

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN
DE LA FUNDACIÓN ANAR



ESTUDIO DE LA FUNDACIÓN ANAR

CONDUCTA SUICIDA Y SALUD MENTAL

EN LA INFANCIA Y
LA ADOLESCENCIA
EN ESPAÑA
(2012-2022),
SEGÚN SU PROPIO
TESTIMONIO



**CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN
DE LA FUNDACIÓN ANAR**



ESTUDIO DE LA FUNDACIÓN ANAR

**CONDUCTA SUICIDA
Y SALUD MENTAL**

**EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
EN ESPAÑA (2012-2022),
SEGÚN SU PROPIO TESTIMONIO**

CREATIVE COMMONS



“Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio”, 2022

Fundación ANAR utiliza una licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. (CC BY-NC-SA 4.0)

Esto significa que puede copiar, difundir, y remezclar los contenidos del Estudio siempre y cuando no obtenga un beneficio económico de ellos, y siempre que utilice el mismo tipo de licencia: la CC-BY-NC-SA. Nos tendrá que citar y enlazar la fuente y el autor del contenido que utilice. Si quiere utilizar sus contenidos con finalidades directa o indirectamente comerciales, póngase en contacto con nosotros/as para que valoremos la autorización.

Utilizaremos una licencia abierta porque creemos en la difusión de conocimiento como un bien común, y queremos que llegue a cuanta más gente mejor, compartiendo nuestros contenidos en su blog, web personal o redes sociales.

FUNDACIÓN ANAR

Avenida de América, 24, 1º planta. 28028 Madrid

Tfno.: 91 726 27 00. Fax: 91 726 76 00

www.anar.org

Centro de Estudios e Investigación ANAR

Autores

COORDINADOR

Benjamín Ballesteros

DIRECCIÓN TÉCNICA

María Jesús Campo

EQUIPO TÉCNICO PRINCIPAL

Jorgina Garrido, Tania Ponce, Diana Díaz

COLABORADORES/AS

Cristina Villarrubias, Mercedes Lumbreras, Martín Herrero, M^a Jesús Morel, Sandra García, Luis Dastis, Sonsoles Bartolomé, Ana María Moreno, Belén Reguera, Mónica Pasquín

MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN

Lerko Print, S.A.

DEPÓSITO LEGAL

M-30392-2022



Índice

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. PRESENTACIÓN FUNDACIÓN ANAR.....	7
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	11
2. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	15
2.1. OBJETIVOS Y ALCANCE	15
2.2. METODOLOGÍA	16
3. MARCO TEÓRICO	23
3.1. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES	23
3.1.1. EN EL MUNDO	23
3.1.2. EN EUROPA.....	26
3.1.3. EN ESPAÑA.....	28
3.2. CONCEPTO Y TEORÍAS EXPLICATIVAS	33
3.3. PREVALENCIA DE IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES	38
3.4. FACTORES DE RIESGO DE IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES	38
3.4.1. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICs) E IDEAS/INTENTO DE SUICIDIO	41
3.4.2. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA E IDEAS/INTENTO DE SUICIDIO	43
3.4.3. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS EN ADOLESCENTES Y RIESGO DE SUICIDIO	44
3.5. FACTORES DE PROTECCIÓN DE IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES.....	44
4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	47
4.1. VISIÓN GENERAL DE LA EVOLUCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA (2012-2022).....	47
4.2. ANÁLISIS EVOLUTIVO Y PROFUNDO DEL FENÓMENO (2019-2022).....	50
4.2.1. PERFIL DE LAS LLAMADAS	52
4.2.2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE.....	55

4.2.3.	TIPO DE FAMILIA DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE CON CONDUCTA SUICIDA.....	66
4.2.4.	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA SUICIDA	72
4.2.5.	PROBLEMAS ASOCIADOS Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	76
4.2.6.	IMPLICACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS.....	88
4.2.7.	COLECTIVOS VULNERABLES	91
4.2.8.	PERFIL DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE CON CONDUCTA SUICIDA	97
4.3.	FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	100
4.3.1.	FACTORES DE RIESGO	100
4.3.2.	FACTORES DE PROTECCIÓN	106
4.4.	RESOLUCIÓN, DERIVACIONES E INTERVENCIONES	108
4.4.1.	RESOLUCIÓN	108
4.4.2.	DERIVACIONES	110
4.4.3.	INTERVENCIONES.....	115
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	117
5.1.	CONCLUSIONES	117
5.2.	RECOMENDACIONES	131
5.2.1.	RECOMENDACIONES GENERALES	131
5.2.2.	RECOMENDACIONES PARA MADRES Y PADRES	137
5.2.3.	RECOMENDACIONES PARA LOS/AS ADOLESCENTES.....	141
5.2.4.	RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES.....	144
6.	ANEXOS	147
6.1.	ANEXO I. PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL SUICIDIO.....	147
6.2.	ANEXO II. MANIFIESTO CONTRA EL SUICIDIO EN LA INFANCIA.....	150
6.3.	ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS, ILUSTRACIONES E IMÁGENES	154
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159

1

Introducción

1.1. Presentación Fundación Anar

La Fundación ANAR (Ayuda a Niños/as y Adolescentes en Riesgo) es una organización sin ánimo de lucro, cuyos orígenes se remontan a 1970, y se dedica a la promoción y defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y desamparo, mediante el desarrollo de proyectos tanto en España como en Latinoamérica, en el marco de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas.

Desde sus comienzos, la Fundación trabaja con los Hogares ANAR, casas de acogida para niños, niñas y adolescentes carentes de un ambiente familiar adecuado.

En 1994 pone en marcha el Teléfono ANAR de Ayuda a Niños, Niñas y Adolescentes en Riesgo (900 20 20 10), línea gratuita y confidencial que opera en todo el territorio nacional las 24 horas del día y durante todo el año. Este teléfono ofrece de forma inmediata ayuda psicológica, social y jurídica a niños/as y adolescentes con problemas o en situación de riesgo.

También, desde 1994, está operativo el Teléfono ANAR de la Familia y los Centros Escolares (600 50 51 52), servicio de atención dirigido a adultos/as que necesitan orientación en temas relacionados con la infancia y la adolescencia.

Desde 2010 funciona el Teléfono ANAR para casos de Niños y Niñas Desaparecidos/as, número único armonizado de la Unión Europea, que ofrece apoyo psicológico y emocional a las familias durante las 24 horas, asesoramiento jurídico y social, ayuda a las denuncias y conexión inmediata con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, así como con la red de todos los 116000 de Europa.

Desde el año 2009 ANAR tiene firmado un Convenio con la Secretaría de Estado de Igualdad del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el Teléfono de atención a las víctimas de malos tratos por violencia de género a niñas y adolescentes.

El Teléfono ANAR desde su creación ha sido el teléfono para la atención de casos de acoso escolar, uno de los problemas que afectan con más gravedad y diariamente a los niños/as y adolescentes. Con fecha 8 de agosto de 2018, el Ministerio de Educación y Formación Profesional adjudica la gestión del Servicio de Atención Telefónica Contra el Acoso Escolar y Malos Tratos en el ámbito de centros escolares del sistema educativo español (900 018 018) a la Fundación ANAR.

El Email ANAR, operativo desde 2007, es otro canal de comunicación para prestar asistencia a niños/as y adolescentes, así como a personas adultas y profesorado, al que se accede a través de www.anar.org.

En 2017, adaptándonos a las nuevas formas de comunicación de los/as más jóvenes, pusimos en marcha el **Chat ANAR**, nuevo programa de ayuda a la infancia y adolescencia a través de las nuevas tecnologías.

La Fundación ANAR, cuenta con un **observatorio privilegiado de la Infancia y Adolescencia**, gracias a que posee una gran Base de Datos (más de 6 millones de registros), proveniente de sus 28 años de atención telefónica a niños/as, adolescentes y personas adultas de su entorno, con información muy valiosa, muy difícil de obtener a través de una encuesta o entrevista tradicional, gracias al anonimato y confidencialidad que ofrecen sus Líneas telefónicas. A través de su **Centro de Estudios e Investigación**, realiza rigurosos y reconocidos Informes y Estudios sobre la situación de niños/as y adolescentes en España.

ANAR también está presente en colegios e institutos, en los que realiza acciones formativas con el alumnado, el profesorado, los padres y las madres. El proyecto “Buentrato” ha sido reconocido por UNICEF como ejemplo de Buenas Prácticas en la participación infantil a favor de la prevención de la violencia contra la infancia.

Con la misma filosofía que en España, **la Fundación ANAR ha consolidado su presencia en Latinoamérica**, impulsando la apertura de Hogares de Acogida en Colombia y el Teléfono ANAR en Perú.

Actualmente **la Fundación ANAR es miembro de diversas redes de Ayuda a la Infancia:**

- Child Helpline International- CHI
- Missing Children Europe- MCE
- Centro Nacional de Desaparecidos- CNDES
- Plataforma de Organizaciones de Infancia- POI
- Asociación Española de Fundraising- AEF
- Plataforma Estatal de Voluntariado-PEV
- Federación de Voluntariado de la Comunidad de Madrid-FEVOCAM

Además, **la Fundación ANAR tiene firmado un Convenio de Colaboración con los diferentes Ministerios del Gobierno de España:**

- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030
- Ministerio de Igualdad
- Ministerio de Interior
- Ministerio de Justicia
- Ministerio de Educación y Formación Profesional

Características comunes de las Líneas de Ayuda ANAR:

Todas las Líneas de Ayuda trabajan con las mismas características que son las siguientes:

- Disponible 24 horas
- 365 días del año

- Servicio gratuito
- Confidencialidad y anonimato
- Para toda España
- Atendido por psicólogos/as apoyados por el Departamento Jurídico y Social.
- Atendidas por profesionales

El Teléfono ANAR está formado por 3 departamentos que trabajan coordinadamente para ofrecer la mejor orientación posible a los niños/as y adolescentes:

- *Orientadores/as*: Psicólogos/as expertos/as en materia de infancia-adolescencia.
- *Departamento Jurídico*: Licenciados/as en Derecho especializados/as en infancia y adolescencia.
- *Departamento Social*: Trabajadores/as Sociales formados/as y especializados/as en infancia y adolescencia.

Niveles de Respuesta de las Líneas de Ayuda ANAR

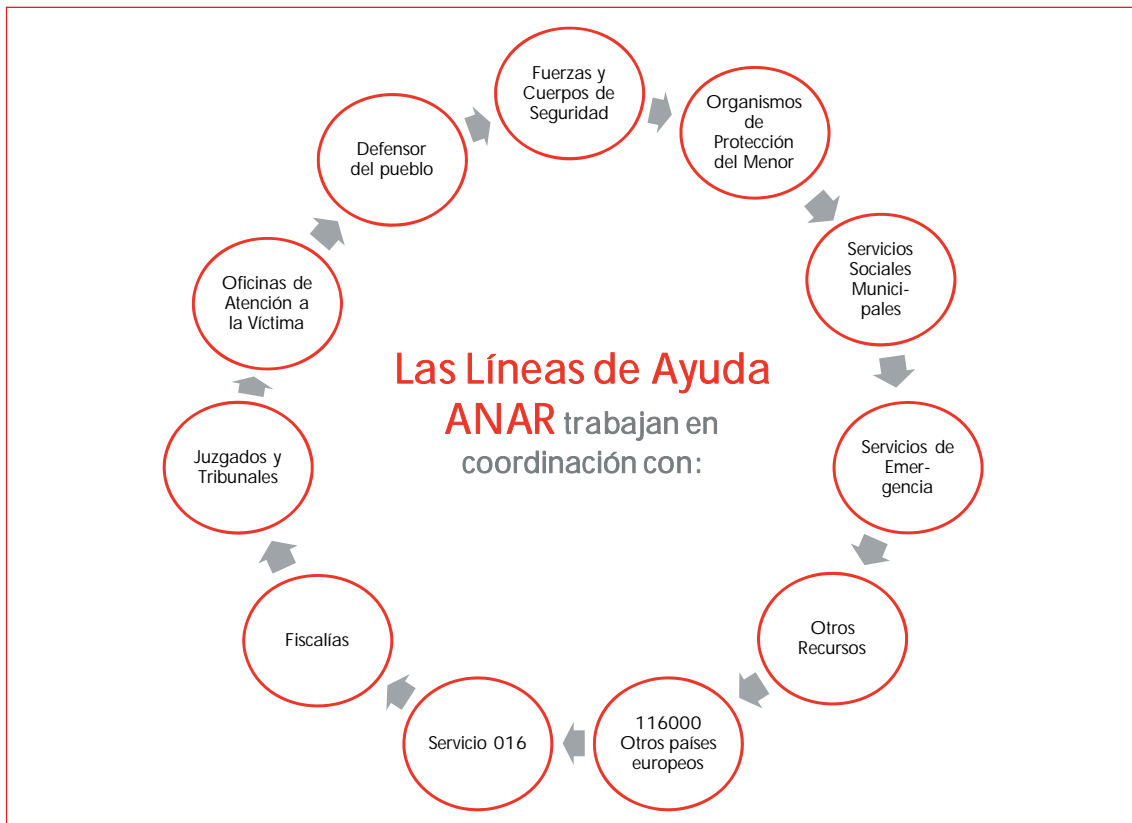
Ante la llamada de un niño/a y/o adolescente el equipo de profesionales de ANAR resolverá el caso, según la situación planteada, en función de tres niveles:

1. *Orientación*: se ofrece orientación psicológica y se busca conjuntamente con el niño/a y adolescente una solución a su problema, con el apoyo de su entorno y figuras de referencia (ambos cónyuges, abuelos/as, resto de la familia, profesorado, etc.).
2. *Derivación*: Cuando no es posible ni conveniente resolver el problema sin que intervenga un organismo, entidad o profesional. En estos casos, además de facilitar la orientación necesaria, se deriva a los recursos sociales, educativos, sanitarios, policiales y/o jurídicos procedentes en cada caso.
3. *Intervención*: Cuando nadie en su entorno puede ayudarle y existe una situación de riesgo o desamparo por abandono, maltrato, agresión sexual o cualquier otra situación de emergencia, se traslada el caso a los organismos o autoridades pertinentes y posteriormente se hace el seguimiento.

El Teléfono ANAR: puerta de entrada al Sistema de protección español

Con el objetivo de llegar a ayudar a los niños/as y adolescentes siendo eficaces y eficientes, los equipos de abogados/as y trabajadores/as sociales, haciendo uso de la guía de recursos de infancia ANAR, establecen contactos con los/as profesionales de toda la geografía española estableciendo la relación necesaria para poder dar la cobertura a los niños/as y adolescentes en riesgo.

Imagen 1. Organismos y Servicios con los que trabaja ANAR



Fuente: elaboración propia.

Por último, y en el marco del presente estudio, cabe resaltar la importancia del Teléfono/Chat ANAR para la prevención de la salud mental y, concretamente del suicidio en la infancia y adolescencia. Estas Líneas de Ayuda recogen las voces de muchos/as niños/as y adolescentes que presentan ideación y/o intento de suicidio, así como otros problemas de salud mental.

Tras la experiencia de 28 años de las Líneas de Ayuda ANAR, sabemos que los niños, niñas y adolescentes no cuentan directamente su ideación suicida o problemática más grave, sino que comienzan a hablar de sus preocupaciones diarias y, detrás de su conducta suicida se encuentran situaciones de muy diversa índole como acoso escolar, agresión sexual, maltrato físico, problema de autoimagen, etc. Es decir, la ideación suicida es el síntoma de todas estas problemáticas que hay que saber resolver.

