



Malestar emocional y conducta suicida en la consulta de Atención Primaria: manejo práctico en adolescentes

Meritxell Fernández Laffitte^a, Joaquim Puntí Vidal^b, Marina Esteve Cerdá^c,
Berta Vilaseca García^a, Rebeca Gracia Liso^d

Publicado en Internet:
27-agosto-2025

Meritxell Fernández Laffitte:
mfernandezla01@tauli.cat

Resumen

Palabras clave:

- Adolescente
- Autolesión no suicida
- Ideación suicida
- Salud mental
- Trastornos mentales

En los últimos años, especialmente tras la pandemia por COVID-19, se ha reportado un aumento generalizado de la sintomatología ansioso-depresiva, las autolesiones no suicidas y las conductas suicidas en la población adolescente. Este manuscrito revisa la situación actual en España en relación con esta cuestión desde una perspectiva contextual, clínica y práctica, integrando datos epidemiológicos recientes, factores de riesgo individuales y sociales, así como modelos explicativos relevantes. Además, se realiza una diferenciación conceptual de los fenómenos “autolesiones no suicidas”, “ideación suicida” y “tentativa autolítica”, proponiéndose estrategias de intervención específicas para su manejo en el ámbito de la Atención Primaria pediátrica. La finalidad es ofrecer una guía útil, práctica y basada en la evidencia para detectar precozmente estas conductas y mejorar la respuesta asistencial en entornos sanitarios de primera línea.

Emotional distress and suicidal behavior in the primary care setting: practical management in adolescents

Abstract

Key words:

- Adolescent
- Mental disorder
- Mental health
- Nonsuicidal self-injury
- Suicidal ideation

In recent years, there has been an alarming increase in anxiety and depressive symptoms, non-suicidal self-injury and suicidal behaviors in the adolescent population. This article reviews the current situation in Spain from a contextual, clinical and practical perspective, integrating recent epidemiological data, individual and social risk factors, as well as relevant explanatory models. Furthermore, it differentiates the concepts of nonsuicidal self-injury, suicidal ideation and suicide attempt, and proposes intervention strategies for the primary care setting, along with specific recommendations for pediatricians. The aim is to offer a useful, evidence-based guide to facilitate the early detection of these behaviors and to improve the health care response in frontline care settings.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de transición compleja entre la niñez y la adultez, caracterizada por intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales.

Estos procesos, influenciados por factores biológicos como los cambios hormonales y por determinantes socioculturales, configuran un periodo crítico para la construcción de la identidad, la autonomía y el establecimiento de vínculos significativos.

Cómo citar este artículo: Fernández Laffitte M, Puntí Vidal J, Esteve Cerdá M, Vilaseca García B, Gracia Liso R. Malestar emocional y conducta suicida en la consulta de Atención Primaria: manejo práctico en adolescentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:299-307. <https://doi.org/10.60147/6070d2e5>

A nivel psicosocial, los adolescentes enfrentan presiones crecientes relacionadas con el rendimiento académico, la imagen corporal, la aceptación social y las expectativas familiares. La percepción de fracaso en estos ámbitos puede generar sentimientos de insuficiencia, frustración o desesperanza. No obstante, esta misma complejidad convierte la adolescencia en una fase especialmente vulnerable al malestar emocional.

En los últimos años, diversos estudios han alertado sobre un incremento preocupante de los problemas de salud mental en la población adolescente, con una especial prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, las autolesiones no suicidas y las conductas suicidas^{1,2}.

Comprender este fenómeno implica considerar no solo los factores individuales, sino también el contexto sociotecnológico actual. La generación adolescente actual ha crecido en un entorno digital intensivo, donde las redes sociales ocupan un lugar central en la socialización y en la construcción de la autoimagen. Estas plataformas, si bien pueden ofrecer espacios de expresión y apoyo, también promueven dinámicas que inciden negativamente en la salud mental.

Entre ellas se encuentran la idealización de estilos de vida inalcanzables, la presión por la validación externa, el fomento del hiperconsumo y, en algunos casos, la banalización o incluso romantización del sufrimiento psicológico. Aunque no son la única causa, las redes sociales constituyen un factor ambiental con gran peso en el desarrollo emocional de los adolescentes^{3,4}.

