentalmente ahorcamiento, armas de fuego y envenenamiento con pesticidas, casi siempre muy relacionados con la disponibilidad del medio a utilizar, mientras que las mujeres utilizan otros medios como el envenenamiento con pastillas y la precipitación desde las alturas (Ajdacic-Gross , Weiss, Ring y Hepp, 2008; Frei y cols., 2006; Gunnell, 2000).

En España los datos a nivel nacional y autonómico son similares a los internacionales (tablas 1 y 2): hay más muertes por suicidio en hombres, pero más intentos de suicidio en mujeres (I.N.E. 2010; Miguel y cols., 2005; Romero, Gamero y Martínez, 2007).

Tabla 1:

Número de suicidios consumados por sexo en España (año 2008)

Total suicidios consumados			Total habitantes		
Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer
3.457	2.676	781	46.745.807	23.116.988	23.628.819

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del I.N.E. 2010

Tabla 2:

Número de suicidios consumados por sexo en las tres primeras comunidades autónomas de España (año 2008)

	Hombre	Mujer
Total suicidios consumados	2.676	781
Galicia	215	81
Asturias (Principado de)	80	33
Andalucía	658	165
% sobre el total según sexo	27,57%	8,07%

Fuente: Elaboración propia a partir de los últimos datos del I.N.E., 2010

En cuanto a **la edad**, los datos de la Organización Mundial de la Salud (W.H.O., 2010a) señalan que el suicidio constituye una de las tres causas principales de muerte en personas entre los 15 y los 44 años (en ambos sexos), cifras que no incluyen los

intentos de suicidio. A pesar de que hasta ahora la frecuencia de la conducta suicida había sido mayor entre varones adultos, las tasas entre los jóvenes han aumentado hasta tal punto que actualmente constituyen el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo (Baca-García y cols., 2010; W.H.O., 2010b; Patton y cols., 2009; Unión Europea, 2008; W.F.M.H., 2006).

Todas las investigaciones apuntan a que el grupo de edad entre 15 y 34 años (Eurostat, 2009b; Patton y cols., 2009; Pérez-Camarero, 2009; Soler y Gascón, 2005; Unión Europea, 2008) y las personas mayores de 50 años son grupos especialmente vulnerables para realizar comportamientos suicidas (Baca-García y cols., 2010; Blazer, 2009; Lee y cols., 2007; Patton y cols., 2009; Soler y Gascón, 2005; Unión Europea, 2008). En cuanto al suicidio en niños , éste no ha sido lo suficientemente explorado, pero los pocos estudios realizados (Miranda de la Torre, Cubillas, Romás y Abril, 2009; Palacios-Espinosa y cols. 2007; Pettingell y cols., 2008) plantean que existe ideación suicida en niños menores de 14 años sin depresión ni ansiedad, sin existir diferencias significativas por sexo, y, además, que la autoestima baja, el haber sido víctima de abuso sexual o haber sufrido bullying o acoso escolar parece ser un factor a tener muy en cuenta cuando se valora la tentativa suicida infantil (Pereda, 2010; Sánchez-Teruel, Peñaherrera y Cobos, 2010).

Así pues, parece ser que las personas con mayor riesgo de conducta suicida son aquellas que tienen edades entre 16 y 39 años y las personas que superan los 50 años (Blazer, 2009; I.N.E., 2010; W.H.O., 2008; Pérez-Camarero, 2009; Unión Europea, 2008).

Al margen de lo anterior, es importante plantear lo que recientes investigaciones (Greidanus y Everall, 2010; Jorm, Fischer y Oh, 2010) han concluido sobre la influencia de internet y la conducta suicida en jóvenes y niños. En dichos estudios se llama la atención sobre el hecho de que, al igual que muchas personas utilizan la red cuando se encuentran en estado de malestar o intensa desesperanza (Lam-Po-Tang y McKay, 2010), la red también ofrece a estos colectivos información y ayuda antisuicidio y proporciona comunidades virtuales de apoyo, demostrando ser una herramienta muy eficaz para la lucha contra esta conducta. Además, según se deduce de dichos estudios, parece que la información ofrecida en la red es científica y basada en la evidencia, proporcinando apoyo social y asesoramiento en línea por otras personas que han sufrido momentos de crisis o por profesionales expertos. Internet se muestra así, como un método de bajo coste y de carácter inmediato (Fleischmann y cols., 2008) desde el que se puede intervenir en algún momento durante la transición de la ideación al acto suicida, previniendo la realización de dicha conducta.

Por otro lado, el perfil de los **métodos de suicidio** depende de su disponibilidad, en particular de la disponibilidad de medios técnicos (Frei y cols., 2006; Nguyen y cols., 2010; Razaeian, Mohammadi, Akbari y Maleki 2008). En España, tal y como

reflejan diversos autores (Miguel y cols., 2005; Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006; Romero y cols., 2007) y como se refleja en las estadísticas estatales (I.N.E., 2010) el método más utilizado es el ahorcamiento seguido de la precipitación (tanto en hombres como en mujeres), probablemente porque en nuestro contexto este medio esté mucho más disponible que otros medios como las armas de fuego.