Gracias a la pericia y formación de 400 horas de nuestro equipo de psicólogos/as expertos/as en infancia y adolescencia, los/as menores de edad se atreven a verbalizar sus pensamientos relacionados con el suicidio, y como utilizan mecanismos nocivos de huida y escape como el suicidio o las fugas.

El niño/a o adolescente puede presentar planteamientos extremos e irracionales como solución drástica a sus problemas o visión túnel, que el psicólogo/a de ANAR abordará durante su ayuda, adaptando la información a su comprensión y evaluando sus recursos personales y familiares que le ayuden a hacer frente al problema. Igualmente le derivará al recurso del ámbito socio sanitario más adecuado para que pueda recibir ayuda, teniendo en cuenta la mayoría de edad sanitaria para acudir por sí mismo/a o acompañado/a de sus progenitores o responsables legales.

Cuando desde las Líneas de Ayuda ANAR se valora que el niño/a o adolescente se encuentra en una situación de riesgo o emergencia por intento de suicidio ya iniciado, el desafío de nuestro equipo de psicólogos/as es poder actuar inmediatamente.

ANAR tiene protocolos desarrollados para la atención de suicidio y autolesiones desde hace 28 años, con los máximos estándares de calidad nacionales e internacionales, y en función de la valoración individual del caso, se coordinará las 24 horas con los organismos competentes a nivel nacional (112, Fuerzas y Cuerpos de seguridad, etc.). La Fundación ANAR tiene firmado un Convenio de Colaboración con el Ministerio del Interior y protocolos con Fuerzas y Cuerpos de seguridad y Policías autonómicas para poder actuar ante cualquier situación de riesgo.

Después de la emergencia hay que dar una continuidad a esos casos dando traslado a los organismos competentes, ya que el problema que ha motivado ese intento de suicidio sigue ahí. La Fundación ANAR cuenta con una Guía de Recursos de Infancia y Adolescencia, que recoge más de 17.000 recursos de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas de España.

En definitiva, las Líneas de llamada y chat ANAR dan espacio a las voces de millones de niños/as y adolescentes que presentan ideación e intento de suicidio.

1.2. Justificación del estudio

Con este estudio, la Fundación ANAR quiere, por un lado, concienciar a la sociedad de los problemas, enfocándose principalmente en los de salud mental, que subyacen tras una ideación o intento de suicidio de un niño/a o adolescente, con el fin de favorecer su prevención, y, por otro, contribuir a visibilizar un fenómeno, que a menudo pasa desapercibido, y cuyo alarmante aumento vienen detectando, en los últimos años, los psicólogos/as orientadores/as que atienden sus Líneas de Ayuda.

Igualmente, la Fundación ANAR, a través de este estudio, quiere hacer llegar esta información a los poderes públicos para que puedan adoptar medidas tanto de políticas públicas de salud mental y de prevención de la conducta suicida, como a nivel legislativo en relación con los riesgos o canales a los que acceden los niños/as y adolescentes que contribuyen a aumentar la probabilidad de que la conducta suicida se dé.

La Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS (2013), define la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La salud mental, por tanto, no se circunscribe a los problemas mentales, ni siquiera a la ausencia de estos, sino que tiene que ver con un estado de bienestar emocional, en el que, a los determinantes de carácter individual, se les unen factores sociales, culturales, económicos, políticos o medioambientales.

Por su parte, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, periodo 2022-2026, identifica como población objeto de análisis a toda la población, no sólo a aquella que haya desarrollado una sintomatología o recibido un diagnóstico, y se detiene especialmente en la población intantojuvenil como especial población de riesgo. Esta Estrategia así mismo apuesta por un enfoque biopsicosocial de la salud mental.

La salud mental y, en concreto, la conducta suicida en la infancia y adolescencia constituye una de las problemáticas más complejas de la salud pública, requiriendo de abordajes multifactoriales que impliquen la coordinación de organismos públicos y privados, así como de

las entidades del Tercer sector dedicadas a la prevención, detección y atención de la salud mental en la infancia y adolescencia.

Dentro de los problemas de salud mental, uno de los que ha experimentado un mayor crecimiento en los últimos años ha sido el del suicidio, siendo uno de los más preocupantes, por tratarse del más grave y con peores consecuencias para los niños/as y adolescentes. Normalmente, la conducta suicida se comporta como un síntoma de otro problema complejo o grave para el/la menor de edad, que no sabe cómo afrontar, y en el que el suicidio se presenta como una forma de escapar o de huir, así como una manera irracional de resolver el problema. Con frecuencia suele haber un problema de salud mental o de otro tipo subyacente y un suceso estresante que lo desencadena. Es un fenómeno del que la Fundación ANAR viene advirtiendo a la sociedad por su alarmante crecimiento y que la pandemia COVID-19 no ha hecho más que agravar y visibilizar.

Distintos organismos, tanto internacionales como nacionales, recogen un crecimiento del suicidio infantil y adolescente, así como de los comportamientos de riesgo. Además, existen pocos estudios epidemiológicos sobre el comportamiento suicida. La mayoría de los estudios se centran en casos de suicidio consumado, por lo que las cifras obtenidas probablemente subestiman la prevalencia real de la conducta suicida. No obstante, se sabe que la ideación suicida es más frecuente que los intentos autolíticos y estos son más prevalentes que los suicidios consumados.

Según datos del Observatorio de Salud Mundial de la OMS, en el año 2019 se registraron en el mundo un total de 167.917 suicidios en población menor de 29 años, 10.196 en niños menores de 15 años y 157.751 en jóvenes entre 15 y 29 años. Concretamente, en este último intervalo de edad, el suicidio consumado supuso la cuarta causa principal de muerte en 2019 a nivel mundial (OMS, 2021), siendo en España la segunda causa de muerte tras los tumores malignos (FSME, 2019). Respecto a la conducta suicida no letal, en Europa (Castillejos et al., 2021) también encontraron más riesgo en la población adolescente.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020), en 2020 hubo un total de 314 suicidios, 14 de niños/as menores de 15 años y 300 de jóvenes entre 15 y 29 años. En cuanto a la tendencia, los datos del INE de los 4 últimos años disponibles, 2017, 2018, 2019 y 2020, muestran que en menores de 15 años se contabilizaron 13, 7, 7 y 14 muertes por suicidio y en el grupo de 15 a 29 años se registraron 273, 268, 309 y 300 suicidios, respectivamente. Durante el año 2021, la Fundación ANAR pudo ayudar a 2.709 niños/as o adolescentes con conducta suicida (ideación e intento), de los/as cuales, 748 ya habían iniciado la autolisis suicida cuando se pusieron en contacto con ANAR, evitando así que se incrementara significativamente el porcentaje de suicidios consumados en estos colectivos.

La etapa de la adolescencia, que la OMS y UNICEF consideran entre los 10 y 19 años, es una etapa de riesgo, con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales. El fin de la infancia y el comienzo de la adolescencia suelen ser períodos difíciles que presentan múltiples desafíos, tales como cambios corporales y hormonales, crisis de identidad, mayores responsabilidades escolares, relaciones personales turbulentas o mayor consciencia de los conflictos familiares entre otros, lo cual puede exacerbar su malestar y estrés.

Los datos existentes señalan que la conducta suicida se da con más frecuencia en la población adolescente, en particular entre los 15 y 19 años de edad, y en la edad adulta, que en los/as menores de edad que no han llegado a la pubertad. No obstante, “el suicidio también se da

en niños/as y preadolescentes, por lo que este problema potencial no debe ser subestimado” (Elia, 2021).

A pesar de la existencia de diversos enfoques orientados a comprender el fenómeno del suicidio, muchos aspectos siguen permaneciendo invisibilizados y silenciados, por lo complejo y delicado de la temática. Además, aunque la OMS lo define como un problema prevenible, aún supone una gran carga de morbimortalidad, puesto que se trata de un problema muy desconocido con pocos estudios que ofrezcan datos serios y confiables de este fenómeno, que pongan de manifiesto la necesidad de crear políticas públicas transversales.

El suicidio constituye una prioridad global de salud pública y los datos disponibles ponen de manifiesto que puede prevenirse y que, para ello, es necesario un enfoque multisectorial que desarrolle estrategias eficaces de prevención. Sin embargo, el estigma hacia esta problemática hace que muchas personas no soliciten ayuda o, aunque la busquen, los servicios sanitarios no ofrezcan una intervención adecuada (OMS, 2019).

El término conducta suicida hace referencia a un amplio abanico de conductas que van desde la idea de muerte, seguido por la ideación suicida (pensamiento sobre el suicidio), la planificación (elaboración de un plan para suicidarse y contar con los medios necesarios para realizarlo), así como el intento de suicidio considerado como el acto que una persona lleva a cabo de forma voluntaria para acabar con su vida sin llegar a la consumación, y finalmente el suicidio consumado como el acto por el cual una persona se quita la vida. Se trata de un problema de salud pública y todos somos agentes de prevención (OMS, 2014).

El suicidio infantil, entendido como el acto por el cual el niño/a provoca voluntariamente su muerte, es un fenómeno complejo y difícil de explicar.

Sin embargo, “se sabe que las razones que llevan a los niños a suicidarse son muy diferentes de aquellas que motivan a los adultos. El suicidio infantil a veces es difícil de diagnosticar, ya que los niños/as tienen mayor dificultad que las personas adultas para expresar sus conflictos o su infelicidad. El suicidio de los niños/as más pequeños/as es, además, confundido con o pensado como un accidente: muchas veces atribuido a apoyarse en las ventanas o cruzar la calle en el momento equivocado, por ejemplo. Además, la muerte de niños/as huérfanos/as y/o los que viven en la calle no suelen ser investigadas o siquiera registradas por las autoridades de algunos países, lo cual dificulta la posibilidad de realizar estudios y poseer estadísticas” (Humanium, 2022).

A nivel internacional, además, es un fenómeno apenas estudiado, a su vez que la incidencia se ha incrementado sostenidamente en los últimos años. Existen muy pocos estudios científicos acerca del suicidio de niños/as pequeños/as (menores de 10 años de edad), dificultando el acceso a datos sobre la incidencia del fenómeno a nivel internacional. En cuanto al suicidio en la adolescencia, la mayoría de los estudios epidemiológicos no abordan esta etapa vital de forma independiente y existe cierto solapamiento de edades en cuanto a los grupos establecidos.

Por último, al considerarse la conducta suicida un proceso, en el que intervienen múltiples factores, que puede ir de la ideación a la acción, es fundamental la detección precoz del problema a fin de poder abordarlo lo antes posible y poder detener o revertir el fenómeno.

A partir de lo expuesto anteriormente, se considera una necesidad la realización de un estudio evolutivo mixto, de corte cuantitativo y cualitativo, sobre la conducta suicida y la salud mental en la infancia y la adolescencia en España. Se recoge una temporalidad amplia, de una década, para conocer la evolución de la incidencia de la conducta suicida en niños/as y

adolescentes, y se realiza un análisis evolutivo más profundo en relación con los últimos cuatro años, para ver el impacto de la COVID-19 en este tipo de problemas de salud mental. De esta forma, la presente investigación puede contribuir a ampliar y enriquecer el conocimiento que se tiene sobre este fenómeno en la infancia y adolescencia, así como los cambios que se están produciendo, y también aportar información a fin de mejorar las posibilidades de ayuda y optimizar los recursos existentes.

2

Planteamiento metodológico

2.1. Objetivos y alcance

Esta investigación tiene como **objetivo general** estudiar la conducta suicida (ideaciones e intentos) de la población infantil y adolescente en España, prestando especial atención a su asociación con la salud mental, con un enfoque en sus derechos y necesidades, y de esta forma contribuir a su visualización, a la toma de decisiones y políticas adecuadas, para su prevención e intervención.

Entre sus **objetivos específicos** destacan:

- Analizar de forma descriptiva y evolutiva los suicidios y la conducta suicida en menores de 18 años en España.
- Identificar problemas de salud mental asociados a ideas e intentos de suicidio de niños/as y adolescentes.
- Conocer el perfil de los niños/as y adolescentes con una conducta suicida.
- Identificar y caracterizar colectivos vulnerables (menores de 10 años, personas con discapacidad, migrantes, LGTBI).
- Conocer el entorno/contexto (familiar, escolar, amistades, etc.) de los niños/as y adolescentes con ideas e intentos de suicidio.
- Analizar en profundidad este fenómeno, a través de una muestra de casos de niños, niñas y adolescentes atendidos/as en ANAR.
- Analizar la implicación de las tecnologías en la situación de la conducta suicida en menores de 18 años.
- Detectar los factores de riesgo y protección ante conductas suicidas en la infancia y adolescencia.
- Analizar la percepción y visión sobre este fenómeno de los y las profesionales que atienden las Líneas de Ayuda ANAR e intervienen en estos casos.
- Realizar propuestas y recomendaciones de prevención de ideas e intentos de suicidio en menores de 18 años, para minimizar los suicidios consumados.

El **alcance** del estudio es de ámbito estatal, ya que se circunscribe al estudio de la conducta suicida y la salud mental en niños/as y adolescentes residentes en España, siempre prestando una especial atención a aquellos colectivos más vulnerables (menores de 10 años, niños/as o adolescentes con discapacidad, migrantes, pertenecientes al colectivo LGTBI, etc.).

Se trata de un estudio de carácter longitudinal, que abarca la última década (enero 2012-agosto 2022). Éste presenta una doble dimensión temporal. Por una parte, se estudia la conducta

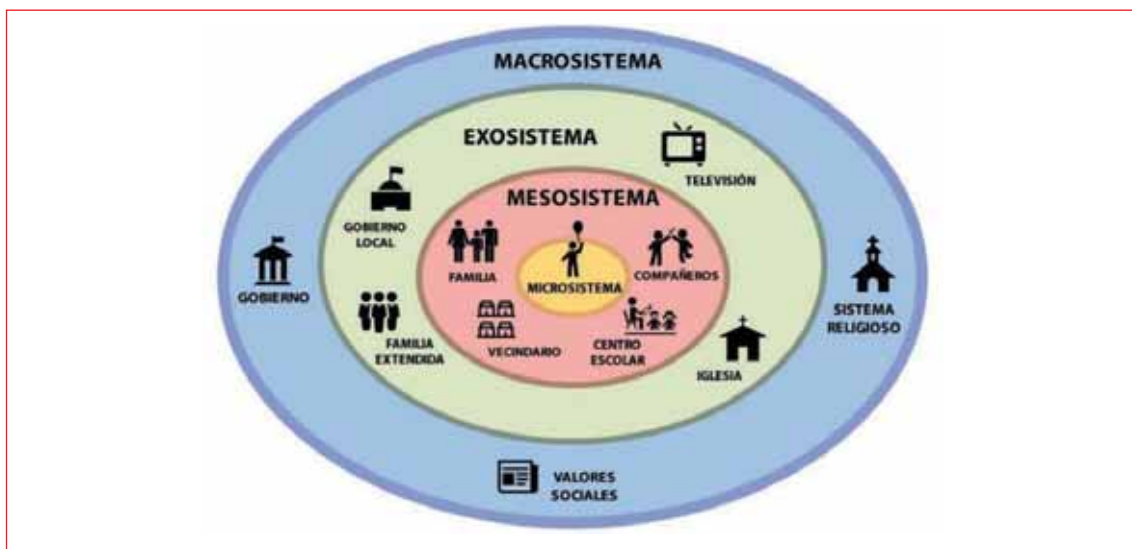
suicida en la infancia y adolescencia a lo largo de todo el periodo, desde enero 2012 a agosto 2022, con la finalidad de conocer la evolución de su incidencia. Por otra parte, para tener una fotografía más cercana, se pone el foco en los últimos cuatro años (enero 2019-agosto 2022), realizando un análisis evolutivo más profundo, con mayor número de dimensiones, para estudiar con más detalle el tema objeto del estudio y poder, además, conocer el efecto que la pandemia de la COVID-19 ha podido tener en él.