En este contexto, se hace imprescindible una respuesta multidisciplinar y coordinada. Dentro del sistema sanitario, la Atención Primaria pediátrica desempeña un rol estratégico. Por su cercanía, continuidad asistencial y conocimiento del entorno familiar y escolar, los y las pediatras están en una posición privilegiada para detectar precozmente signos de malestar emocional, iniciar intervenciones tempranas y orientar adecuadamente a las familias⁵.

Este artículo tiene como objetivo ofrecer un marco teórico y práctico, basado en la evidencia científica

y en la experiencia clínica, que facilite a los profesionales pediátricos herramientas para el abordaje integral del malestar emocional y la conducta suicida en la adolescencia.

MARCO TEÓRICO

Es fundamental diferenciar entre la autolesión no suicida y la conducta suicida —que incluye tanto la ideación autolítica como la tentativa suicida—, ya que, aunque pueden estar relacionadas, se trata de manifestaciones con características, niveles de riesgo e implicaciones clínicas claramente distintas.

Autolesión no suicida

La autolesión no suicida (ANS) consiste en provocarse daño físico de forma deliberada (como cortes, quemaduras o golpes) sin intención de morir. Aunque no conlleva un deseo suicida explícito, su recurrencia se asocia con un mayor riesgo de desarrollar conductas suicidas en el futuro, por lo que requiere una evaluación cuidadosa y una intervención adecuada.

La evidencia sugiere que la ANS funciona como una estrategia de afrontamiento desadaptativo ante el malestar emocional sentido. Puede tener una función intrapersonal, ayudando a regular emociones intensas o aliviar estados de angustia interna, o bien una función interpersonal, actuando como una forma de expresar el sufrimiento, influir en el comportamiento de otros o afirmar la identidad personal dentro del grupo de iguales.

Conducta suicida

Es un término paraguas que engloba un amplio espectro de pensamientos y comportamientos relacionados con la intención de acabar con la propia vida. Incluye desde la ideación suicida hasta las tentativas y el suicidio consumado. La conducta suicida no es un diagnóstico en sí mismo, sino un fenómeno clínico que puede presentarse en distintos trastornos, aunque también puede aparecer en ausencia de patología de salud mental clara.

Ideación suicida

Hace referencia a los pensamientos, deseos o planes relacionados con la propia muerte o con la idea de suicidarse. Puede variar en intensidad, desde pensamientos pasajeros sin intención real de actuar, hasta la elaboración de un plan concreto con intención de llevarlo a cabo. Su presencia debe considerarse siempre un signo de alerta que requiere una evaluación cuidadosa, aunque no implique necesariamente una acción inmediata.

Tentativa suicida (o intento suicida)

Se trata de una acción autoinfligida con la intención de morir, que no llega a resultar en el fallecimiento. La tentativa puede haber sido detenida por factores externos (como la intervención de otra persona) o por una decisión propia de no continuar. A diferencia de otros comportamientos autolesivos, la tentativa suicida incluye de forma explícita la intención de poner fin a la vida.

METODOLOGÍA

Este manuscrito se basa en una revisión narrativa sustentada en fuentes científicas nacionales e internacionales. Se ha recurrido a literatura revisada por pares, informes institucionales –Ministerio de Sanidad, OMS– y datos epidemiológicos recientes para contextualizar la conducta suicida en adolescentes^{6,7}.

El análisis integra elementos del modelo biopsicosocial, la teoría del apego, el modelo de resiliencia y la teoría antifrágil de Taleb como marcos explicativos del aumento del malestar emocional y las conductas autolesivas en esta población⁸⁻¹¹.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En las últimas décadas, la conducta suicida en la población infantojuvenil española ha aumentado de forma sostenida, constituyendo un grave problema de salud pública, especialmente en la población femenina¹². Según el Instituto Nacional de

Estadística (2022), el suicidio es ya la principal causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años, superando a los accidentes de tráfico y otras causas externas¹³.

Entre menores de edad, el incremento de tentativas autolíticas ANS ha sido especialmente notable. Este aumento ha sido particularmente acusado en adolescentes mujeres: entre 2016 y 2021, las tentativas de suicidio en chicas de 12 a 18 años crecieron casi un 195%¹⁴.