La evidencia aportada indica que la restricción del acceso a los medios de suicidio es más urgente y técnicamente más viable que nunca como una de las fórmulas más sencillas para la prevención de este tipo de conductas (Ajdacic-Gross y cols., 2008, Biddle, Brock, Brookes y Gunnell , 2008; Frei y cols., 2006; Oliveira y Buriola, 2009; Razaeian y cols., 2008).

También parece ser que el **estado civil** tiene cierta influencia sobre la conducta suicida, aunque la dirección de esa influencia no está muy clara. Algunos estudios apuntan que estar casado es un factor que protege ante este tipo de conductas y otros estudios plantean que no. De hecho, la importancia del estado civil como factor de protección o riesgo de suicidio se complica por la interacción entre las variables como el sexo y la edad (Rodríguez-Pulido y cols., 1992). Algunas investigaciones (Denney, Rogers, Krueger y Wodsworth, 2009; España y Fernández, 2010) muestran que los intentos son más frecuentes en mujeres solteras y hombres solteros mientras que los suicidios consumados tienen una mayor tasa de incidencia entre los hombres viudos, separados y divorciados, no así en las mujeres viudas, separadas o divorciadas.

Otros estudios recientes concluyen igualmente, que el estado civil en sí mismo no es un variable protectora o de riesgo respecto al suicidio (Masocco y cols., 2010; Petrović y cols., 2009; Sánchez-Teruel, 2010), pero sí se considera un factor fundamental que modula el efecto sumativo de otras variables de carácter individual (psicobiología, depresión, desesperanza, soledad, apoyo social, etc..) y también sobre otras variables de carácter socio-cultural (zona geográfica, desempleo, nivel económico, nivel de religiosidad, percepción social sobre el suicidio, etc.) que sí ejercen una influencia decisiva en la ideación, en la tentativa suicida o en el grado de letalidad del acto suicida.

En relación con la zona geográfica, recientes investigaciones evidencian que en algunos países los suicidios son más frecuentes en **áreas urbanas**, mientras en otros países ocurren con más frecuencia en **áreas rurales** (Denney y cols., 2009; Masocco y cols., 2010), existiendo diversos factores que pueden variar en gran medida el número de muertes por suicidio según el país estudiado, como son el sexo, la edad, la facilidad o dificultad para el acceso a métodos letales de suicidio, los factores socioculturales o la facilidad de acceso a servicios sanitarios de salud mental.

En cuanto a la **sexualidad,** puede considerarse que ésta forma parte del ser humano a lo largo de todo su ciclo vital, desde que nace hasta muere, siendo un aspecto de crucial importancia en el continuo salud-enfermedad (Mock, 2005). Además,

parece ser que la conciencia sobre la orientación sexual se produce a edades muy tempranas (Ryan y Futterman, 1997). Sin embargo, existen pocos estudios donde se analice el impacto de la orientación sexual en los intentos o comportamientos suicidas (Garofalo y cols., 1999).

De hecho, el nivel de ideación e intentos suicidas en la población de jóvenes homosexuales sigue siendo un serio problema de salud pública. Su invisibilidad y, en gran medida, su falta de apoyo familiar se convierten en dos factores de alto riesgo para la ideación e intentos suicidas (Russell y Joyner, 2001). Si bien muchas personas de orientación sexual diversa no tienen tendencias suicidas y viven su sexualidad con normalidad, hay que tener en cuenta la presión social que pueden sufrir en determinados países y ambientes socioculturales (King y cols., 2008), sobre todo en las etapas vitales de mayor vulnerabilidad emocional como puede ser la adolescencia y la juventud (Bontempo y D'Augelli, 2002). De hecho, estudios recientes (Berghe, Dewacle, Cox y Wincke, 2010; Coker, Austin y Schuster, 2010) señalan que es el estrés sufrido por estas personas, consecuente a las actitudes sociales homófobas, el que puede estar en la base del aumento en el riesgo de ideación y conducta suicida, y no la orientación sexual en sí misma.

En muchos casos **el comportamiento** de herirse uno mismo o las lesiones autoinfligidas representan un período transitorio de petición de socorro, pero en otros casos, es un importante indicador de problemas de salud mental y riesgo real de suicidio. De ahí la necesidad de intervenir de forma directa sobre aquellas personas que presentan este tipo de conductas (Hawton, Rodham, Evans y Weatherall., 2002). Algunos autores informan de que las lesiones autoinfligidas pueden darse en cualquier edad, pero son más frecuentes en adolescentes y en adultos jóvenes, fundamentalmente en mujeres (Fliege, Lee, Grimm y Klapp, 2009). Estudios recientes han planteado que este tipo de autolesiones sin intención suicida junto con la existencia de trastornos de personalidad activos, pueden ser indicadores de alto riesgo de suicidio (Urnes, 2009).

Varias investigaciones indican que el haber presentado una conducta suicida fallida es un alto predictor de que, por lo menos durante los dos años siguientes, la persona puede presentar de nuevo una respuesta de estas características (Beghi y Rosenbaum, 2010; Fleischmann y cols., 2008; Romero y cols., 2007). González-Pinto, Vega y Barbeito (2010) han demostrado que un solo intento previo fallido no es un buen predictor del riesgo suicida, sino que son necesarios varios intentos previos los que pueden pronosticar un nuevo intento futuro más letal (Fliege y cols., 2009; McMahon y cols., 2010).