2.2. Metodología

Este estudio, realizado por el Centro de Estudios e Investigación ANAR, se desarrolla con un enfoque de **Modelo Ecológico** (Bronfenbrenner, 1987) para analizar la conducta suicida como un fenómeno complejo y sujeto a la interacción de múltiples factores (biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, entre otros) que influyen en el desarrollo de niño/a y/o adolescente. Además, se utiliza una **metodología mixta (cuantitativa y cualitativa)**, que ayuda a profundizar en el fenómeno y genera una mirada más holística de la problemática.

El Modelo Ecológico posibilita el estudio de las interacciones entre las personas y sus entornos, los procesos que tienen lugar dentro y entre ellos, analizando el desarrollo humano como un sistema amplio y multifactorial. Como se muestra en la Imagen 1, el modelo se sostiene en cuatro pilares, a saber: las personas, los procesos, el contexto y el tiempo, que, en sus modos de interacción, pueden ser distales o proximales, siendo los distales los macrosociales que no afectarían directamente al niño/a o adolescente, pero sí tendrían efectos en los comportamientos que ocurren a nivel proximal. Este último nivel se refiere al espacio más íntimo del/la menor de edad, su relación con los/as responsables de sus cuidados, las actividades y relaciones interpersonales vivenciadas en su entorno inmediato y con contacto directo, basadas en la reciprocidad y estabilidad (Morelato, 2011). En el caso del desarrollo infantil, el modelo ecológico considera la interacción dinámica del/la menor de edad con el entorno, representados por el Estado, la familia y las comunidades.

Imagen 2.- Modelo Ecológico



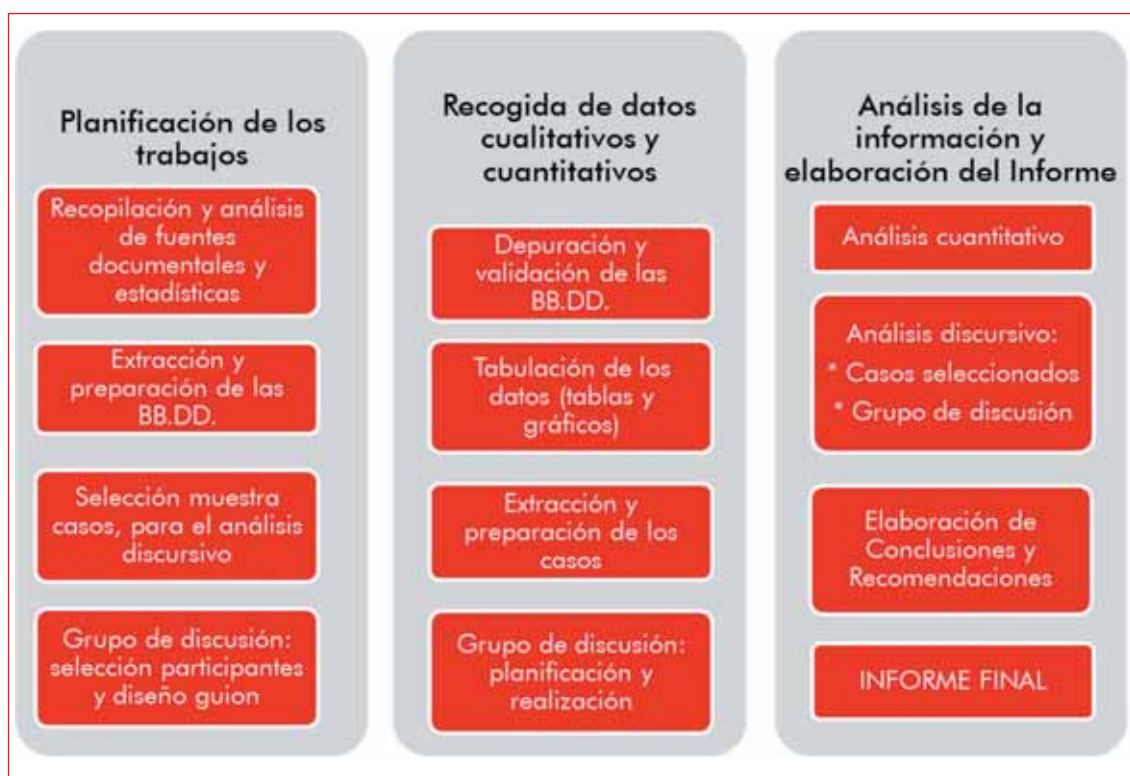
Fuente: <https://www.goconqr.com/>. Creado por Gaby Martínez.

A su vez, los métodos mixtos en la investigación social reconocen una pluralidad de perspectivas metodológicas, ayudando a elaborar diseños que profundicen nociones como la

a) complementariedad -que buscan mejorar y aclarar resultados de un método con otro-, b) desarrollo -en donde se busca utilizar los resultados de un método para ayudar a desarrollar el otro-, c) iniciación -que busca paradojas y contradicciones que emerjan de las nuevas perspectivas emergentes- y d) expansión -que busca ampliar el alcance de la investigación (Bryman, 2006).

El proceso de trabajo se genera en **tres fases** principales, las cuales a su vez se estructuran con diversas tareas que responden al análisis cuantitativo y cualitativo. En un primer momento se realiza la planificación del estudio, la cual consiste en estructurar el diseño muestral de investigación y elaboración de instrumentos que se utilizarán en la fase 2; en este momento de la investigación se preparan las bases de datos, se extrae la información de la muestra de casos seleccionados, y se realiza el grupo de discusión y finalmente, en la última fase se analizan los resultados de lo obtenido.

Imagen 3.- Esquema metodológico del Estudio



Fuente: Elaboración propia.

1. Análisis cuantitativo: de base descriptivo, relacional y factorial, los datos se obtienen a partir de las llamadas que niños/as, adolescentes y personas adultas de su entorno realizan al Teléfono/Chat ANAR. Se estudia la **totalidad del universo**. También, se lleva a cabo un **análisis comparativo entre el grupo de niños/as y adolescente con conducta suicida y el grupo de control**, integrado por menores de edad sin esta problemática, con el fin de poder identificar y determinar aquellas variables y categorías de riesgo en este tipo de conductas.

También se realiza un **análisis de datos obtenidos de fuentes secundarias** como Eurostat, Organización Mundial de la Salud (OMS) e INE España, que permiten dar contexto internacional y nacional a la temática de la investigación y a los datos obtenidos a través del Teléfono/Chat ANAR.

Universo: niños/as, adolescentes y personas adultas de su entorno que han utilizado las distintas Líneas de Ayuda ANAR por motivos de conducta suicida. El análisis cuantitativo se basa en la totalidad del universo: de **2012-2022, 9.637 casos** y de **2019 a 2022, 6.137**.

Muestra: para poder disponer de un grupo de control, se ha extraído una muestra de niñas, niños y adolescentes que no poseen conducta suicida, integrada por 4.721 casos, correspondiente al 10% del total de casos atendidos en el periodo de análisis 2019-2022.

Variables de estudio: las variables/dimensiones incluidas en el análisis recogen información de:

- Conducta suicida
- Llamada: año, Línea de Ayuda utilizada, parentesco con el niño/a o adolescente del adulto/a que realiza la llamada
- Perfil sociodemográfico del niño/a o adolescente: género, edad, nivel de estudios, rendimiento escolar, satisfacción escolar, lugar de residencia
- Otras variables: LGTBI, discapacidad
- Tipo de familia: con quien vive, familia monoparental, número de hermanos/as y posición que ocupa, familia migrante
- Características de los problemas de conducta suicida: duración, frecuencia, gravedad y urgencia
- Problemas asociados a la conducta suicida
- Tratamiento psicológico
- Implicación de las tecnologías
- Áreas implicadas en la resolución del caso
- Derivación a recursos específicos en materia de infancia y adolescencia
- Intervención de ANAR

Método: se han utilizado diferentes métodos de análisis estadísticos:

- *Distribución de frecuencias* para para obtener información de variables cualitativas.
- *Medias y desviación típica* para conseguir información sobre variables cuantitativas: edad, número de hermanos/as y lugar que ocupa entre los hermanos/as.
- *Tablas de contingencias* con cálculo del Estadístico Chi Cuadrado para conocer la asociación entre las diferentes variables en estudio y residuos estandarizados ajustados para obtener la asociación entre las categorías de las variables con asociaciones significativas.
- *Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM)* con escalamiento óptimo, que es un tipo de método estadístico factorial exploratorio, que está diseñado para estudiar las relaciones entre cualquier número de modalidades de distintas variables categóricas (Parra Olivares, 1996). En definitiva, esta técnica busca describir, en un espacio de pocas dimensiones o factores, la estructura de asociaciones entre un grupo de variables categóricas, así como las similitudes y diferencias entre los individuos a los cuales esas variables se aplican (Ledesma, 2008).

- *Razón odds de riesgo (OR)* para determinar qué categorías de las variables muestran diferencias significativas entre ambos grupos (grupo conducta suicida y grupo de control). La razón de posibilidades (OR, por sus siglas en inglés: odds ratio) es una herramienta estadística de uso frecuente en tres circunstancias: para estudiar la relación entre dos variables binarias, para investigar el efecto de otras variables sobre esa relación a través de la regresión logística y, para analizar el resultado de estudios de casos y controles donde no es factible usar el riesgo relativo (Dagnino, 2008).

Procedimiento: a partir de las peticiones de ayuda que se realizan al Teléfono/Chat ANAR, el equipo de psicólogos/as-orientadores/as recoge información sobre los problemas que relatan niños/as, adolescentes o personas adultas, con el objetivo de evitar la revictimización de los/as menores de edad al tener que contar todo su relato de nuevo. Esta información es el punto de partida de la orientación y también del estudio sociológico que se incluye en el presente informe.

El Teléfono ANAR se apoya en el uso de una plataforma informática ad hoc, que permite recoger la información de dos formas:

1. Registrando datos en unos campos previamente especificados y, en su mayoría, codificados en la propia plataforma; es decir, información cuantitativa.
2. Anotando los datos más importantes de la conversación telefónica en un informe que los orientadores/as-psicólogos/as que atienden las llamadas complimentan al final de esta; es decir, información cualitativa.

Temporalidad de los datos: el estudio comprende, por una parte, la evolución (en términos de casos y consultas) de la conducta suicida (ideación e intento) a lo largo de todo el periodo, desde enero de 2012 hasta agosto de 2022, y, por otra parte, un análisis evolutivo más profundo del fenómeno objeto de estudio, extrayendo información exhaustiva y detallada de las distintas dimensiones de este, en el periodo comprendido entre enero 2019 y agosto 2022¹.

Anonimato: para garantizar la confidencialidad en el tratamiento de la información entregada por niños/as y adolescentes, la Fundación ANAR trabaja con datos anonimizados, mostrando resultados únicamente de manera agregada y con objetivo exclusivo de confeccionar las tablas y análisis estadísticos.

Softwares empleados para la explotación, tabulación y análisis de los datos: Excel y SPSS.

2.- Análisis cualitativo, que consiste en el estudio de un grupo amplio de casos de niños/as y adolescentes con conducta suicida y la realización de un grupo de discusión con personal especializado de la Fundación. El análisis de la información obtenida se hace a partir de la técnica de análisis estructural del discurso que se utiliza principalmente en el estudio de las representaciones sociales dadas a partir de experiencias comunes y comunicación social, las cuales dan sentido y contribuyen a interpretar hechos y actos compartidos (Martínez Valencia, 2006).

La aplicación de una metodología cualitativa permite explorar las vivencias de los niños/as y adolescentes que tienen una conducta suicida, lo cual posibilita un acercamiento a la experiencia, testimonio en primera persona y subjetividad del niño/a o adolescente afectado/a. Se trata de dar respuesta a interrogantes como en qué contexto y en qué condiciones se presentan la ideación suicida y el intento de suicidio, cuáles son las motivaciones, cuál es

¹ Se utilizan estos dos periodos de análisis porque se produce un cambio en la codificación de variables que vuelven no comparables algunas variables según los tramos de tiempo.

su significado individual, cuál es su finalidad, etc. Este análisis permite establecer una comprensión de la interacción entre la conducta suicida y la situación vivencial de los niños/as y adolescentes con ideación y/o intento de suicidio.

Selección de la muestra: en base a una serie de criterios de interseccionalidad (género, edad, migrante, persona con discapacidad, LGTBI), se selecciona una muestra aleatoria estratificada por tipo de conducta (ideación o intento de suicidio).

Tamaño muestral: 134 casos, distribuidos en base a las variables año, género y edad. No se trata de una muestra representativa, sino estructural con el fin de llevar a cabo un análisis exhaustivo y en profundidad del fenómeno de la conducta suicida en la infancia y adolescencia. Por ello, se procede a realizar un análisis pormenorizado de la información cualitativa presente en las fichas que cumplimentan los psicólogos/as-orientadores/as que atienden a los niños/as o adolescentes con conducta suicida o a las personas adultas de su entorno, a través de las distintas Líneas de Ayuda de ANAR.

Tabla 1. Distribución de la muestra por tipo de conducta suicida, según año, género y grupo de edad

Ideación suicida						
Año	Género	Edad				TOTAL
		9 años o menos	De 10 a 12 años	De 13 a 17 años	18 o más años	
2019	Mujer	0	0	8	1	9
	Varón	1	0	1	0	2
2020	Mujer	0	3	10	0	13
	Varón	1	3	3	0	7
2021	Mujer	2	3	18	0	23
	Varón	2	0	8	1	11
2022	Mujer	0	2	20	0	22
	Varón	2	1	5	1	9
TOTAL		8	12	73	3	96
Ideación suicida						
Año	Género	Edad				TOTAL
		9 años o menos	De 10 a 12 años	De 13 a 17 años	18 o más años	
2019	Mujer	0	0	3	0	3
	Varón	0	0	2	0	2
2020	Mujer	0	0	5	1	6
	Varón	1	0	0	0	1
2021	Mujer	0	0	10	0	10
	Varón	0	0	2	0	2
	No binario	0	0	1	0	1
2022	Mujer	0	1	8	0	9
	Varón	0	1	2	0	3
	No binario	0	0	1	0	1
TOTAL		1	2	34	1	38

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Distribución de la muestra para grupos vulnerables por tipo de conducta suicida, según año, género

Ideación suicida						
Grupo	Género	2019	2020	2021	2022	TOTAL
LGTBI	Mujer	1	0	1	0	2
	Varón	0	2	1	4	7
Migrantes	Mujer	0	2	3	3	8
	Varón	0	0	1	0	1
Personas con discapacidad	Mujer	0	0	1	0	1
	Varón	0	0	1	0	1
Familias monoparentales	Mujer	5	4	9	8	26
	Varón	4	2	3	1	10
TOTAL		10	10	20	16	56
Intento de suicidio						
Grupo	Género	2019	2020	2021	2022	TOTAL
LGTBI	Mujer	0	0	1	0	1
	Varón	0	0	1	1	2
	No binario	0	0	1	0	1
Migrantes	Mujer	1	1	2	1	5
	Varón	0	0	0	1	1
Personas con discapacidad	Mujer	0	0	0	0	0
	Varón	0	0	0	0	0
Familias monoparentales	Mujer	2	3	4	5	14
	Varón	1	0	1	1	3
	No binario	0	0	1	1	2
TOTAL		4	4	11	10	29

Fuente: Elaboración propia.