Los datos recogidos por la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), una organización española que ofrece apoyo y orientación a menores en situaciones de riesgo, como malestar emocional y conductas suicidas, a través de servicios accesibles, como su teléfono de ayuda 24 horas, reflejan también esta tendencia. Los intentos de suicidio atendidos por esta organización aumentaron casi 26 veces en ese periodo, pasando de 35 casos en 2012 a 906 en 2022. Asimismo, los casos de ideación suicida crecieron en un factor similar, revelando una realidad persistente y en expansión. En total, ANAR asistió a 9637 menores con conductas suicidas en ese periodo, de los cuales un tercio ya había iniciado un intento de suicidio al momento de la intervención⁵.

En cuanto a las ANS, las hospitalizaciones por dichas autolesiones en jóvenes de 10 a 24 años se triplicaron entre 2000 y 2020, pasando de 1270 a 4048 casos, según datos del Ministerio de Sanidad¹³. Además, estudios en población comunitaria (2005-2019) estiman una prevalencia media del 28,9% en adolescentes, con un 7,5% que se autolesiona de forma reiterada¹⁵. La edad media de inicio de estas conductas suele situarse entre los 13 y 14 años, aunque algunos estudios indican que las primeras autolesiones pueden ocurrir alrededor de los 11 años¹⁶.

FACTORES DE RIESGO Y MODELOS EXPLICATIVOS

La conducta autolesiva y suicida en la adolescencia resulta de una compleja interacción entre factores

individuales, familiares, sociales y contextuales. Estos elementos no actúan de forma aislada, sino que se entrelazan en un entramado dinámico, que puede verse exacerbado por estresores ambientales, especialmente en esta etapa vital caracterizada por la alta vulnerabilidad emocional y neurobiológica.

Factores individuales

Los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, el consumo de sustancias, la alta impulsividad y las dificultades significativas en la regulación emocional son considerados los principales factores de riesgo clínico asociados a la conducta suicida en adolescentes^{17,18}.

No obstante, estudios recientes señalan que hasta un 50% de los adolescentes que presentan ANS no cumplen criterios diagnósticos para un trastorno mental formal, lo que indica la necesidad de una evaluación cuidadosa más allá del diagnóstico psiquiátrico¹⁹.

Factores familiares

En el ámbito familiar, se han identificado múltiples factores de riesgo asociados a la conducta suicida y autolesiva, tales como conflictos parentales crónicos, negligencia, abuso físico, emocional o sexual, y estilos de crianza disfuncionales.

Destacan especialmente la invalidación emocional, la sobreprotección excesiva y la falta de apoyo afectivo, condiciones frecuentes en adolescentes con conductas autolesivas^{20,21}.

Factores sociales

A nivel social, el aislamiento interpersonal, el acoso escolar (*bullying*), la presión académica intensa y la carencia de un sentido de pertenencia son factores clave en la aparición y el mantenimiento de estas conductas²².

Las redes sociales desempeñan un papel relevante como amplificadores de la conducta autolesiva mediante el contagio emocional, el refuerzo conductual desde el entorno social y la idealización de

estas conductas. Este fenómeno es especialmente notable en espacios digitales, donde el malestar se presenta de forma estéticamente atractiva o como símbolo de identidad grupal⁴.

ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria (AP), como primer contacto con el sistema sanitario, es clave en la detección temprana y la intervención inicial de conductas autolesivas e ideación suicida en adolescentes. Los profesionales pediátricos y de medicina familiar deben estar capacitados para identificar signos de riesgo y brindar una respuesta empática, estructurada y coordinada con los servicios de salud mental.

El rol del pediatra en el abordaje de las ANS y la conducta suicida en la población infantojuvenil no se limita únicamente a su detección. Cuando la intervención se ejerce desde una postura empática, validante y basada en la evidencia, puede resultar decisiva para la prevención y el manejo del malestar emocional en la adolescencia²³.

Detección y niveles de abordaje del malestar emocional, la conducta autolesiva y la ideación suicida en adolescentes según el nivel de riesgo

La intervención clínica en conductas autolesivas y suicidas debe adaptarse al nivel de riesgo, asegurando una respuesta escalonada que brinde el apoyo adecuado y minimice el daño potencial. La evaluación clínica del adolescente con malestar emocional debe iniciarse ante signos inespecíficos pero sugestivos de sufrimiento psíquico, como alteraciones del sueño, cambios en la alimentación, irritabilidad, deterioro escolar y variaciones en el comportamiento social.