Otra de las variables que más se ha relacionado con el riesgo de suicidio es la presencia de algún **trastorno psicopatológico previo y activo**, hasta el punto de que en estudios epidemiológicos realizados en adultos, más del 90% de los sujetos suicidas padecía algún tipo de trastorno mental (Fleischmann, 2008; W.H.O., 2010a).

Igualmente, se ha encontrado que presentar determinadas enfermedades físicas de carácter crónico (como asma, cáncer, fibromialgia, VIH, demencias, etc.) aumenta la vulnerabilidad ante comportamientos suicidas (Clarke, Goodwin, Messias y Eaton, 2008; Dreyer y cols., 2010). En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto la importancia de considerar las condiciones psicológicas y el impacto que la enfermedad física puede tener en todos los aspectos de la vida del individuo, así como la contribución fundamental que la Psicología puede jugar en la mejoría o empeoramiento de determinadas enfermedades médicas (Harth y cols., 2009; Ramos y cols., 2008).

Muchos autores consideran los trastornos del estado de ánimo como el principal responsable de los suicidios consumados, tanto en pacientes depresivos como en pacientes con otro diagnóstico principal que presentan sintomatología depresiva comórbida (España y Fernández, 2010; Jiménez y cols., 2006). La tasa anual de suicidio en los pacientes con trastorno del estado de ánimo es de 20 a 40 veces mayor que en la población general, refieren más antecedentes de tentativas suicidas que el resto de los grupos diagnósticos, y en los grandes estudios epidemiológicos se constata que una de cada dos personas que consuman el suicidio parece presentar o presenta un trastorno depresivo, de manera que éste, junto con tentativas previas, es uno de los factores de riesgo suicida más determinante (España y Fernández, 2010; Sánchez, 2001; Ubaldo y Pérez, 2010).

En relación con lo anterior, en las últimas décadas se ha demostrado la influencia directa que el bienestar subjetivo tiene como una variable moduladora del continuo salud-enfermedad (Manderscheid y cols., 2010). En este sentido, si la salud mental positiva está relacionada con una mejor regulación de los procesos biológicos y con una mejora de la respuesta neuronal a los estímulos negativos, promover los factores protectores que incrementan el estado de bienestar puede ser una buena solución para aquellas personas que de forma no espontánea tienen peores perspectivas de vida o sufren algún tipo de enfermedad mental (Manderscheid y cols., 2010; Pettingell y cols., 2008). De ahí, que se considere el fomento de factores protectores en todas aquellas personas que presentan sus primeros intentos de suicidio, como una buena fórmula de sentar las bases para mejorar una conducta más saludable y un mayor bienestar. Entonces, no se trataría tanto de utilizar el apoyo psicofarmacológico, sino de motivar e incrementar todos aquellos factores que le protegen contra la enfermedad (sea la que sea), influyendo de forma indirecta en los procesos biológicos que regulan los trastornos psicológicos (García-León y Reyes del Paso, 2010; O.M.S., 2006; Pérez-Camarero, 2009; Sánchez, 2001).

Análisis sobre la relación entre variables biopsicosociales protectoras y de riesgo y la conducta suicida

Como se ha mostrado en anteriores apartados, el suicidio es un fenómeno muy complejo en el que están implicados factores biológicos, sociales, económicos, culturales y psicológicos (Fleischmann y cols., 2008; I.A.S.P., 2010). De ahí que sea

conveniente analizar, a través de la literatura existente sobre este tema, qué factores pueden estar relacionados con la vulnerabilidad o riesgo a realizar un acto o tentativa suicida y cuáles pueden convertirse en factores protectores ante este tipo de comportamientos (Martínez-Correa y cols., 2006; Salas-Auvert, 2008; Zdanowicz, Janne y Reynaert, 2004).

Un número creciente de estudios han identificado una historia familiar de suicidio como un factor de riesgo, tanto para el intento como para el suicidio en sí (Astudillo, Mendinueta y Casado, 2007; Mann, Brent y Arango, 2001). Parece ser que la amígdala y el córtex frontal de personas que se han suicidado son químicamente distintos de los que han muerto de repente por otras causas (Anisman y cols., 2008; McGowan y cols., 2008; Poulter y cols., 2008). Todas estas observaciones sugieren que los mecanismos epigenéticos (combinación de factores genéticos y ambientales) pueden estar asociados con la expresión de los genes alterados en el suicidio (McGowan y cols., 2008; Poulter y cols., 2008).

Investigaciones más recientes (Mann, 2003; Wasserman, Terenius, Wasserman y Sokolowski, 2010) informan de que la tentativa y la conducta suicida pueden venir determinadas también por una serie de factores de riesgo (clínicos, neurobiológicos, neurocognitivos, genéticos, de comportamiento y rasgos de la personalidad) denominados endofenotipos (Gottesman y Gould, 2003) y que pueden considerarse como la expresión de la vulnerabilidad epigenética de una persona a presentar una tentativa o conducta suicida.