Anonimato: cumpliendo con la normativa vigente en protección de Datos Personales, los casos de niños/as o adolescentes seleccionados/as para formar parte de la muestra cualitativa han sido previamente anonimizados a fin de preservar cualquier dato que pudiera identificar al llamante garantizando el anonimato y confidencialidad de los/as menores de edad y sus familias. Se han cambiado todos los datos que pudieran conducir al reconocimiento del caso para garantizar su anonimato y confidencialidad en virtud de la Ley de Protección de Datos Personales y se han utilizado nombres ficticios.

Se realiza un **Grupo de discusión con profesionales**, expertos/as en infancia y adolescencia, que atienden los casos de niños, niñas y adolescentes con conducta suicida, y que han utilizado las Líneas de atención ANAR para solicitar ayuda. El principal objetivo de este grupo ha sido conocer la evolución de la conducta suicida en la infancia y adolescencia en España, los cambios que se han producido en los últimos años, y recoger propuestas y recomendaciones.

La dinámica se establece en torno a una serie de participantes de distintas disciplinas (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, abogados/as, etc.) en el grupo que, en función del guion establecido y liderado por una moderadora, fueron intercambiando información y opiniones, en base a su conocimiento y experiencia profesional en la atención a este tipo de casos.

Teniendo en cuenta los bloques temáticos de la Guía se han abordado los siguientes **temas**.

- Perfil sociodemográfico y entorno (familiar, educativo y social) del niño/a y adolescente con conducta suicida

- Factores de riesgo y de protección
- Actuaciones en prevención, detección, derivación e intervención
- Recursos y servicios disponibles
- Cambios producidos en los últimos años en este tipo de conductas
- Cambios/tendencias (normativos, tecnológicos, sociales, etc.) que pueden incidir en una mejora de las actuaciones/servicios/recursos.
- Recomendaciones y propuesta de mejora (prevención, detección, derivación, intervención, seguimiento)

Imagen 4.- Grupo de discusión

**GRUPO
DISCUSIÓN**

- N° Grupo discusión: 1
- Modalidad: presencial
- Fecha: 2 de noviembre 2022
- Duración: 90 minutos
- Perfil: profesionales de la Fundación ANAR, de distintas disciplinas (psicólogos/as, trabajadores/as sociales y abogados/as), que atienden los casos de niños/as o adolescentes con conducta suicida.
- Número de participantes: 8.

Tabla 3. Perfil de los/as participantes del Grupo de discusión

Perfil de los/as participantes del Grupo de Discusión	
Perfil	Número
Psicólogo/a formador/a	2
Psicólogo/a orientador/a de sala de llamadas	2
Psicólogo/a supervisor/a de sala	2
Trabajador/a social	1
Abogado/a	1

3.- Triangulación y síntesis del análisis cuantitativo y cualitativo: el análisis concluyente de los hallazgos se realizará a través de la integración de los resultados cuantitativos y cualitativos por medio del proceso denominado “triangulación” que significa combinar distintas fuentes de datos, teorías o métodos en el estudio de un fenómeno, es decir, múltiples puntos de vista permiten una mayor exactitud del fenómeno a estudiar (Forni y De Grande, 2019). Este es un método muy utilizado en estudios con enfoque social mixto.

3

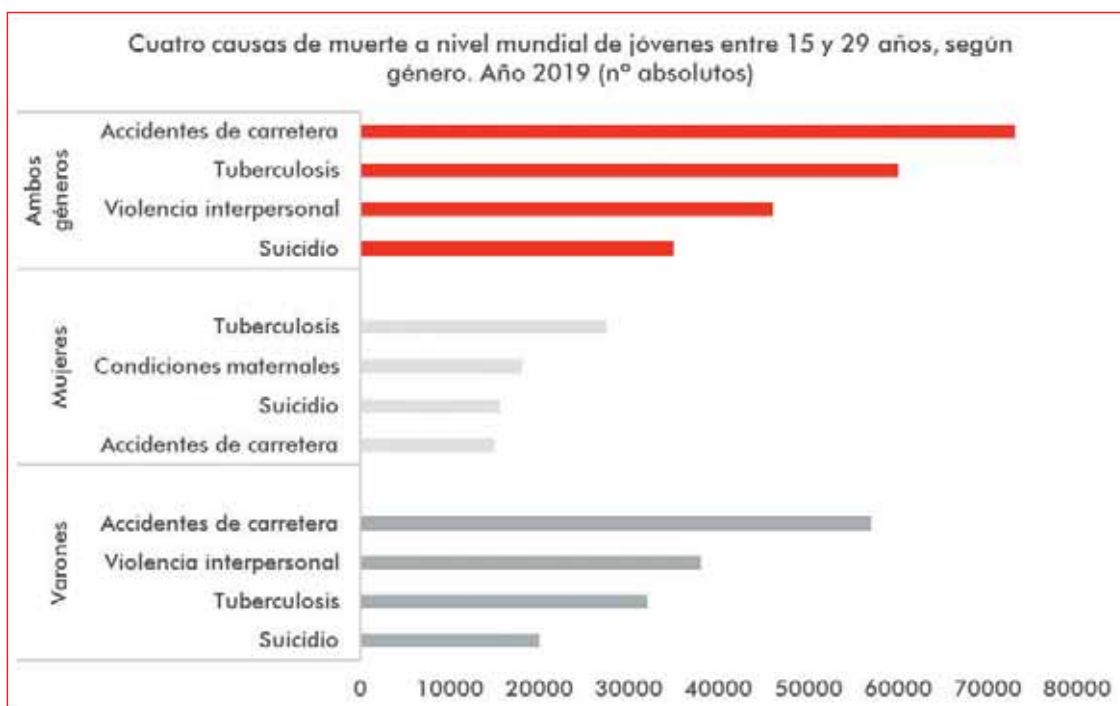
Marco teórico

3.1. Epidemiología del suicidio en niños/as y adolescentes

3.1.1. En el mundo

La reducción de la mortalidad por suicidio es uno de los objetivos prioritarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se incluye en el objetivo 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, en el tercer programa de trabajo de la OMS 2019-2023 y en el Plan de Acción de Salud Mental de la OMS 2013-2020 extendido a 2030. El grupo de población de jóvenes entre 15 y 29 años merece especial atención al constituir, la muerte por suicidio, la cuarta causa de muerte para ambos sexos, la tercera en las mujeres y la cuarta en varones.

Gráfico 1. Las cuatro causas principales de muerte a nivel mundial de jóvenes entre 15 y 29 años, según género. Año 2019 (nº absolutos)



Fuente: *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2021.
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

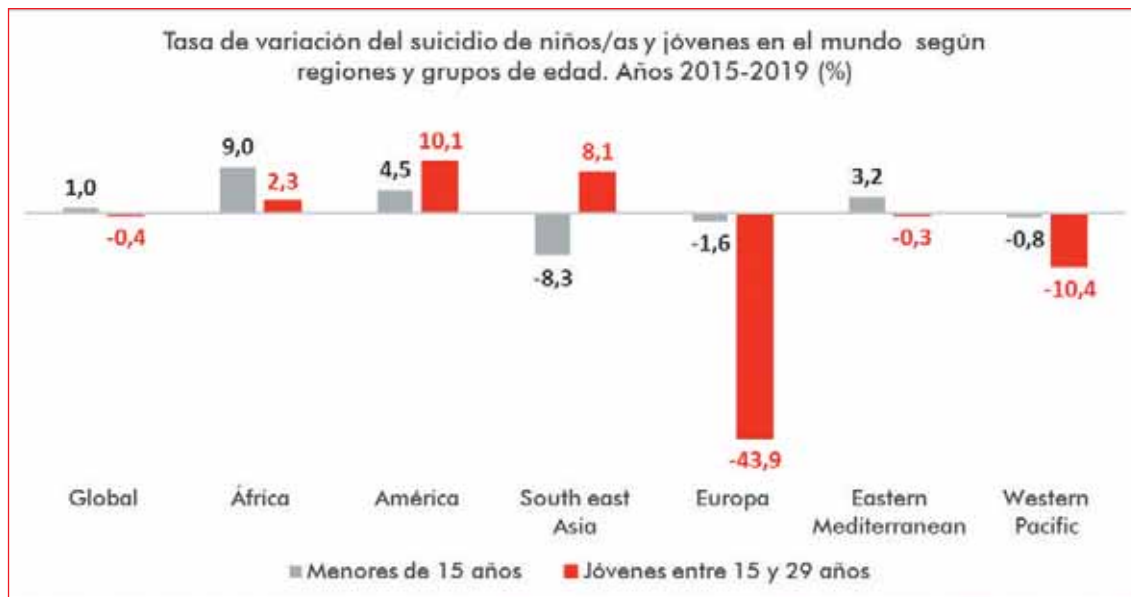
Según datos del Observatorio de Salud Mundial de la OMS, en el año 2019 se registraron en el mundo un total de 167.917 suicidios en población menor de 29 años, 10.196 en niños/as menores de 15 años y 157.721 en jóvenes entre 15 y 29 años. Globalmente estas

cifras suponen un descenso respecto al año 2015 del 0,3% a expensas de la bajada que se ha producido en el grupo de edad de 15 a 29 años (tasa de variación 2015-2019: -0,4%) ya que se encuentra un ligero aumento del 1% entre los/as menores de 15 años.

El descenso entre los/as jóvenes de 15 a 29 años se produce sobre todo a expensas de la bajada experimentada en las regiones de Europa (tasa de variación 2015-2019: -43,9%), Oeste del Pacífico (tasa de variación 2015-2019: -10,4%) y Este del Mediterráneo (tasa de variación 2015-2019: -0,3%). En el grupo de edad de menores de 15 años los descensos son menos pronunciados en las regiones de Europa (tasa de variación 2015-2019: -1,6%) y Oeste del Pacífico (tasa de variación 2015-2019: -0,8%) y se incluye en este grupo de regiones, con disminución del número de suicidios, el Sureste de Asia, región en la que se produce el descenso más pronunciado en este grupo de edad (Tasa de variación 2015-2019: -8,3%).

Los incrementos más marcados en el grupo de edad de menores de 15 años tienen lugar en África, con un aumento del +9,0%, y en el grupo de edad entre 15 y 29 años, en América (tasa de variación 2015-2019: +10,1%), y muy de cerca el Sureste asiático (tasa de variación 2015-2019: +8,1%).

Gráfico 2. Tasas de variación del suicidio de niños/as y jóvenes en el mundo según regiones y grupos de edad. 2015-2019



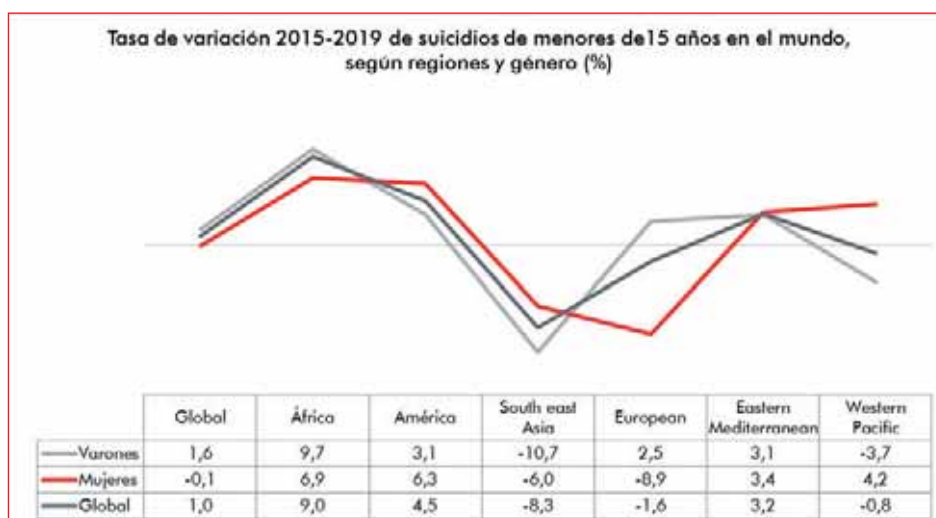
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de *Global Health Estimates 2019: Estimated deaths by cause and region, 2000 and 2019*. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

Si se diferencia por género, se encuentra una tendencia diferente según el grupo de edad. Entre la población menor de 15 años se produce un ligero incremento entre los varones (tasa de variación 2015-2019: +1,6%) y muy ligero descenso entre las mujeres (tasa de variación 2015-2019: -0,1%). Por el contrario, en el grupo de edad de 15 a 29 años las mujeres son las que experimentan un aumento del +3% frente a los varones entre los que disminuye el número de suicidios un -2,1%.

El descenso más acusado de suicidios de mujeres menores de 15 años tiene lugar en la región europea (-8,9%) y del Sureste asiático (-6,0%) y de mujeres entre 15 y 29 años en la región de Europa (-28,8%) y del Pacífico oeste (-13,3%). Entre los varones menores de 15 años el mayor

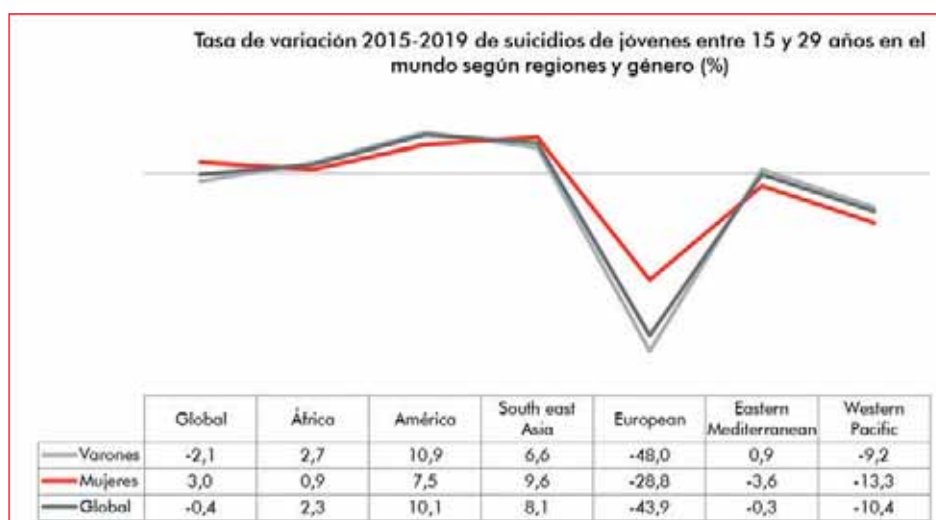
descenso se produce en la región del Sureste asiático (-10,7%) y entre los que se encuentran en el intervalo de 15 a 29 años, en la región de Europa (-48%). Por el contrario, el mayor incremento en mujeres menores de 15 años, se dan en las regiones de África (+6,9%) y América (+6,3%) y en las de 15 a 29 años en la región de América (+7,5%) y Sureste asiático (+9,6%). En varones menores de 15 años es en la región de África en la que se produce el mayor incremento (+9,7%) y entre los de 15 a 29 años en América (+10,9%).