Es fundamental realizar una anamnesis detallada que incluya eventos estresantes recientes, la dinámica familiar, el consumo de sustancias y antecedentes de autolesiones o ideación suicida. La evaluación debe ser integral, incorporando tanto la perspectiva del adolescente como la de su entorno cercano. Por ello, es importante recabar información

de familiares, cuidadores o referentes escolares para comprender mejor el contexto psicosocial.

Asimismo, se recomienda identificar factores protectores —como vínculos afectivos, actividades gratificantes, metas personales o la conexión con animales— y explorar antecedentes de trauma, negligencia o acoso, así como la dinámica familiar, con el fin de determinar la necesidad de intervenciones psicosociales específicas.

Riesgo bajo (ANS o ideación suicida pasiva/ ocasional)

En este nivel, el adolescente no presenta ideación suicida activa ni planificación concreta para un acto suicida, pero las conductas autolesivas o síntomas emocionales relevantes requieren atención. La intervención inicial puede desarrollarse en AP, con seguimiento regular para monitorear la evolución.

La actuación recomendada incluye:

- Realizar una evaluación detallada del contexto emocional, familiar y social, prestando atención a factores desencadenantes del malestar, duración e intensidad de síntomas y grado de afectación funcional.
- Ofrecer un plan de intervención que incluya apoyo y psicoeducación enfocada en la gestión del estrés y la regulación emocional, además de fortalecer los factores protectores, brindar pautas de activación conductual y psicoeducar al entorno familiar (fomentando el acompañamiento emocional, promoviendo estilos de vida saludables y rutinas estructuradas).
- Garantizar un seguimiento cercano para detectar cambios en la sintomatología y ajustar el plan terapéutico según sea necesario.
- Derivar a servicios especializados de salud mental y/o sociales si se identifican comorbilidades que requieran una intervención especializada.

Riesgo moderado (ideación suicida recurrente sin planificación)

El adolescente presenta pensamientos suicidas persistentes, pero sin una planificación concreta.

Aunque el riesgo es inferior al de los casos con planificación activa, requiere atención urgente y una intervención estructurada. La coordinación estrecha con los recursos de salud mental y la monitorización continua del estado emocional son fundamentales.

La intervención debe incluir los pasos recomendados en casos de riesgo bajo, incorporando además las siguientes acciones:

- Derivar al adolescente a un centro de salud mental infantojuvenil.
- Evitar que permanezca sin supervisión, especialmente en fases iniciales, asegurando un entorno seguro y contenedor.
- Impedir el acceso a métodos letales (instruir a los padres sobre la retirada del acceso a los fármacos por parte del adolescente).
- Garantizar el acceso prioritario a intervenciones psicosociales adaptadas a sus necesidades clínicas.

Riesgo alto o inminente (ideación estructurada, planificación detallada o intento reciente)

Cuando el adolescente presenta una ideación suicida estructurada, un plan concreto o ha realizado un intento reciente, se considera un caso de alto riesgo que exige intervención inmediata. La prioridad es garantizar la seguridad, activar protocolos de urgencia y proporcionar atención especializada de forma rápida.

Las acciones recomendadas incluyen:

- Activar servicios de urgencias psiquiátricas y derivar al menor a un centro hospitalario o unidad de crisis.
- Informar de manera clara a los tutores legales, implicándolos activamente en el proceso.
- Aplicar un protocolo de prevención del suicidio que incluya la restricción de medios letales.
- Asegurar la supervisión continua del menor mientras se coordina la atención especializada.
- Brindar contención emocional inmediata para reducir la angustia y reforzar la percepción de apoyo.

- Establecer un plan de seguimiento desde AP con revisiones periódicas, fortaleciendo el vínculo asistencial y la continuidad del cuidado.

RECOMENDACIONES PARA PEDIATRAS

El pediatra no solo cumple una función clave en la detección de las ANS y la conducta suicida en adolescentes, sino que su intervención, si es empática, validante y basada en la evidencia, puede ser determinante en su prevención y abordaje²⁴.

Coordinación asistencial

Es fundamental asegurar una coordinación efectiva y sostenida entre AP, Salud Mental, Servicios Sociales y el entorno educativo, estableciendo vínculos de colaboración sólidos. La continuidad asistencial y la asignación de un referente terapéutico estable resultan esenciales para garantizar una intervención eficaz frente a factores de riesgo.