Por otro lado, y como se ha visto anteriormente, el nivel de bienestar de un país tampoco es un buen predictor para el decremento de la conducta suicida (P.N.U.D., 2009). Algunos autores (Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006) consideran que el estrés relacionado con el trabajo y fenómenos como el desarraigo social que produce la inmigración y el desempleo puede estar en la base de esta alta prevalencia de suicidio en países con un alto nivel económico y alto estado de bienestar. De hecho, según investigaciones actuales parece ser que la pérdida reciente de empleo es un factor de mayor riesgo para la tentativa suicida y el suicidio consumado más que una situación de desempleo larga o prolongada (Taborda y Téllez-Vargas, 2010).

El aspecto religioso es un factor fundamental para la protección ante conductas suicidas (Colucci y Martín, 2008). Durkheim (1897) en su clásico estudio sobre el suicidio, descubrió que los protestantes se suicidan más que los católicos y éstos, a su vez, más que los judíos. De hecho, la fuerte influencia católica en hispanoamérica, la arraigada concepción de la familia y las fuertes redes sociales que operan en los países caribeños y de América del Sur podrían explicar las bajas tasas de suicidio en el subcontinente y en el Caribe (Colucci y Martin, 2008). En este sentido, un estudio transcultural realizado por Sisask y cols., (2010) analiza la influencia de la religiosidad en diversos países del mundo donde se profesan la religión católica, islámica, hinduista y protestante, encontrando que la religiosidad subjetiva (entendida como

consideración propia de persona religiosa) comparada con la falta de la misma es un factor protector contra el comportamiento suicida.

Uno de los elementos más estudiados en relación con el suicidio es la enfermedad mental (W.H.O., 2010a). En algunos estudios sobre trastornos psicológicos o mentales se ha detectado que los dos grupos de psicopatologías más asociados con los comportamientos suicidas son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos esquizofrénicos (Wahlbeck y Mäkinen, 2008). Parece que la prevalencia del trastorno del estado de ánimo junto con otros trastornos, especialmente el trastorno bipolar, la ansiedad, los comportamientos violentos o el abuso de sustancias psicoactivas, pueden ser un buen predictor de un intento letal de suicidio (Beghi y Rosenbaum, 2010; González-Pinto y cols., 2010; Holma y cols., 2010; Pérez-Amézcua y cols., 2010). En general, a partir de investigaciones realizadas en 21 países y de artículos de revisión (Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang, y Kessler, 2010; Kilbane y cols., 2009; Nock y cols., 2009) puede afirmarse que los trastornos del estado de ánimo son buenos predictores de la ideación suicida, pero no de los planes o intentos en aquellas personas con ideación (Kilbane y cols., 2009; Nock y cols., 2009; Swann y cols., 2009). Parece ser que la transición de la ideación a la tentativa suicida viene determinada más bien por un inadecuado control de los impulsos (Gradus y cols., 2010; Kilbane y cols., 2009).

Además de los trastornos mencionados, otras investigaciones centradas en población danesa (Gradus y cols., 2010) han detectado una asociación positiva entre los trastornos adaptativos relacionados con las respuestas a situaciones estresantes y el suicidio consumado, no así con la tentativa o la ideación suicida. Por último, otros estudios.sobre los trastornos de la personalidad (Hawton y Van Heeringen, 2009; Swann y cols., 2009), parecen indicar que componentes como la impulsividad y la inestabilidad afectiva son los factores que más correlacionan con ideación autolesiva y conductas suicidas.

Otros factores que influyen de forma decisiva en la ideación, planificación o tentativa suicida son los elementos cognitivos como las atribuciones o explicaciones que las personas hacen de las situaciones vitales. De hecho, la atribución es el proceso cognitivo mediante el cual las personas explican las situaciones que experimentan a lo largo de su vida (Fernández-Prieto, 2001; Nock y cols., 2010; Sánchez-Teruel, 2010). Se ha encontrado en personas con trastornos psicológicos que el estilo atribucional pesimista o negativo era más frecuente que el estilo explicativo optimista, lo que podría conllevar a estos pacientes un aumento de su vulnerabilidad psicológica, mala salud o una mortalidad prematura (Mclean, Maxwell, Platt y Harris, 2008). Así, si una persona evita culparse a sí misma y puede reconocer que una experiencia traumática es un hecho aislado con ramificaciones limitadas para otras áreas de su vida y percibe que puede controlar la situación adversa generadora de malestar, probablemente disminuya el riesgo de pensamientos y como consecuencia el riesgo

de tentativa suicida (Conversano y cols., 2010). También el apoyo social percibido (Pulgar-Buendía, 2010) o creencia de que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más sobre la salud mental que el apoyo social objetivo recibido en un momento determinado (Martínez-García y García-Ramírez, 1995; Thoits, 1995). Así, estudios basados en autopsia psicológica sobre personas que se habían suicidado (Cavanagh, Carson, Sharpe y Lawrie, 2003; Wong, 2006; Zonda, 2006) plantean que el 60 por cierto de los suicidas estaban viviendo solos cuando cometieron el acto. Por otra parte, vivir solo se detectó como uno de los factores de mayor riesgo de suicidio (3,92 veces mayor riesgo) en comparación con otros factores sociales de riesgo significativos.