Gráfico 3. Tasas de variación 2015-2019 de suicidios de menores de 15 años en el mundo según regiones y género (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Global Health Estimates 2019: Estimated deaths by cause and region, 2000 and 2019. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

Gráfico 4. Tasas de variación 2015-2019 de suicidio de jóvenes entre 15 y 29 años en el mundo según regiones y género (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Global Health Estimates 2019: Estimated deaths by cause and region, 2000 and 2019. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

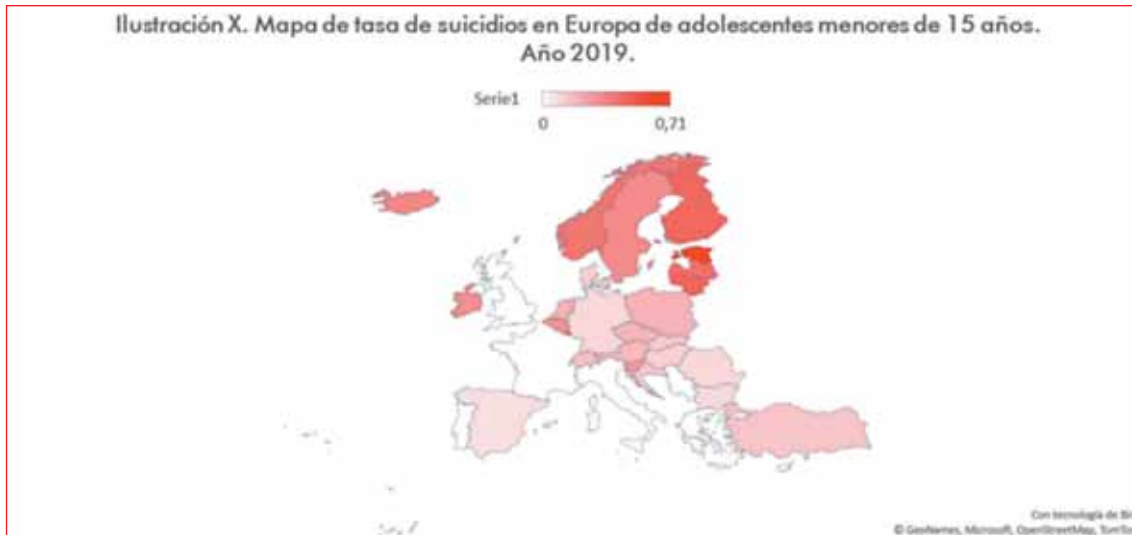
3.1.2. En Europa

Si nos centramos en países de nuestro entorno, **según datos de Eurostat (2022)**, España se encuentra entre los países con menores tasas de suicidio en los grupos de edad estudiados. Como se puede ver en los siguientes gráficos, en el año 2019, en el grupo de edad de 15 a 19 años, **España, con una tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes de 2,87, se sitúa en el lugar 25 entre los países europeos que aportan datos.** Dentro de los países con tasas más altas se encuentran Estonia (12,89), Lituania (12,7), Luxemburgo (12,02) y Finlandia (11,47); mientras que los países con tasas inferiores son: Italia (2,47), Portugal (2,19), Chipre (2,03), Serbia (1,98) y Grecia (1,46). En el grupo de menores de 15 años España se sitúa en el lugar 20 junto con Eslovaquia (0,12), con las tasas más altas están Estonia (0,71), Lituania (0,47), Luxemburgo y Finlandia, ambos con 0,46; y con tasas más bajas: Bulgaria (0,1), Dinamarca (0,1), Italia (0,09), Austria (0,08) y Letonia, Luxemburgo, Malta, Portugal, Eslovenia e Islandia con ningún caso reportado en este año (Ver Ilustración 1 y 2).

Si se diferencia por género, la tasa de suicidios de niñas menores de 15 años en España (0,12) ocupa el lugar 17 entre los países que aportan datos. Bélgica (0,11), Suecia (0,11), Italia (0,08) y Estonia, Chipre, Letonia, Lituania, Austria, Portugal, Eslovenia y Eslovaquia con ningún caso, presentan tasas inferiores. Entre las mujeres de 15 a 19 años, España se sitúa en el lugar 19 (1,75). Con tasas inferiores se encuentran: Rumanía (1,6), Eslovaquia (1,56), Bulgaria (1,31), Grecia (1,14), Portugal (1,12), Italia (1,01), Croacia y Serbia (0).

En el caso de los varones menores de 15 años, la tasa de España (0,11) se sitúa en el lugar 21, entre los países que aportan datos. Tendrían tasas inferiores Italia (0,1) y Bulgaria, Dinamarca, Letonia, Portugal, Eslovenia y Suiza que no reportan ningún caso. La tasa de suicidios de los varones entre 15 y 19 años en España (3,93), ocupa el lugar 23, con tasas más bajas en Serbia (3,85), Italia (3,3), Portugal (3,21) y Grecia (1,75).

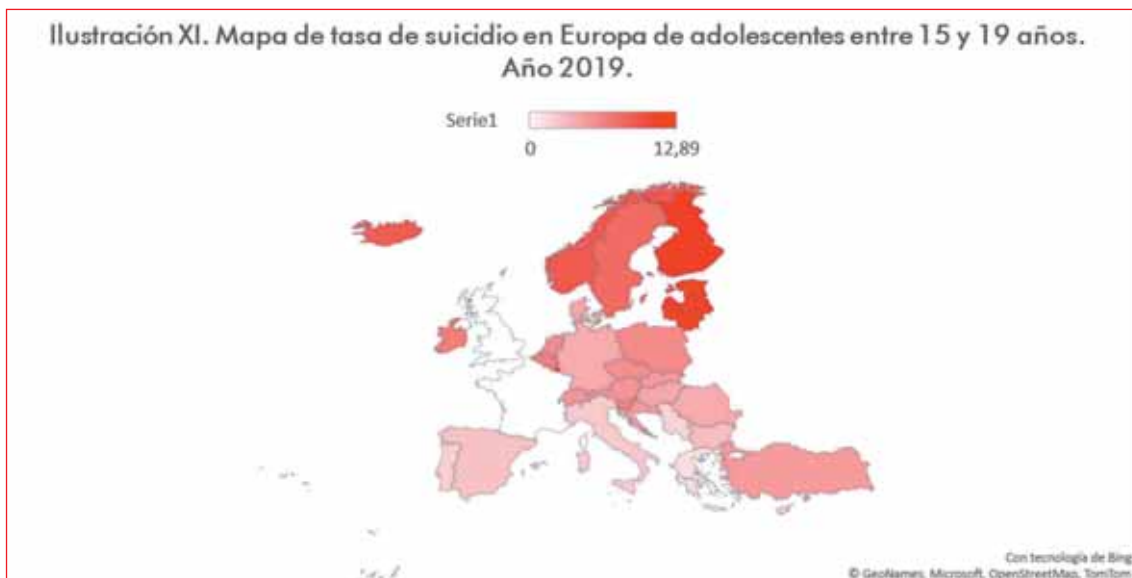
Ilustración 1. Mapa de tasa de suicidios en Europa de adolescentes menores de 15 años. Año 2019



*Los países Francia, Liechtenstein y UK no reportaron datos para ese año.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat, 2019. Causes of death – crude death rate by NUTS 2 region of residence. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ACDR2_custom_3355259/default/table?lang=en

Ilustración 2. Mapa de suicidio en Europa de adolescentes entre 15 y 19 años. Año 2019



*Los países Francia, Malta, Liechtenstein y UK no reportaron datos para ese año.

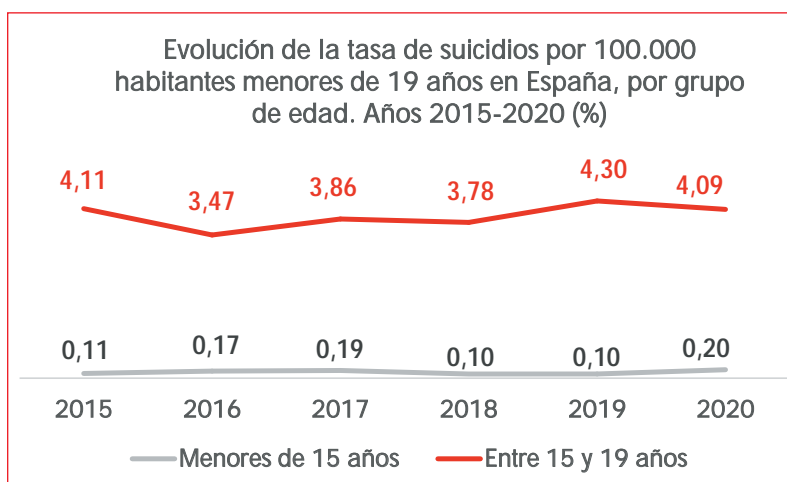
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat, 2019. Causes of death – crude death rate by NUTS 2 region of residence. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ACDR2_custom_3355259/default/table?lang=en

3.1.3. En España

Con datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (2020), en el año 2020² se produjeron en España un total de 314 suicidios, 300 de jóvenes entre 15 y 29 años³ y 14 de niños/as menores de 15 años lo que supuso una tasa de variación respecto al año 2015 del +3,3%, debida fundamentalmente al importante incremento producido entre los/as menores de 15 años. En este grupo de edad se pasa de 8 casos en el año 2015⁴ a 14 en 2020 (tasa de variación 2015-2020: +75%). En el grupo de 15 a 29 años se pasa de 296 casos en 2015 a 300 en 2020 (tasa de variación 2015-2020: +1,4%).

Se aportan datos en el intervalo del grupo de 15 a 19 años de las tasas de suicidios por 100.000 habitantes. En este caso, la tasa de suicidios en el período 2015-2020 se sitúa en torno a 4 suicidios por cada 100.000 jóvenes de este grupo de edad y entre 0,1 y 0,2 por 100.000 menores de 14 años. Hay que destacar que, en el año de la crisis sanitaria debida a la COVID-19 (2020), se percibe una tendencia diferente en ambos grupos de edad, un ligero aumento en los/as menores de 15 años y un ligero descenso entre quienes tienen entre 15 y 19.

Gráfico 5. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes menores de 19 años en España, por grupo de edad. Años 2015-2020 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de defunciones, según la causa de muerte. INE 2015-2020.

Si tenemos en cuenta la variable sexo⁵, se observa que las mujeres presentan a lo largo de los años tasas de suicidio más bajas que los hombres con la excepción del año 2017 y 2020 en los que las tasas de las niñas menores de 15 años se presentan próximas y muy ligeramente por encima a las de los hombres. Años en los que también se observa una aproximación de

² Último año disponible durante la realización del presente estudio.

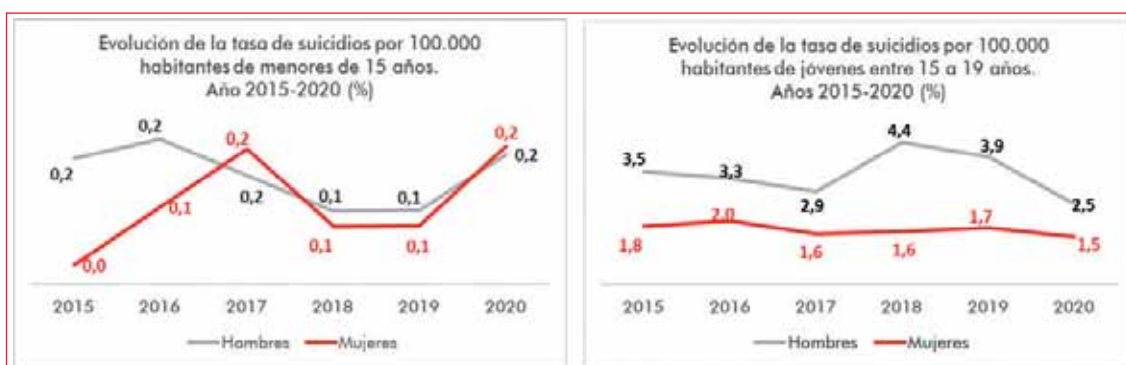
³ No se aportan datos en la estadística del INE del intervalo de edad de 15 a 18 años.

⁴ En relación con los datos del INE, se ha iniciado la serie temporal en el año 2015, porque anteriormente este Instituto ha realizado cambios en esta estadística que dificultan la realización de comparaciones con años anteriores. Así, a partir de 2013, el INE ha tenido acceso a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, y ha introducido una mejora metodológica en el proceso de esta estadística, permitiendo asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial. Además, a partir de los datos de 2014 se ha implantado un codificador automático para el cálculo de la causa básica de defunción.

⁵ En este caso, se habla de sexo y no de género, para respetar la terminología utilizada por la fuente del INE.

las tasas entre ambos sexos en el grupo de edad de 15 a 19 años, aunque manteniéndose tasas más elevadas de los hombres.

Gráfico 6. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes menores de 19 años en España por grupo de edad y sexo. Años 2015-2020 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de defunciones según la causa de muerte. INE 2015-2020.

Atendiendo a la nacionalidad de los niños/as y adolescentes se observa que, con independencia del año y el sexo, quienes son extranjeros/as presentan tasas de suicidios más altas que las de la población española. En el grupo de edad de menores de 15 años, durante algunos años son muy escasas las conductas suicidas, sin embargo, cuando existen, la tasa es sistemáticamente más elevada en la población extranjera que en la española.

Las diferencias de tasas de suicidio entre españoles/as y extranjeros/as de 15 a 29 años se encuentran en torno a 3 puntos porcentuales siendo más acusadas en el caso de los varones, situándose en 5 puntos porcentuales (ver gráfico 7).

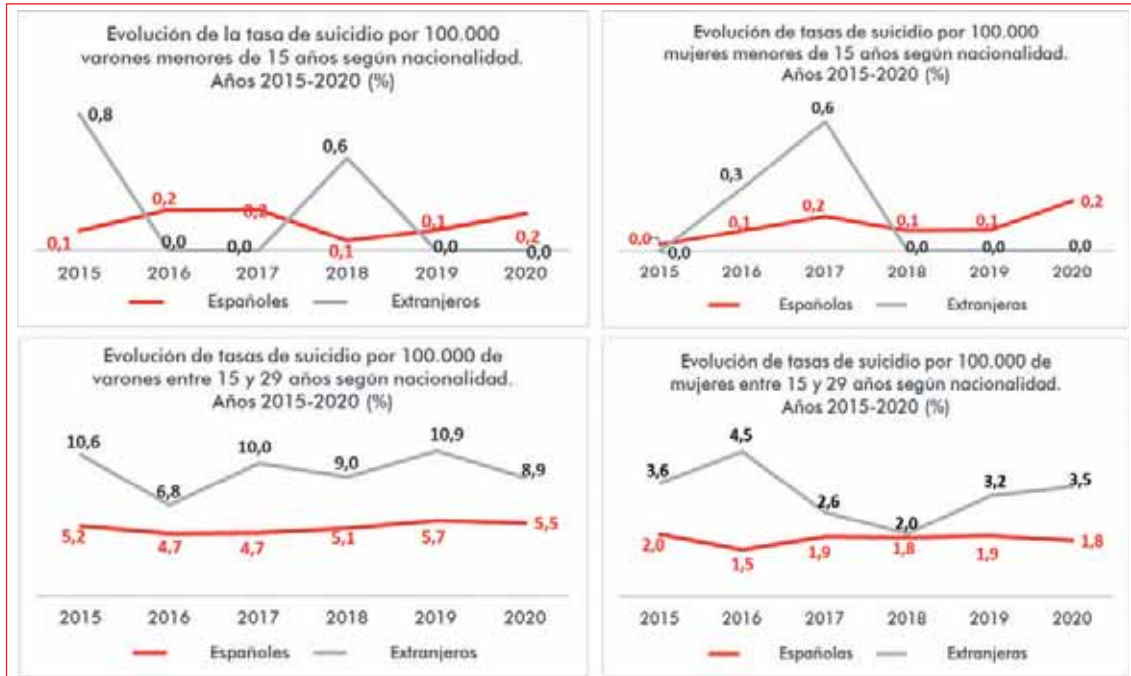
El método empleado habitualmente es la “lesión autoinfligida intencionalmente”. En los casos de menores de 15 años únicamente se encuentra un caso de envenenamiento en el período analizado (2015-2020), en el año 2018, por “Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados”. En el grupo de 15 a 29 años los tipos de envenenamiento autoinfligido intencionalmente más frecuentes son:

- Por (exposición a) drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.
- Por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.
- Por (exposición a) otros gases y vapores.