Comunicación

Una comunicación adecuada y empática es fundamental en la evaluación y abordaje del malestar emocional en los adolescentes. Se recomienda utilizar preguntas abiertas, adaptadas a su edad y nivel de desarrollo, para fomentar un clima de confianza. Es clave explorar factores protectores (intereses, vínculos, metas) y posibles comorbilidades, así como recabar información del entorno cercano (familiares o cuidadores) para obtener una visión integral del caso.

En todos los niveles de riesgo, debe evitarse la minimización del sufrimiento emocional mediante frases invalidantes como “no tienes motivos para sentirte así”, que pueden intensificar sentimientos de incomprensión y aislamiento. Es preferible adoptar una actitud de escucha activa y sin juicios, especialmente ante expresiones de desesperanza o ideación suicida.

El seguimiento continuado refuerza la relación terapéutica y permite ajustar la intervención a lo largo del proceso de recuperación.

Prevención y promoción de la salud mental

Como figura sanitaria de referencia, el pediatra desempeña un rol fundamental en la prevención primaria del malestar emocional en adolescentes. Se recomienda integrar la educación emocional y el fomento de la resiliencia en las consultas habituales, así como mantener una actitud proactiva ante signos precoces de sufrimiento psíquico (cambios de conducta, aislamiento, alteraciones del sueño o apetito).

DISCUSIÓN

La creciente prevalencia de conductas autolesivas y suicidas en la población adolescente constituye una de las principales preocupaciones de salud pública a nivel global. Los datos epidemiológicos analizados reflejan una clara tendencia al aumento del malestar emocional y de estas conductas, especialmente entre mujeres jóvenes¹⁸.

Aunque las ANS no implican un intento directo de acabar con la vida, deben considerarse un factor de riesgo significativo para la ideación suicida¹⁹. Es relevante destacar que un porcentaje importante de adolescentes que se autolesionan no presenta diagnósticos psiquiátricos formales, lo que subraya la necesidad de un enfoque clínico holístico que contemple factores psicosociales y emocionales²¹.

En este contexto, la AP se posiciona como puerta de entrada fundamental al sistema sanitario. Pediatras y profesionales de primer nivel, mediante una actitud empática y formación adecuada, pueden detectar precozmente signos de sufrimiento emocional y activar una intervención oportuna, evitando el agravamiento de la situación.

El abordaje clínico debe sustentarse en el modelo biopsicosocial⁸, que no solo considera el tratamiento de la conducta, sino también los factores subyacentes. Promover la resiliencia, fortalecer vínculos afectivos, fomentar habilidades de afrontamiento y generar redes de apoyo son pilares fundamentales tanto para la prevención como para el tratamiento.

La intervención efectiva requiere una coordinación estrecha entre AP, Salud Mental, Servicios Sociales,

escuelas y familias. Esta colaboración interinstitucional posibilita una respuesta integral, continua y adaptada a las necesidades del adolescente. Asimismo, la implicación familiar, la creación de entornos seguros y la restricción del acceso a medios letales son estrategias clave en la prevención del suicidio⁷.

Finalmente, la capacitación continua de los profesionales de AP y el acceso ágil a recursos especializados son esenciales para garantizar una atención eficaz. A largo plazo, es imprescindible fortalecer la investigación, la prevención y la intervención temprana para frenar esta problemática creciente y mejorar la salud mental de la población adolescente.