Conclusión

Existen unas alarmantes cifras de suicidios en todo el mundo (I.A.S.P., 2010; W.H.O., 2010a, 2010b). Estas cifras informan de que el suicidio es equiparable, en términos de mortalidad, a enfermedades consideradas tradicionalmente como prioridades de salud pública en todos los países, como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o las infecciosas (Jiménez y cols., 2006). A pesar de los avances que ha experimentado la ciencia en las últimas décadas, las tasas de suicidio y las tentativas apenas se han modificado en los últimos treinta años, e incluso han aumentado en países denominados sociedades del bienestar (P.N.U.D., 2009) y empiezan a ser un problema de salud pública en economías emergentes (Baca-García y cols., 2010).

Se ha demostrado que esta conducta sigue siendo un acto multicausal y tremendamente complejo, donde todavía no se han detectado de forma clara cuales son los factores causantes y cómo dichos factores interactúan entre ellos para que, por propia voluntad, una persona decida quitarse la vida porque simplemente no soporta vivir. Sin embargo, también se ha demostrado que actualmente existen instrumentos suficientemente validados para detectar la ideación suicida en población normal (Lee y cols., 2010) y en población clínica (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995), y sin embargo, todavía la mayoría de hombres y una proporción sustancial de mujeres mueren en su primera tentativa de suicidio (Sánchez-Teruel, 2010).

Muchas investigaciones realizadas en diversos países (Lee y cols., 2007; Kilbane y cols., 2009; Nock y cols., 2009) han detectado que en el 60% de los sujetos estudiados el transito de la idea a la tentativa o la planificación del intento al acto en sí mismo depende en gran medida de variables biopsicosociales, dentro del primer año inmediatamente después del inicio de la ideación suicida (Gradus y cols., 2010), sin embargo, actualmente son escasas las políticas de salud públicas o privadas donde se contemple una detección e intervención eficaz para prevenir que muchas personas sigan matándose a sí mismas.

Futuras investigaciones deberán caminar hacia la búsqueda de un ápice de luz sobre el suicidio (protocolos eficaces de detección e intervención) y fundamentalmente hacer visible un comportamiento, la conducta suicida, que mata cada día a más gente y a edades cada vez más tempranas en esta Sociedad nuestra, a la que llamamos orgullosamente Sociedad del Bienestar.

REFERENCIAS

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M. y Hepp, U. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726-739.

A.P.A. (American Psychiatric Association) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

Anisman, H., Du, L., Palkovits, M., Faludi, G., Kovacs, G.G., Szontagh-Kishazi, P. Merali, Z. y Poulter, M.O. (2008). Serotonin receptor subtype and p11 mRNA expression in stress-relevant brain regions of suicide and control subjects. *Journal Psychiatry Neurosciencie, 33(2),* 131-141.

Astudillo, W., Mendinueta, C. y Casado, A. (2007). Cómo afrontar mejor las pérdidas en cuidados paliativos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor, 7(14),* 511-526.

Baca-García, E., Perez-Rodriguez, M.M., Keyes, K.M, Oquendo, M.A., Hasin, D.S., Grant, B.F. y Blanco, C. (2010). Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991–1992 and 2001–2002. *Molecular Psychiatry, 15(3),* 250-259.

Blazer, D. G. (2009). Depression in late life: review and commentary. *The Journal of lifelong learning in Psychiatry, 7(1),* 118-136.

Beghi, M. y Rosenbaum, J.F. (2010). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Current Opinion in Psychiatry, 23(4),* 349-355.

Berghe, W.V., Dewaele, A., Cox, N. y Vincke, J. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology, 40(1),* 153–166.

Biddle, L., Brock, A., Brookes, S. T. y Gunnell, D. (2008). Suicide rates in young men in England and Wales in the 21st century: time trend study. *Journal Medical British, 336(7643),* 539-542.

Bontempo, D.E. y D'Augelli, A.R. (2002). Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behaviour. *Journal of Adolescent Health, 30 (1),* 364–374.

Borges, G., Nock, M.K., Medina-Mora, M.E., Hwang, I. y Kessler, R.C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders, 124 (1),* 98-107.

Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. y Lawrie, S.M., (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine, 33 (2),* 395-405.

Coker, T.R., Austin, S.B. y Schuster, M.A. (2010). The Health and health care of lesbian, gay and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health, 31 (1),* 457-477.

Colucci, E y Martin, G (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide and life-threatening behavior, 38 (2),* 229-244.

Comeche, M.I., Diaz, M.I., Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios, escalas: Ansiedad, depresión y habilidades sociales.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F. and Reda, M.A. (2010). Optimism and its impact on mental and physical well-being. *Clinical Practice and Epidemiology in mental health,* 14 (6), 25-29.

Clarke, D.E., Goodwin, R.D., Messias, E. y Eaton W.W. (2008). Asthma and suicidal ideation with and without suicide attempts among adults in the United States: What is the role of cigarette smoking and mental disorders? *Annals of Allergy, Asthma and Immunology, 100 (5),* 439-446.