Las lesiones autoinfligidas intencionalmente más frecuentes en ambos grupos de edad son:

- Por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
- Al saltar desde un lugar elevado.

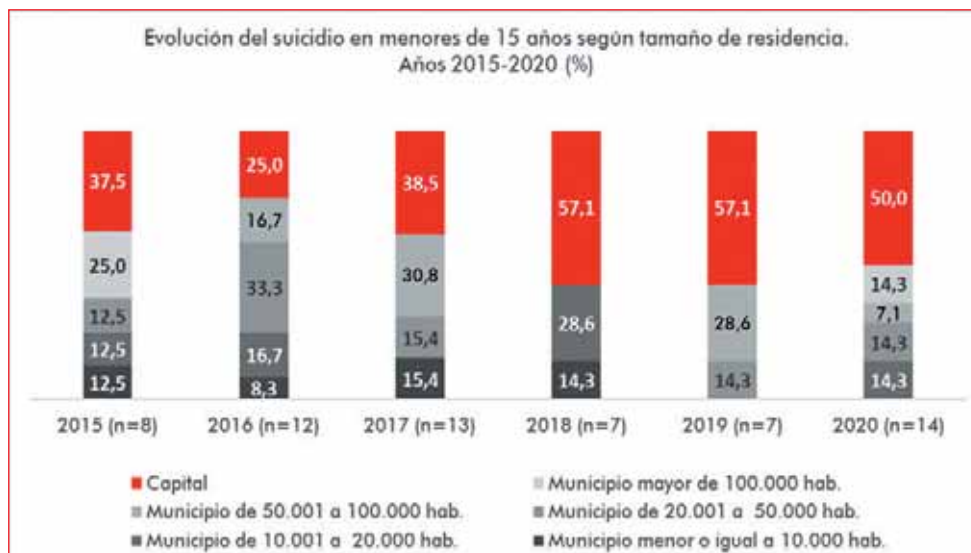
Gráfico 7. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes de menores de 29 años en España por grupo de edad, género y nacionalidad. Años 2015-2020 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de defunciones según la causa de muerte. INE 2015-2020.

Las capitales de provincia y los municipios de 10.000 o menos habitantes son en los que, con mayor frecuencia, se producen las conductas suicidas de jóvenes entre 15 y 29 años. Las de menores de 15 años también se producen con mayor frecuencia en las capitales sin existir una tendencia clara respecto al resto de tamaños de municipios.

Gráfico 8. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes de menores de 15 años, según tamaño del lugar de residencia. Años 2015-2020 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de defunciones según la causa de muerte. INE 2015-2020.

Gráfico 9. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en jóvenes entre 15 y 29 años, según tamaño del lugar de residencia. Años 2015-2020 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de defunciones según la causa de muerte. INE 2015-2020.

En el año 2020 las Comunidades Autónomas con tasas más altas de suicidios de menores de 15 años, por 100.000 habitantes son la Comunidad Foral de Navarra (1 caso/100.000 hab.), Aragón (0,5 casos/100.000 hab.), Canarias y Región de Murcia con 0,4 casos por 100.000 habitantes cada una de ellas.

Los casos de suicidio de jóvenes entre 15 y 29 años se encuentran con mayor frecuencia en Melilla (11,2 casos/100.000 hab.), el Principado de Asturias (7,6 casos/100.000 hab.), Castilla La Mancha (6,2 casos/100.000 hab.), Aragón y Extremadura con 5,7 casos por 100.000 habitantes cada una.

Respecto al año anterior, se experimentan los mayores incrementos en Extremadura (tasa de variación 2019-2020: +50,0%), y la Comunidad de Madrid (tasa de variación 2019-2020: +48,0%). Y los descensos más acusados respecto al año 2019 entre la población residente en Cantabria (tasa de variación 2019-2020: -85,7%), País Vasco (tasa de variación 2019-2020: -55,6%), en residentes en el Extranjero (tasa de variación 2019-2020: -54,5%), y en la Región de Murcia (tasa de variación 2019-2020: -41,2%).

Observando la evolución respecto al año 2015 destaca, en el grupo de 15 a 29 años, el importante incremento experimentado en la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha (tasa de variación 2015-2020: +122,2%) y Andalucía (tasa de variación 2015-2020: +45,7%). Los mayores descensos, en este mismo grupo de edad se encuentran en Ceuta (tasa de variación 2015-2020: -100%), en Cantabria (tasa de variación 2015-2020: -75%) y entre la población española que reside en el extranjero (tasa de variación 2015-2020: -61,5%).

Tabla 4. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes de menores de 29 años en España por grupo de edad y lugar de residencia. 2015-2020

Lugar de residencia	2020		Tasa de variación 2019-2020		Tasa de variación 2015-2020	
	Menor de 15	Entre 15 y 29	Menor de 15	Entre 15 y 29	Menor de 15	Entre 15 y 29
Andalucía	0,2 (n=2)	4,8 (n=67)	100,0	39,6	-	45,7
Aragón	0,5 (n=1)	5,7 (n=11)	-	0,0	-	0,0
Asturias, Principado de	0	7,6 (n=9)	-	12,5	-	28,6
Baleares, Illes	0	2,5 (n=5)	-100,0	-16,7	-100,0	-37,5
Canarias	0,4 (n=1)	3,6 (n=13)	0,0	0,0	-	-35,0
Cantabria	0	1,3(n=1)	-	-85,7	-100,0	-75,0
Castilla y León	0	3,5 (n=11)	-	-8,3	-	-31,3
Castilla-La Mancha	0	6,2 (n=20)	-	33,3	-	122,2
Cataluña	0,2 (n=2)	3,2 (n=40)	100,0	-21,6	0,0	-23,1
Comunitat Valenciana	0,1 (n=1)	5,4 (n=32)	-	33,3	0,0	23,1
Extremadura	0	5,7 (n=9)	-	50,0	-	28,6
Galicia	0,3 (n=1)	4,1 (n=14)	-	-22,2	-	-17,6
Madrid, Comunidad de	0,2 (n=2)	3,4 (n=37)	0,0	48,0	-	-5,1
Murcia, Región de	0,4 (n=1)	3,9 (n=10)	-50,0	-41,2	0,0	-16,7
Navarra, Comunidad Foral de	1,0 (n=1)	4,8 (n=5)	-	0,0	-	-37,5
País Vasco	0,3 (n=1)	2,6 (n=8)	-	-55,6	0,0	-27,3
Rioja, La	0	2,2 (n=1)	-	0,0	-	-50,0
Ceuta	0	0	-	-	-	-100,0
Melilla	0	11,2 (n=2)	-	-	-	-
Extranjero	0,3 (n=1)	1,1 (n=5)	-	-54,5	-	-61,5
TOTAL *	0,2 (n=14)	3,8 (n=300)	75,0	1,4	100,0	-2,9

*El total de población incluye a la residente en el Extranjero.

En color rojo se indican los mayores incrementos y en color verde los mayores descensos.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística de defunciones según la causa de muerte. INE 2015-2020.

No se detectan, con los datos presentados, los efectos de la crisis sanitaria debida a la COVID-19 en la población menor de 19 años al no existir, de momento, cifras de suicidios para el año 2021. Sin embargo, la información obtenida a partir de la encuesta desarrollada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2021) sobre la Salud Mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la COVID-19 no hacen esperar reducciones marcadas en las tasas obtenidas hasta 2020.

Según los datos de esta encuesta, quienes tenían hijos/as menores de 18 años o nietos/as con los que convivieron durante el período de pandemia y notaron “algún cambio o modificación en la manera de ser o comportarse de sus hijos/as o nietos/as durante el periodo de pandemia” (n=454), cerca del 80,0% expresaron que habían detectado “cambios en la forma de comportarse”, el 78,6% notaron “cambios en los hábitos de vida”, el 72,7% “cambios de humor” y el 60,8% “cambios en la forma de mostrarse a los/as demás”. En todos los casos los principales cambios detectados estaban asociados a empeoramiento o modificación de hábitos perjudiciales para la salud mental.

En cuanto a los cambios en la forma de comportarse, el 50% los “ha notado más exigentes”. Los cambios en los hábitos de vida más mencionados fueron “juegan demasiado a la Tablet” (55,7%), “permanecen mucho tiempo viendo la TV” (53,8%) y “utilizan mucho tiempo el teléfono móvil” (51,5%).

En la forma de mostrarse a los/as demás observaron que eran menos sociables (62,0%). Respecto a los cambios de humor, expresaron que sus hijos/as o nietos/as se mostraron “más irritables” (76,4%), “más nerviosos/as o con ansiedad” (60,0%) o “se quejan por cualquier cosa, por pequeña que sea” (60,0%). Quienes detectaron cambios en el sueño (n=138), estuvieron relacionados con la mayor dificultad para dormir (66,7%). Y quienes percibieron algún cambio en la forma de relacionarse en casa entre los hermanos/as (n=105), el 80% señalaron que estaban asociados a que entre los/as hermanos/as “se pican por cualquier cosa”.

Aunque en general, los cambios notados se consideraron leves (52,4%) o moderados (21,4%), un 12,6% acudieron a algún profesional de la salud mental (psiquiatra, psicólogo/a, psicoterapeuta) para solicitar ayuda para sus hijos/as o nietos/as, y entre los que notaron algún cambio de comportamiento y no habían acudido a ningún profesional de la salud mental, pero pensaban solicitar algún tipo de ayuda, el 69,7% expresaron que tenían pensado acudir a un psicólogo/a.

3.2. Concepto y teorías explicativas

Según la American Foundation for Suicide prevention (2021) el suicidio se define como:

“La muerte causada por un acto intencional de autolesión diseñado para ser letal. El comportamiento suicida abarca un espectro de conductas, desde el intento de suicidio y las conductas preparatorias hasta el suicidio completo. Ideación suicida refiere al proceso de pensar, considerar o planificar el suicidio” (Christine, 2021).

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio. No obstante, los pensamientos suicidas no siempre conducen a la conducta suicida, pero son un factor de riesgo para esta última. Varios factores influyen de forma característica en el hecho de que los pensamientos suicidas se transformen en comportamientos suicidas.

La conducta suicida en niños/as y adolescentes se definen como “la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo”. Se puede entender como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados (Cañón Buitrago, 2011).

Según Alejandro Rocamora (2022), “la vivencia suicida es poliédrica. Tiene tres caras: emocional, conductual y existencial”.

1. *La emocional* refiere al conjunto de sentimientos, que constituyen la base de la conducta suicida, tales como el vacío existencial, la soledad, la angustia, la vergüenza, la culpa o la impulsividad, como los más significativos y frecuentes.
2. *La conductual* es la manifestación externa de esos sentimientos profundos, que se materializa o bien como una ideación suicida o como un intento autolítico, o un suicidio consumado.
3. *La existencial* parte de la vivencia de vida, hasta la voluntad de matarse. En este proceso: en un extremo, de los que miran a la vida, se sitúa el amplio espectro de

personas que expresan un primer malestar general (negación de la vida) y descalificación de sí mismo (autodesprecio) que conduce al deseo de no-vivir. A partir de ese momento se produce un giro hacia la muerte: deseo de morir, voluntad de matarse, suicidio. A medida que nos aproximamos al extremo de la muerte, la vivencia suicida es más firme y el riesgo de autodestrucción más alto (Rocamora, 2017).

Según este autor, estas tres caras de la conducta suicida (emocional, conductual y existencial) deberían tenerse presente en toda acción de ayuda hacia la persona que refiere una vivencia suicida, y de esta forma se podría posibilitar evitar su muerte.

En definitiva, **este concepto conlleva por tanto una serie de actuaciones con la finalidad última de quitarse la vida. Por este motivo es de gran importancia estudiar las fases previas como la ideación y el intento suicida para conocer mejor y poder actuar con mayor eficacia en la prevención de la conducta suicida.** Aspectos en los que nos centraremos en los apartados siguientes.

Existe un amplio marco teórico en torno a la problemática del fenómeno del suicidio y, más concretamente del suicidio en la infancia y la adolescencia, que aporta gran cantidad de información y perspectivas metodológicas para el análisis de este fenómeno.

Teorías explicativas

Se han elaborado **teorías desde diferentes perspectivas, social, biológica y psicológica, para intentar explicar este fenómeno.** Durkheim fue uno de los primeros autores en ofrecer una explicación desde la teoría social, aludiendo al grado de integración y regulación de las personas en la sociedad. Desde el punto de vista biológico, las teorías se basan en la existencia de una predisposición que activa la conducta a partir de una desregulación y un estresor psicosocial. Se han centrado fundamentalmente en el funcionamiento de la noradrenalina y serotonina (5-HT). Desde la psicología se han aportado explicaciones desde diferentes enfoques. Desde la teoría psicoanalítica se propone que es causado por impulsos inconscientes, estados afectivos intensos, deseo de escapar del dolor psicológico e impulsos existenciales de sentido y apego perturbado. Por su parte, desde la psicología cognitiva del comportamiento se plantea el suicidio como un continuo entre la intención de morir y seguir viviendo. Desde este enfoque desarrollado fundamentalmente por Beck et al. (1990) la explicación se ha centrado en identificar la relación que existe entre la depresión, la desesperanza y los esquemas y evaluaciones cognitivas negativas o distorsionadas. Y finalmente desde este enfoque psicológico se propone que esta conducta de suicidio es fruto del aprendizaje relacionándola con la depresión entendida como resultado de experiencias y patrones de pensamiento negativos (Ordóñez Carrasco, 2021; Soto-Sanz et al., 2019).

En los últimos años, los modelos explicativos se han centrado en el paso de la idea a la acción partiendo de que el desarrollo de la idea suicida y la progresión a los intentos tienen procesos y explicaciones diferentes (Keefner y Stenvig, 2020). Nuevo enfoque que tiene gran interés ya que la mayoría de las personas que tiene ideas suicidas no llega a atentar contra su vida (Have et al., 2009; Nock et al., 2008). Entre estas teorías se encuentran:

- **La teoría interpersonal del suicidio** (Van Orden et al., 2010). Según esta teoría la idea de suicidio aparecería ante la percepción de ser una carga (para sí mismo/a, para los amigos/as, la familia, la sociedad) y/o la sensación de falta de pertenencia (sentirse solo o desconectado de amigos/as, familia u otros círculos sociales relevantes). Si estos elementos coexisten y van unidos a un sentimiento de desesperanza aparecerá el deseo de suicidio y si junto con este deseo se da un aumento de la capacidad de

suicidio (menor temor a la muerte y alta tolerancia al dolor físico) se desarrollará el intento de suicidio.