CONCLUSIONES

1. La conducta autolesiva y suicida en la adolescencia constituye una emergencia de salud pública. Los datos epidemiológicos actuales reflejan un alarmante aumento de estas conductas, lo que resalta la urgente necesidad de implementar medidas preventivas y de intervención temprana. La adolescencia, como etapa de desarrollo, es particularmente vulnerable a factores emocionales y sociales que pueden desencadenar el sufrimiento psicológico.
2. Es esencial diferenciar entre las ANS y la conducta suicida. Aunque ambas conductas comparten raíces comunes, cada una requiere un enfoque específico en su diagnóstico y tratamiento. Las ANS, aunque graves, no siempre conllevan un riesgo suicida inminente, pero deben ser atendidas para evitar que se conviertan en un mecanismo de afrontamiento disfuncional crónico. Por otro lado, la conducta suicida debe recibir atención urgente, con una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio.
3. El papel de la AP es fundamental como puerta de entrada al sistema de salud. Los pediatras y otros profesionales de AP están en una posición única para identificar signos tempranos de sufrimiento emocional y comportamientos autolesivos.
4. Las intervenciones deben basarse en la escucha activa, la validación emocional y la coordinación interinstitucional. El tratamiento de las conductas suicidas y autolesivas requiere una respuesta integrada que involucre no solo a los profesionales de la salud, sino también a los servicios sociales, educativos y familiares. La coordinación entre estos actores es clave para garantizar que el adolescente reciba una atención continua y adecuada.
5. Es necesario fomentar la resiliencia, el sentido de pertenencia y los vínculos seguros. Estos factores protectores son esenciales para prevenir el malestar emocional en la adolescencia. El fortalecimiento de la autoestima y las habilidades de afrontamiento, así como la creación de redes de apoyo estables, son estrategias preventivas que deben ser promovidas tanto a nivel individual como comunitario.
6. La formación continua de los profesionales de AP y otros agentes involucrados en la atención al adolescente es crucial. Los pediatras deben estar equipados con las herramientas adecuadas para identificar, intervenir y derivar a los adolescentes con conductas autolesivas o suicidas, garantizando una atención rápida y eficaz. Además, es necesario que los equipos de salud mental estén disponibles para orientar dichas actuaciones, coordinar y ofrecer apoyo especializado en casos complejos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Contribución de los autores: búsqueda, selección y análisis crítico de la literatura, redacción inicial del manuscrito (MFL, JPV), revisión técnica y conceptual del texto, sugerencias sustanciales para su mejora: claridad, rigurosidad científica y relevancia clínica del contenido (MEC, BVG, RGL).

ABREVIATURAS

ANAR: Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo • **ANS:** autolesión no suicida • **AP:** Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
2. Organización Mundial de la Salud. La salud mental de los adolescentes. 2021 [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health
3. Twenge JM, Spitzberg BH, Campbell WK. Less in person social interaction with peers among U.S. adolescents in the 21st century and links to loneliness. *J Soc Pers Relat*. 2019;36(6):1892-913. <https://doi.org/10.1177/0265407519836170>
4. Moreno MA, Ton A, Selkie E, Evans Y. Secret Society 123: Understanding the language of self harm on Instagram. *J Adolesc Health*. 2016;58(1):78-84. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.015>
5. Fundación ANAR. Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022). Madrid; 2023 [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf
6. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Madrid; 2022 [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en www.sanidad.gob.es/areas/calidad/Asistencial/estrategias/saludMental/home.htm
7. World Health Organization. Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva; 2021 [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/341726>
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
9. Bowlby J. Attachment and loss. Volume 1: Attachment. New York: Basic Books; 1969.
10. Masten AS. Ordinary magic: Resilience in development. New York: Guilford Press; 2014.
11. Taleb NN. Antifragile: Things That Gain from Disorder. New York: Random House; 2012.
12. Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak O, Cha CB, Esposito EC, et al. Annual Research Review: A meta analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):294-308. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13150>
13. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2021. Madrid; 2022 [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
14. Ministerio de Sanidad. Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. Portal Estadístico del SNS; 2022 [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en www.sanidad.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm
15. Fergusson DM, Woodward LJ. Protective factors and youth suicide: a 16 year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(2):146-54.
16. Observatorio del Suicidio en España. Informe 2022. Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FEPS); 2023 [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en: www.fsme.es
17. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1754):20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
18. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
19. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300-10. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
20. Huang X, Ribeiro JD, Franklin JC. The differences between individuals engaging in nonsuicidal self-injury and suicide attempt are complex (vs. complicated or simple). *Front Psychiatry*. 2020;11:239. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00239>
21. Toth SL, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(6):1006-16. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1006>

22. Yates TM, Tracy AJ, Luthar SS. Nonsuicidal self injury among “privileged” youths: Longitudinal and cross sectional approaches to developmental process. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(1):52-62. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.52>
23. Holt MK, Vivolo Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL. Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta analysis. *Pediatrics*. 2015;135(2):e496-e509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>
24. American Academy of Pediatrics. Suicide Prevention Campaign Toolkit [en línea] [consultado el 01/07/2025]. Disponible en www.aap.org/en/newsroom/campaigns-and-toolkits/suicide-prevention/?srsltid=AfmBOoopwVBv1NOMaIVZ6ZcFHHIbN5vw4HqmRcO0WbeZlFEuLYN_5OgX