Denney, J.T., Rogers, R.G., Krueger, P.M. y Wadsworth, T. (2009). Adult Suicide Mortality in the United States: Marital Status, Family Size, Socioeconomic Status, and Differences by Sex. *Social Science Quarterly, 90 (5),* 1167-1185.

Dreyer, L., Kendall, S., Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E.M. y Bliddal, H. (2010). Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. Artritis and Rheumatism, *62(10),* 3101-3108.

Durkheim, E. (1897). *Le Suicide.* Paris: Alcain.

España, A. y Fernández, C. (2010). Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas. *Revista Médica de Jaén, 1 (1),* 29-32.

Eurostat (European Statistical Office of the European Commission) (2009a). *Population and Social Condition.* Luxemburgo: Office for Official Publications of the European.

Eurostat (European Statistical Office of the European Commission) (2009b). *Social Portrait of Europe.* Luxemburgo: Office for Official Publications of the European.

Fernández-Prieto, M. (2001). *Análisis comparativo entre el estilo atribucional y la autoestima en pacientes delirantes y depresivos.* Tesis doctoral no publicada. Universidad de Granada.

Fleischmann, A. (2008). World Suicide Prevention Day, 10 September 2008: Think Globally, Plan Nationally, Act Locally. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. WHO. Recuperado el 10 de octubre de 2008 en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd_2008_statement.pdf

Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A, Schlebuschj, L. y Thi Thanhk, H.T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization, 86 (9),* 703-709.

Fliege, H., Lee, J.R., Grimm, A. y Klapp, B.F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66 (6),* 477-493.

Frei, A., Han, A., Weiss, M.G., Dittmann, V. y Ajdacic-Gross, V. (2006). Use of army weapons and private firearms for suicide and homicida in the region of Basel, Switzerland. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27 (3),* 140–146.

García-León, A. y Reyes del Paso, G.A. (2010). Early risk factors for coronary artery disease. En S.Y. Bhave y S. Saini (Eds.): *AHA-Syndrome and Cardiovascular Diseases* (pp 185-199). Nueva Deli, India: Anamaya Publishers.

Garofalo, R., Cameron, R., Wissow, L.S., Woods, E.R y Goodman, E (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 153 (5),* 487-493.

González-Pinto, A.M., Vega, P. y Barbeito, S. (2010). Riesgo y predictores de suicidio en primeros episodios de psicosis afectivas y no afectivas: Un estudio de seguimiento de 5 años de pacientes de un área asistencial de Álava. 11° Congreso Virtual de Psiquiatría. Palmanova de Calvià (Mallorca).

Gottesman, I.I. y Gould, T.D. (2003). The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions. *The American Journal of Psychiatry, 160 (4),* 636–645.

Gould, M.S. y Kramer, R.A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life - Threatening Behaviour, 31 (1),* 6-32.

Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A.K., Millar, M., Lawler, E. and Lash, T.L. (2010). The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology, 2 (1),* 23-28.

Greidanus, E. y Everall, R.D. (2010). Helper therapy in an online suicide prevention community. *British Journal of Guidance and Counselling, 38 (2),* 191-204.

Gunnell, D.J. (2000). The epidemiology of suicide. *International Review of Psychiatry, 12 (1),* 21-27.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. y Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *British Medical Journal, 325 (7374),* 1207–1211.

Hawton, K. y Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet, 373 (9672),* 1372-1381.

Harth, W., Hillert, A., Hermes, B., Seikowski, K., Niemeier, V. and Freudenmann, R.W. (2009). Suicidal behavior in dermatology. Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete, *59 (4),* 289-296.

Holma, K.M., Melartin, T.K., Haukka, J., Holma, I.A.K., Sokero, T.P. y Isometsä, E.T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 167 (7),* 801-808.

I.A.S.P. (International Association for Suicide Prevention) (2010). Día Mundial de la Prevención del Suicidio-10 de Septiembre de 2010. Recuperado el 27 de junio de 2010 de http://www.iasp.info/

I.N.E. (Instituto Nacional de Estadística) (2010). Estadísticas del suicidio en España en 2008. Recuperado el 11 de marzo de 2010 de http://www.ine.es/jaxi/tabla.do.

Jorm, A.F., Fischer, J-A. y Oh, E. (2010). Effect of feedback on the quality of suicide prevention websites: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 197 (1),* 73-74.

Jiménez, L., Sáiz, P.A. y Bobes, J. (2006). Suicidio y depresión. *Humanitas, 9 (1),* 1-16.

Kilbane, E.J., Gokbayrak, N.S., Galynker, I., Cohen, L. y Tross, S. (2009). A review of panic and suicide in bipolar disorder: does comorbidity increase risk? *Journal of Affective Disorders, 115 (1-2),* 1-10.

King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. y Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry, 18 (8),* 70-87.

Lam-Po-Tang, J. y McKay, D. (2010). Dr Google, MD: a survey of mental health-related internet use in a private practice sample. *Australasian Psychiatry, 18 (2),* 130-133.