- **Modelo integrado motivacional-volitivo del suicidio** (O'Connor y Kirtley, 2018). Se compone de tres fases:
 1. *Pre-motivacional*: predisposición biológica (ej. disminución de neurotransmisión serotoninérgica) y/o psicológica (ej. creer que el entorno nos exige ser perfectos/as) que acrecientan el impacto que tendrían situaciones sociales o acontecimientos vitales negativos (ej. una ruptura).
 2. *Motivacional*: la idea/intento de suicidio se produce mediante un proceso psicológico que se inicia con la percepción de sentirse derrotado/humillado (impotencia ante el rechazo, percepción de lucha fallida, pérdida o alteración de la condición social). Si esta sensación no se supera hay mayor posibilidad de pasar a tener una percepción de atrapamiento (desmotivación para escapar de la amenaza o el estrés) a partir de la que surge la posibilidad de acabar con la propia vida como vía de escape. En el tránsito de la percepción de derrota a la percepción de atrapamiento hay una serie de factores moderadores que pueden potenciar (déficit de habilidad para resolver problemas, experiencias personales negativas, rumiación) o disminuir este tránsito (percepción de alternativas de escape, visión de un futuro más positivo y menos doloroso).
 3. *Volitiva*: los factores moderadores implicados en el paso de la fase motivacional a la volitiva pueden ser ambientales (ej. acceso a medios de ejecución de la conducta suicida), sociales (ej. exposición a conducta suicida de otros/as, representación inapropiada y/o glamurosa del suicidio) o psicológicos (ej. escaso miedo a la muerte, historia pasada de conducta autolesiva o tentativa de suicidio).
- **Teoría de los tres pasos** (Klonsky y May, 2015). En el primer y segundo paso se describe cómo surge la idea suicida y en el tercero, el tránsito hacia la acción suicida. Los pasos que se proponen son los siguientes:
 1. Primer paso: El principal precursor de la idea suicida es el dolor y la desesperanza. Dolor fundamentalmente psicológico. La existencia de dolor (no tanto físico como psicológico) y desesperanza (junto a la ausencia de un proyecto vital significativo) provocaría la aparición de la ideación suicida.
 2. Segundo paso: Esa ideación suicida acompañada de falta de conexión o vinculación a otras personas, daría lugar al deseo de suicidio. La idea suicida puede aumentar en intensidad según el grado de conexión con otras personas, proyectos y objetivos. En este sentido, la conexión puede actuar también como un factor de protección. Si existe una buena conexión con familia, amigos/as, proyectos, intereses la idea suicida no aumenta su grado de intensidad.
 3. Tercer paso: El deseo suicida, acompañado de la capacidad de suicidio, da lugar a la realización de tentativas autolíticas. Se avanza hacia la acción cuando se tiene capacidad para llevar a cabo el suicidio. Se indican tres factores que contribuyen a esta capacidad:
 - Disposicionales. Inherentes o genéticos: ej. alto umbral del dolor.

- Adquiridos. Exposición repetida a sucesos atemorizantes o provocadores que crean hábito como el maltrato infantil, la exposición al combate, la inanición voluntaria en personas diagnosticadas de anorexia o los intentos de suicidio no letales.
- Prácticos. Relacionados con el uso y acceso a medios letales como el conocimiento farmacológico o un trabajo relacionado con acceso a armas de fuego.

Esta teoría destaca la importancia de la conexión e interacción con el entorno de la persona con conducta suicida y el modelo permite la posibilidad de plantear objetivos concretos de intervención: reducir el dolor, incrementar la esperanza, mejorar la conexión y/o reducir la capacidad de suicidio.

- **Teoría del Caos** (Guerra Cid, 2018): según esta teoría el “caos” hace referencia a un sistema que se autoorganiza, que tiene multitud de variables y que no podemos predecir el resultado final pues no se produce una relación causa-efecto. Por tanto, el “caos” se produce en los sistemas complejos en los que existen una gran variedad entre los factores del sistema: de interacciones varias, interconexiones, retroalimentación y microprocesos, entre otros.

Según esta teoría, una acción lleva a una consecuencia, que bien podría haber sido otra, pero después de pasar por múltiples variables, las cuales no siempre se relacionan entre sí. Es el efecto mariposa: un pequeño acontecimiento puede producir grandes cambios en el sistema (personal o familiar).

Hoy, desde la teoría del caos, lo que se defiende es que cualquier circunstancia, aunque sea pequeña, puede llevar al suicidio, siempre y cuando la persona no tenga la capacidad de gestionarla de forma adecuada. Así, una ruptura sentimental, el fracaso escolar, muerte de un ser querido, etc. pueden provocar, por el efecto mariposa, un derrumbe total del sujeto y autodestruirse.

Por tanto, lo importante es cómo vive la persona la nueva situación, y no tanto el factor desencadenante.

En este sentido, el profesor Alejandro Rocamora Bonilla (2022), señala que la conducta suicida es un proceso complejo, no lineal, con avances y retrocesos y multidimensional. De hecho, el llamado factor desencadenante puede ser aparentemente nimio y sin ninguna gravedad (por ejemplo, suspender un examen) y, sin embargo, la “situación” en que se vive, y más concretamente “cómo vive la persona esa situación” (los mecanismos de afrontamiento utilizados) es lo que puede inclinar la balanza hacia la vida o la muerte.

Las razones, pues, para llegar al suicidio pueden ser muy diversas y generalmente no existe una sola. Mas bien, lo que lleva a tomar esa decisión es una “situación” (angustia, soledad, desesperanza, falta de sentido, etc.) que invade a la persona y solamente contempla la muerte, su muerte, como la única solución posible.

- **Teorías del contexto suicida**, siendo una de las más conocidas la teoría de Zayas sobre las adolescentes latinas que intentan suicidarse (Zayas et al., 2005). Este modelo sugiere que los comportamientos suicidas en las adolescentes latinas resultan de la combinación de factores socioculturales (ej., las normas de crianza de las mujeres), familiares (ej., el conflicto), y del desarrollo (ej., autonomía de la adolescente).

Los modelos ecológicos ponen una atención muy necesaria en los factores contextuales que configuran las conductas suicidas. Sin embargo, su principal crítica gira en que estos modelos no tienen la especificidad conceptual suficiente para predecir qué individuos pensarán, intentarán, o morirán por suicidio. Debido a eso, las teorías contextuales no pueden responder a por qué ciertos individuos que crecen en contextos similares (por ejemplo, los que están experimentando un rápido cambio cultural) piensan, intentan, o mueren por suicidio, mientras que otros no lo hacen.

A modo de conclusión, se puede señalar que, hoy en día se sabe que **las conductas suicidas surgen de interacciones complejas entre las características de las personas, sus experiencias de vida, y el contexto sociocultural en el que viven**. Sin embargo, aún no existen teorías que puedan predecir con precisión quién morirá por suicidio y quién vivirá libre de conductas suicidas.

Imagen 5. Componentes de la conducta suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental realizada en este estudio.

3.3. Prevalencia de ideación e intentos de suicidio en niños/as y adolescentes

La prevalencia de ideas e intentos de suicidios en adolescentes varía ampliamente según el mecanismo de medición y muestra utilizada (escala de Okasha, escala de Plutchik, Global School-based Health Survey, escala de salud juvenil, Parasuicide Indicators Schedule, escala de ideación suicida, cuestionarios diseñados por los autores), según se puede apreciar en la siguiente tabla.

A la vista de estos datos, se aprecia que la ideación suicida oscila entre 4,1% y 77,2% según la escala y muestra usada, el intento de suicidio entre 3,55% y 69,2% y el riesgo suicida entre 11,8% y 47,6%.

Esta prevalencia varía considerablemente incluso utilizando una misma herramienta de evaluación por diferentes autores como se pone de manifiesto en la revisión realizada por Hernández-Bello et al. (2020).

Tabla 5. Rango de variación de prevalencia utilizando una misma herramienta de medición en distintos estudios sobre ideación, intento y riesgo suicida en adolescentes (%)

Herramienta de medición utilizada	Ideación suicida	Intento de suicidio	Riesgo suicida
Plutchik		10,2%-12,2%	11,8%-16,5%
Cuestionarios diseñados por autores	9,7%-62%	11,2%-69,2%	
Global School-based Health Survey	4,1%-17,5%		
Escala de ideación suicida	Mujeres: 19,5% Hombres: 24,55%		
Okasha	45%-77,2%	9%-19,1%	
Escala CIP	18%	8%	
Escala de salud juvenil	14,23%	3,55%	47,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de la información aportada en: Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J.L. Y Cogollo-Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. Rev. Esp. Salud Pública, vol. 94:10 de septiembre e1-15.

https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202009094.pdf

3.4. Factores de riesgo de ideación e intentos de suicidio en niños/as y adolescentes

Se encuentran multitud de factores de riesgo de intentos de suicidio y suicidio consumado en adolescentes. En la tabla 6 se muestran los factores identificados por Hink, A.B. et al. (2022) diferenciando los que afectan a nivel individual, interpersonal/familiar y comunitarios.

Tabla 6. Población de alto riesgo y factores de riesgo de suicidio de adolescentes

Individuales	Interpersonal/familiar	Comunitarios
Varones	Bullying	Aislamiento social
Indios americanos	Abuso, negligencia	Alto estrés económico
Blancos no hispanos	Experiencias/expuestos a violencia de pareja, agresión sexual	Zonas rurales
LGTBQ, no conformes con su género	Enfermedad mental, intentos de suicidio parental	Exposición social a suicidios en el colegio, la comunidad
Depresión, PTSD, trastorno bipolar	Vivir en centros, residencias	Propietario de armas de alto nivel
Trastornos del sueño	Adopción, acogimiento familiar	Leyes débiles de seguridad de armas de fuego
Ideas suicidas, intentos de suicidio anteriores	Relaciones pobres padres-hijos/as	
Trastornos por abuso de sustancias	Bajo apoyo social cuando se identifican como LGTBTQ	
Impulsividad, agresión	Accesibilidad a armas de fuego en la casa	
Uso patológico del ordenador		
Historia de daño traumático		

Fuente: Elaboración propia a partir de la traducción de Hink, A.B., Killings, X., Bhatt, A. Ridings, L.E. y Andrews, A.L. (2022). Adolescent Suicide—Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Curr Trauma Rep* 8, 41–53. <https://doi.org/10.1007/s40719-022-00223-7>

Estos factores, según señalan, son especialmente relevantes cuando se dan varios a la vez, hay una escalada de señales y conductas suicidas y cuando los/as adolescentes y preadolescentes se encuentran en cuidados de agudos. Por otra parte, ciertos trastornos mentales y la historia de conductas suicidas (ideas e intentos) y de autolesión no suicida, incrementan el riesgo.

En numerosos estudios se pone de manifiesto que **el intento de suicidio es uno de los predictores más importantes del suicidio consumado, de futuros intentos de suicidio y de ideas suicidas** (Ortín Peralta, 2015). En la revisión de la literatura sobre el comportamiento suicida en niños/as y adolescentes utilizando la teoría de grafos, realizada por Gómez-Tabares (2021) se encuentran tres grandes grupos de estudios en relación con el suicidio y riesgo suicida en niños/as y adolescentes: predictores psiquiátricos, relación entre autolesión no suicida y conducta suicida y relación entre abuso infantil y conducta suicida.

Los principales hallazgos en estas áreas hacen referencia a:

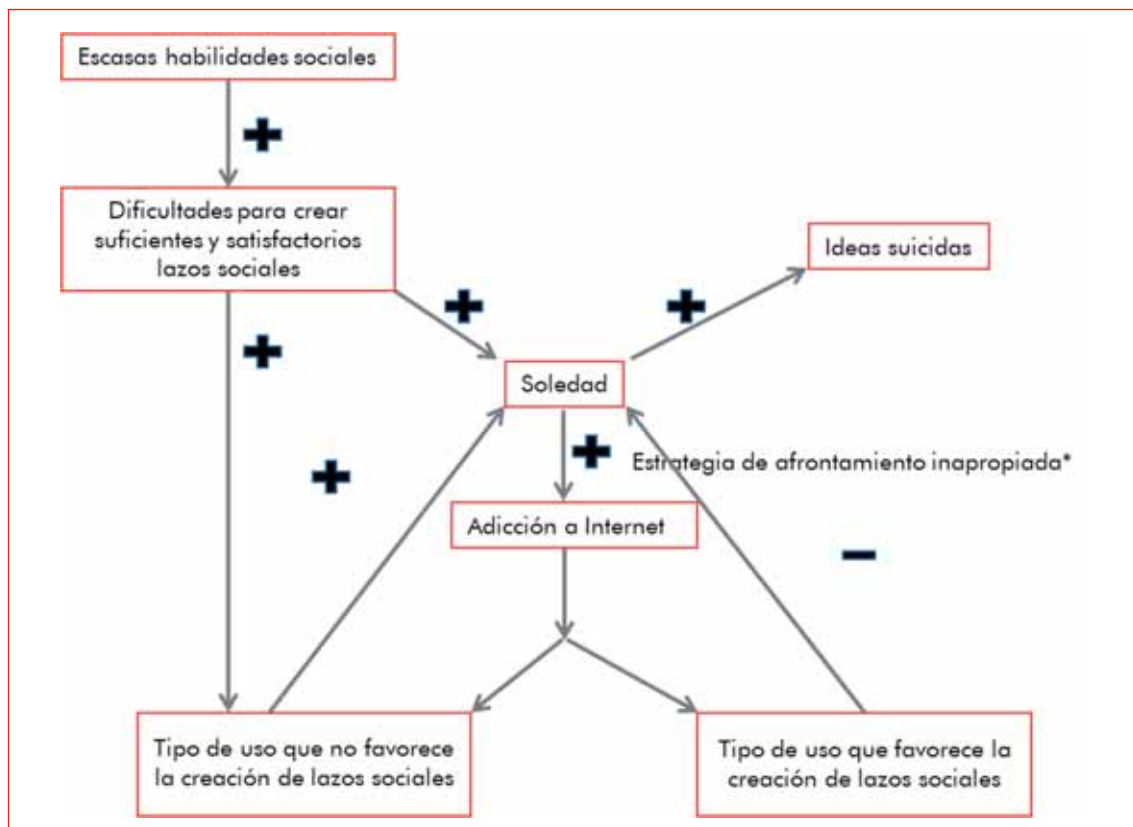
- **Predictores psiquiátricos**
 - La ideación suicida en la adolescencia es un predictor del intento de suicidio en etapas posteriores.
 - Los síntomas depresivos y de ansiedad infantil son predictores del intento de suicidio en la adolescencia. Unidos a comportamientos agresivos e impulsividad provocan mayor riesgo de intento de suicidio, sobre todo en varones.
 - El consumo de alcohol cuando se está deprimido aumenta significativamente el riesgo de intento de suicidio entre los que no informaron de ideas suicidas en el último año.

- o Los episodios de consumo de alcohol excesivo se asocian con mayor riesgo de suicidio tanto entre quienes han tenido previamente intentos de suicidio como entre los que no informan de ideas suicidas.
 - o La asociación entre consumo de alcohol e intento de suicidio varía con la edad. Adolescentes de 13 años o menos con algún episodio de consumo de alcohol excesivo tienen mayor riesgo de intento de suicidio que los/as jóvenes de 18 años.
 - o Los/as adolescentes que presentan intento de suicidio en comparación con los que tienen ideas suicidas presentan con mayor probabilidad un trastorno psiquiátrico, específicamente depresión, ansiedad, trastorno de conducta e informan con más frecuencia de exposición a autolesión en familiares y amigos/as.
 - o Otros factores de riesgo son: género femenino (Mars et al., citado en Gómez-Tabares, 2021), menor coeficiente intelectual, mayor impulsividad, comportamientos temerarios y de búsqueda de emociones, mayor número de eventos adversos en la vida, insatisfacción corporal, desesperanza, tabaquismo y consumo de drogas.
 - o Asociación entre antecedentes de intento y suicidio consumado en familiares e ideación e intento de suicidio en adolescentes.
- **Autolesión no suicida e intento de suicidio**
 - o Entre los factores predictores de la transición de pensamientos suicidas a intentos se encontraron las conductas autolesivas no suicidas, uso de cannabis, otros usos de drogas ilícitas, exposición a autolesiones en la familia y amigos/as.
 - o Los/as adolescentes con autolesiones no suicidas igual que quienes habían sido hospitalizados/as por intentos de suicidio presentaron más errores en reconocimiento facial de expresiones de tristeza en niños y niñas con miedo y adultos/as.
 - o La alteración en el reconocimiento emocional se asocia a un déficit en la cognición y las habilidades sociales. los/as adolescentes con este déficit pueden interpretar de forma errónea emociones y señales sociales en los demás lo que puede generar malestar, aislamiento social y pertenencia frustrada.
 - **Abuso infantil y conducta suicida**
 - o Los desórdenes de salud mental, específicamente trastornos de tipo afectivo, ansiedad, estrés posttraumático, trastornos por consumo de sustancias y del control de impulsos, son mediadores entre las experiencias adversas en la infancia (abuso físico, sexual, psicológico y negligencia) y la conducta suicida, específicamente la ideación e intento suicida en la adultez.
 - o La combinación de abuso infantil y trastorno por estrés posttraumático aumenta la probabilidad de riesgo de mayor número de intentos de suicidio y mayor letalidad del intento.
 - o Aunque no se encuentran todavía datos concluyentes respecto a la asociación entre la edad específica del abuso y la conducta suicida, Dunn et al. (citado en Gómez-Tabares, 2021) encontraron que la exposición al abuso físico y sexual en etapas más tempranas de desarrollo (3 a 5 años) aumentó significativamente el desarrollo de trastornos anímicos e ideas suicidas respecto a quienes sufrieron maltrato en la adolescencia.