Lee, S., Fung, S.C., Tsang, A., Liu, Z.R., Huang, Y.Q., He, Y.L., Zhang, M.Y., Shen, Y.C., Nock, M.K. y Kessler, R.C. (2007). Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116 (6),* 429-37.

McMahon, E.M., Reulbach, U., Corcoran, P., Keeley, H.S., Perry, I.J. y Arensman, E. (2010). Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychological Medicine, 8 (2),* 1-9.

Manderscheid, R.W, Ryff, C.D., Freeman, E.J., McKnight-Eily, L.R, Dhingra, S. y Strine, T.W. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Preventing Chronic Disease, 7 (1),* 1-6.

Mann, J. J., Brent, D. A. y Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology, 24 (5),* 467–477.

Mann, J.J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience, 4 (10),* 819-828.

Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema,* 18 (1), 66-72.

Martínez-García, M.F y García-Ramírez, M. (1995). La perspectiva psicosocial en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social, 10 (1),* 61-73.

Masocco, M., Pompili, M., Vanacore, N., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., Tatarelli, R. y Vichi, M. (2010). Completed suicide and marital status according to the italian region of origin. *Psychiatric Quarterly, 81 (1),* 57–71.

McGowan, P.O., Sasaki, A., Huang, T.C., Unterberger, A., Suderman, M., Ernst, C., Meaney, M.J., Turecki, G. y Szyf, M. (2008). Promoter-wide hypermethylation of the ribosomal RNA gene promoter in the suicide brain. The Public Library of Science-Plos. *ONE, 3 (5),* 1-10.

McLean, J., Maxwell, M., Platt, S. y Harris, F. (2008). *Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review.* Edimburgo: Scottish Government Social Research.

Miguel, L., Lucena, J., Heredia, F., Rico, A., Marín, R., Blanco, M., Barrero, E., Soriano, M.T. y Giménez, M.P. (2005). Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004. *Cuadernos de Medicina Forense, 11 (39),* 43-53.

Miranda de la Torre, I., Cubillas, M.J., Román, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental, 32 (6),* 495-502.

Mock, G. (2005). Una mirada a la sexualidad: Del nacimiento a la pubertad. *Revista de Ciencias Sociales, 14 (2),* 22-39.

Nguyen, T.V., Dalman, C., Le, T.C., Nguyen, Thiem V., Tran, N.V. y Allebeck, P. (2010). Suicide attempt in a rural area of Vietnam: Incidence, methods used and access to mental health care International. *Journal of Mental Health Systems, 4 (3),* 1-6.

Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E. Bruffaerts, R. de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C., David R. y Williams, D. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the World Mental Health Surveys. *Plos Medicine, 6 (8),* 1-17.

Nock, M.K., Park, J.M., Finn, C.T., Deliberto, T.L., Dour, H.J. y Banaji, M.R. (2010). Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Association for Psychological Science, 21 (3),* 511-517.

Oliveira, M.L.F. y Buriola, A.A. (2009). Gravidade das intoxicações por inseticidas inibidores das colinesterases no noroeste do estado do Paraná, Brasil. *Revista Gaúcha de Efemagen, 30 (4),* 648-55.

O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud - CIE-10.* Madrid: Mediator.

O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) (2006). *Prevención del suicidio. Recurso para consejeros.* Ginebra: World Health Organization.

Palacios-Espinosa, X., Barrera, A.M., Ordóñez, M. y Peña, M.E. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana, 25 (2),* 40-62.

Patton, G.C., Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., Haller, D.M., Bose, K., Vos, T., Ferguson, J. y Mathers, C. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet, 374 (9693),* 881-892.

Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 31 (2),* 191-201.

Pérez-Amezcua, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E.E., De Castro, F., Leyva-López, A., Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica de México,* 52 (4), 324-333.

Pérez-Camarero, S. (2009). El suicidio adolescente y juvenil en España. *Revista de Estudios de Juventud,* 84 (1), 126-142.

Petrović, B., Kocić, B., Nikić, D., Nikolić, M. y Bogdanović, D. (2009). The influence of marital status on epidemiological characteristics of suicides in the southeastern part of Serbia. *Central European Journal of Public Health, 17 (1),* 41–46.

Pettingell, S.L., Bearinger, L.H., Skay, C.L., Resnick, M.D., Potthoff, S.J. and Eichhorn, J. (2008). Protecting urban american indian young people from suicide. *American Journal of Health Behavior, 32 (5),* 465-476.

Plaza, E. (2008). Guantánamo, en tierra de nadie. *Profesiones, 112 (2),* 44-45.

P.N.U.D. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2009). Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos. Recuperado el 30 de junio de 2010 de http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_ES_Indicators.pdf

[My paper]Poulter, M.O., Du, L., Weaver, I., Palkovits, M., Faludi, G., Merali, Z., Szyf, M. y Anisman, H. (2008). GABA (A) Receptor Promoter Hypermethylation in Suicide Brain: Implications for the Involvement of Epigenetic Processes. *Biological Psychiatry, 64 (8),* 645 - 652.

Pulgar-Buendía, A. (2010). Validación de la Escala de Apoyo Social AS-25. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Jaén.

Ramos, V., Rivero, R., Piqueras, J.A., García, L.J. y Oblitas, L.A. (2008). Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica, 15 (1),* 115-142.

Raspal, M. (2003). Vivir es un derecho, no una obligación. *Profesiones, 81 (1),* 42-43.

Razaeian, M., Mohammadi, M., Akbari, M. y Maleki, M. (2008). The most common method of suicide in Tehran 2000–2004. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29 (3),* 164–166.

Rodríguez-Pulido, E., Sierra, A., Doreste, J., Gracia, R. y González-Rivera, J.L. (1992). Suicide in the Canary Islands: standardized epidemiological study by age, sex, and marital status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27 (1),* 69-74.

Romero, J.L, Gamero, J.J. y Martínez, P. (2007). Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en la provincia de Cádiz (1999-2003). *Cuadernos de Medicina Forense, 13 (47),* 33-44.

Rosenbaum, J., Baraff, L.J, y Berk, M. (2008). Pediatric Emergency Department Suicidal Patients: Two-Site Evaluation of Suicide Ideators, Single Attempters, and Repeat Attempters. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47 (8),* 958-966.

Ruiz-Pérez, I. y Olry de Labry-Lima, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria, 20 (1),* 25-31.

Russell, S. T. y Joyner, K.. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 91 (8),* 1276–1357.

Ryan, C. y Futterman, D. (1997). Lesbian and Gay Youth: Care and counseling. *Adolescent Medicine, 8 (2),* 207-374.

Salas-Auvert, J.A. (2008). Control, Salud y Bienestar. *Revista Suma Psicológica, 15 (1),* 15-42.

Sánchez, H.G.T. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice, 32 (1),* 351-358.

Sánchez-Teruel, D. (2010). *Intervención psicológica en la conducta suicida.* Madrid: CEP.

Sánchez-Teruel, D., Peñaherrera, M. y Cobo, E. F. (2010). Bullying: Violencia sexual entre compañeros y en parejas adolescentes. *II Congreso Internacional de Convivencia Escolar: Variables Psicológicas y educativas implicadas.* Universidad de Almeria

Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide.* Nueva York: John Wiley and Sons Ltd.

Sisask, M., Värnik, A., Kölves, K., Bertolote, J.M., Bolhari, J., Botega, N.J., Fleischmann, A., Vijayakumar, L. y Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide? A Cross-Cultural Case-Control Study. *Archives of Suicide Research, 14 (1),* 44 - 55.

Soler, P. A. y Gascón, J. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales (3ª Ed.).* Barcelona: Masson.

Swann, A.C., Lijffijt, M., Lane, S.D., Steinberg, J.L. y Moeller, F.G. (2009). Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disorder, 11 (3),* 280–288.

Taborda, L.C. y Téllez-Vargas, J. (2010). El suicidio en cifras. En J. Téllez-Vargas y J. Forero, *Suicidio: Neurobiología: Factores de riesgo y protección* (pp. 24-41). Santa Fé de Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior, 35,* 53-79.

Ubaldo, P.N y Pérez, M.B. (2010). La necropsia psiquiátrico-psicológica como prueba pericial en muertes dudosas. Revisión de un caso médico-legal. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Palmanova de Calvià. Mallorca.

Unión Europea (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. European Union high-level conference: Bruselas (Bélgica).

Urnes, O. (2009). Self-harm and personality disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen, 129 (9),* 872-876.

Wahlbeck K. y Mäkinen M. (Eds). (2008). *Prevention of depression and suicide. Consensus paper*. Luxemburgo: European Communities.

Wasserman, D., Terenius, L., Wasserman, J. y Sokolowski, M. (2010). The 2009 Nobel conference on the role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. *Molecular Psychiatry, 15 (1),* 12–17.

Wong, P. (2006). *Risk factors for suicide in adults aged 30-49: A psychological autopsy study in Hong Kong*. Unpublished doctoral dissertation. Bond University. Australia.

W.F.M.H. (World Federation for Mental Health) (2006). World Suicide Prevention Day 2006: with understanding, new hope. En World Federation for Mental Health-WFMH: *Mental Illness and Suicide* (pp. 3-5). Baltimore: The Sheppard and Enoch Pratt Hospital.

W.H.O. (World Health Organization) (2008). Tasas de Suicidio por cada 100.000 mil habitantes por sexo y edad en España desde el año 1950 hasta el año 2005. Acceso el 8/11/2008 en http://www.who.int/mental_health/media/spai.pdf.

W.H.O. (World Health Organization) (2010a). Suicide prevention (SUPRE). Acceso el 30/06/2010 en http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.

W.H.O. (World Health Organization) (2010b). Suicide prevention (SUPRE). Acceso el 30/06/2010 en http://www.who.int/mental_health/prevention/en/.

Yip, P, Liu, K.L. y Law, C.K. (2008). Years of Life Lost from Suicide in China, 1990–2000. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29 (3),* 131–136.

Zonda, T. (2006). One-Hundred Cases of Suicide in Budapest. A Case - Controlled Psychological Autopsy Study. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27 (3),* 125-129.

Zdanowicz, N., Janne, P. y Reynaert, C.H. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? *Europe Journal Psychiatry, 18 (2),* 117-124.