3.4.1. Tecnologías de la información y la comunicación (TICs) e ideas/intento de suicidio

Las TICs entre los/as adolescentes son actualmente esenciales para la integración social con sus compañeros/as y como apoyo en la construcción de su identidad, pero **pasan a ser un problema cuando se utilizan en exceso como medio para resolver problemas interpersonales o de sentimientos de soledad, frecuentes durante la adolescencia.** Esta relación es la que estudiaron Khatcherian, E. et al. (2022) intentando dar respuesta a la pregunta: ¿en qué medida están unidos el sentimiento de soledad, el uso adictivo de Internet y el riesgo de ideación suicida en adolescentes? A partir de la revisión bibliográfica realizada proponen un modelo en el que se establece una relación circular entre los sentimientos de soledad y la utilización excesiva de Internet. Plantean con su modelo que los/as adolescentes que sufren de soledad (escasas habilidades sociales, dificultades para crear lazos sociales satisfactorios) pueden reaccionar intensificando la utilización de Internet de manera inapropiada como mecanismo de afrontamiento para evitar las emociones negativas que la situación les produce. Pero esta conducta puede llevar a un círculo vicioso incrementándose los sentimientos de soledad por utilizar un mecanismo de afrontamiento inadecuado (Ilustración 3).

Ilustración 3. Modelo teórico de la relación entre soledad, adicción a Internet e ideaciones suicidas

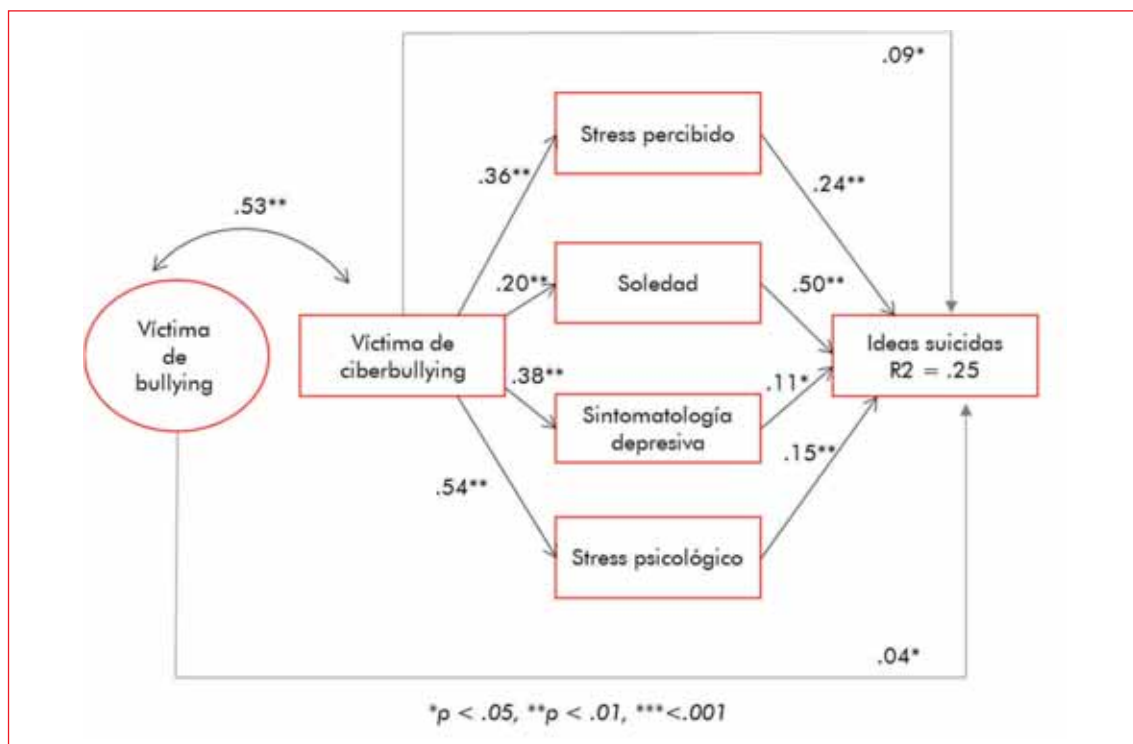


* Estrategia de afrontamiento inadecuada: podría estar escapando de situaciones o hechos adversos de la vida o manejando emociones negativas.

Fuente: Traducción propia de Khatcherian, E.; Zullino, D.; De Leo, D.; Achab, S. Feelings of Loneliness: Understanding the Risk of Suicidal Ideation in Adolescents with Internet Addiction. A Theoretical Model to Answer to a Systematic Literature Review, without Results (2022). *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19: 2-12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8872550/pdf/ijerph-19-02012.pdf>

Uno de los fenómenos negativos más frecuentes asociados a la utilización de las TICs es el **ciberbullying**. Las víctimas de ciberbullying además de presentar sintomatología depresiva, percepción de estrés, baja autoestima y satisfacción con la vida, fatalismo y mal ajuste psicológico con altos niveles de soledad también muestran con mayor frecuencia ideaciones suicidas que en los casos de bullying. De hecho, se ha mostrado que en las víctimas de ciberbullying la ideación suicida es un precedente de la conducta suicida y un predictor de futuros intentos de suicidio (Iranzo et al., 2019). En el estudio de Iranzo, B. et al. (2019), aunque se encontró una relación directa entre bullying y ciberbullying e ideaciones suicidas, los resultados del estudio mostraron que el mal ajuste psicosocial: estrés percibido, soledad, sintomatología depresiva, actúan como variables mediadoras que incrementan las ideas suicidas (Ilustración 4).

Ilustración 4. Modelo final de efectos directos e indirectos de la victimización por ciberbullying en la ideación suicida



Fuente: Traducción propia de Iranzo, B., Buelga, S., Cava, MJ. Y Ortega-Barón, J. (2019). Cyberbullying, psychosocial adjustment, and suicidal ideation in adolescence. *Psychosocial intervention*, 28(2):75-81. <https://scielo.isciii.es/pdf/inter/v28n2/1132-0559-inter-28-2-0075.pdf>

Otros factores de riesgo específicos de ciberbullying en adolescentes que se encuentran en la revisión realizada por Dorol-Beauroy_Eustache y Mishara (2021) fueron **condiciones o trastornos previos del espectro autista, del desarrollo e intelectual, obesidad, asma y severidad del ciberbullying**.

Por último, también hay que mencionar **el cibersuicidio**, término que hace referencia a la acción de quitarse la vida, motivado por la influencia entre otras variables, de páginas web con contenido de ayuda, influencia o motivación para cometer suicidio (web pro-suicidas), salas de chats y foros de Internet, pone de manifiesto la relación entre conducta suicida, Internet y redes sociales como canal de información y encuentro en usuarios/as con ideación suicida (Martínez, 2020).

Este término está cada vez más presente, entendiéndose éste como la influencia de Internet a la hora de cometer suicidio. Igualmente, **la aparición de juegos y retos online que incluyen conductas peligrosas o autolesivas, y el importante “efecto copia” que pueden provocar ciertos contenidos colgados en la red, han convertido a las TIC en un factor de riesgo dentro de las conductas suicidas.**

La existencia de páginas web y redes sociales, donde se pueden encontrar **videos y blog con discursos complacientes hacia la muerte por suicidio**, animando a los niños/as y adolescentes a suicidarse -incluso de manera colectiva- y recomendando diversos medios para ello, es una realidad que no se puede negar. Internet se ha convertido, en los últimos años, en una fuente de comunicación con una influencia y uso significativo en aquellas personas que buscan, navegan en la profundidad de la red, en búsqueda de contactos, encuentros con otros/as internautas que promuevan espacios de debate y/o conocimiento sobre métodos y formas de cometer suicidio. Especialmente, hay que resaltar que el suicidio, según la OMS, es la cuarta causa de muerte no natural en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 29 años, siendo este colectivo el principal consumidor de información a través de Internet.

El Consell de l’Audiovisual de Catalunya -CAC- (2017) advierte de la facilidad de localizar estos sitios web, pese a los mecanismos que han instaurado las propias plataformas con alertas de ayudas y sistemas de denuncias de “contenidos inapropiados”. Y señala que de los más de 20 millones de resultados que arroja una búsqueda sobre “suicidio” en Google, el 10% son “contenidos de riesgo”, mientras que en Youtube de los casi 890.000 resultados sería el 58%. Frente a estas cifras, aproximadamente solo el 20% tendría una conducta disuasoria.

Se trata de videos o blogs que vulneran la legalidad, pero que, ya sea porque se trate de empresas no españolas difíciles de localizar o porque las empresas implicadas no siempre responden con celeridad a las peticiones de retirada, resulta difícil actuar con eficacia.

Con el fin de hacer frente a los efectos negativos que estos contenidos digitales pueden tener sobre la población vulnerable, como los/as menores de edad, **es conveniente un mayor control parental ante la navegación por Internet de sus hijos/as, así como fomentar la comunicación en el seno de la familia, y promover el espíritu crítico ante los contenidos que circulan por la red.**

Por último, también es preciso señalar que en el mismo contexto en el que Internet se convierte en un factor de riesgo, **es posible transformar estas herramientas en un factor de protección, publicando información de calidad que eduque a la población y que aporte recursos a las personas en riesgo de cometer una tentativa.**

3.4.2. Trastorno de la conducta alimentaria e ideas/intento de suicidio

Entre los trastornos de conducta como predictor psiquiátrico de riesgo de intento de suicidio mencionado en la revisión realizada por Gómez-Tabares (2021) merece especial atención el trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Es conocida la presencia de ideas y conductas autolesivas en personas con trastornos de conducta alimentaria (TCA), existiendo menos literatura sobre esta asociación en población adolescente. En el estudio realizado por Varela-Besteiro et al. (2017) sobre esta relación en adolescentes se encontró, en población atendida en un centro especializado, una alta prevalencia de ideación y conductas autolesivas asociadas a: mayor gravedad de la sintomatología de TCA, afectividad negativa, perfeccionismo y baja motivación para el cambio. Como hemos señalado anteriormente, **la ideación suicida no lleva necesariamente a la conducta autolesiva, sino que esta conducta en adolescentes con TCA, según expresan Varela-Besteiro et al. (2017) se explicaría “por la necesidad de regular emociones negativas intensas que incrementarían las actitudes negativas hacia el propio cuerpo”.**

3.4.3. Fármacos antidepresivos en adolescentes y riesgo de suicidio

Como hemos visto, **los síntomas de ansiedad y depresión actúan como mediadores/predictores del intento de suicidio en adolescentes**. Esta asociación lleva a plantear la efectividad de los tratamientos farmacológicos que se utilizan para niños/as y adolescentes para disminuir esta sintomatología. En el meta-análisis de estudios realizada por Boaden, et al. (2020) se encontró que la paroxetina está asociada con un incremento de conductas/ideas suicidas en niños/as y adolescentes con trastornos de ansiedad y la venlafaxine en el caso de aquellos/as que presentaban trastorno depresivo mayor. Por el contrario, la sertralina estuvo asociada con una reducción del riesgo en quienes presentaban síntomas de trastorno de ansiedad. Resultados que han de ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones por parte de quienes los prescriben para que lo que inicialmente se indica para reducir riesgos derivados de dichas sintomatologías no se conviertan en un riesgo añadido.

3.5. Factores de protección de ideación e intentos de suicidio en niños/as y adolescentes

Los factores de protección están menos estudiados, aunque ya se encuentra suficiente evidencia para poder aportar información fiable respecto a cuáles son los más relevantes. En la revisión bibliográfica realizada por Díaz de Neira, M. (2012) se diferenció entre factores de protección ante el suicidio, intento de suicidio, conductas autolesivas no suicidas e ideación suicida. Los hallazgos se muestran en la tabla 7. Como se puede observar **la percepción de un buen funcionamiento familiar y el disponer de relaciones basadas en la confianza y amabilidad entre iguales actúan como factor de protección relevante en todo el proceso de la conducta suicida previa a la consumación del suicidio**.

Tabla 7. Factores de protección de la conducta suicida en adolescentes

Suicidio	Intento de suicidio	Conductas autolesivas no suicidas	Ideación suicida
Creencias religiosas/afiliación religiosa	Percepción de los/as adolescentes de funcionamiento familiar normal	Satisfacción con las relaciones sociales	Creencias religiosas y participación religiosa en mujeres
Apoyo social y emocional recibido	Cuidado y protección parental	Percepción de los/as adolescentes de funcionamiento familiar normal	Bienestar existencial
Habilidades de afrontamiento	Grado de conexión familiar		Relaciones sociales basadas en la confianza y la amabilidad
Estar escolarizado	Tener con quien contar en situaciones difíciles		Percepción de los/as adolescentes de funcionamiento familiar normal
Referir razones para vivir	Percepción de tener relaciones basadas en la confianza y la amabilidad con iguales		
Tener una buena alianza terapéutica	Adscripción a la religión católica		

Fuente: Elaboración propia a partir de: Díaz de Neira, M. (2012). *Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental [Tesis de doctorado]*. Departamento de Psicología clínica y de la salud. Facultad de psicología. Universidad Autónoma de Madrid. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661735/diaz_de_neira_monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

En esta misma línea Sánchez-Teruel y Robles-Bello (2014) presentaron a partir también de una revisión de estudios realizados desde 1980 a 2013, un listado de factores protectores que favorecen la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. Diferencian entre factores externos e internos vinculados a características cognitivas, afectivas, conductuales y de personalidad de los/as adolescentes. Estos factores se resumen en la tabla 8.

Al igual que en la revisión realizada por Díaz de Neira (2012) **entre los factores externos que promueven la resiliencia se encuentran las “Relaciones positivas con familia, compañeros de instituto y profesores”, “disponer de redes sociales estructuradas (familia, amigos y barrio)” y “apoyo social de tipo emocional”**. Este último como factor de protección ante la consumación del suicidio. Asimismo, **entre los factores internos se incluyen también “habilidades de afrontamiento”** (Díaz de Neira Hernando, 2012) caracterizadas de forma más detallada como: “estilo atribucional positivo”, “autorregulación y flexibilidad cognitiva”, “autocontrol emocional”, “perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad”, “control de los impulsos”, “habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata”, “expresión de emociones” y “gestión de conflictos”. Y “referir razones para vivir” como “razones para vivir” y “búsqueda del sentido de la vida”.

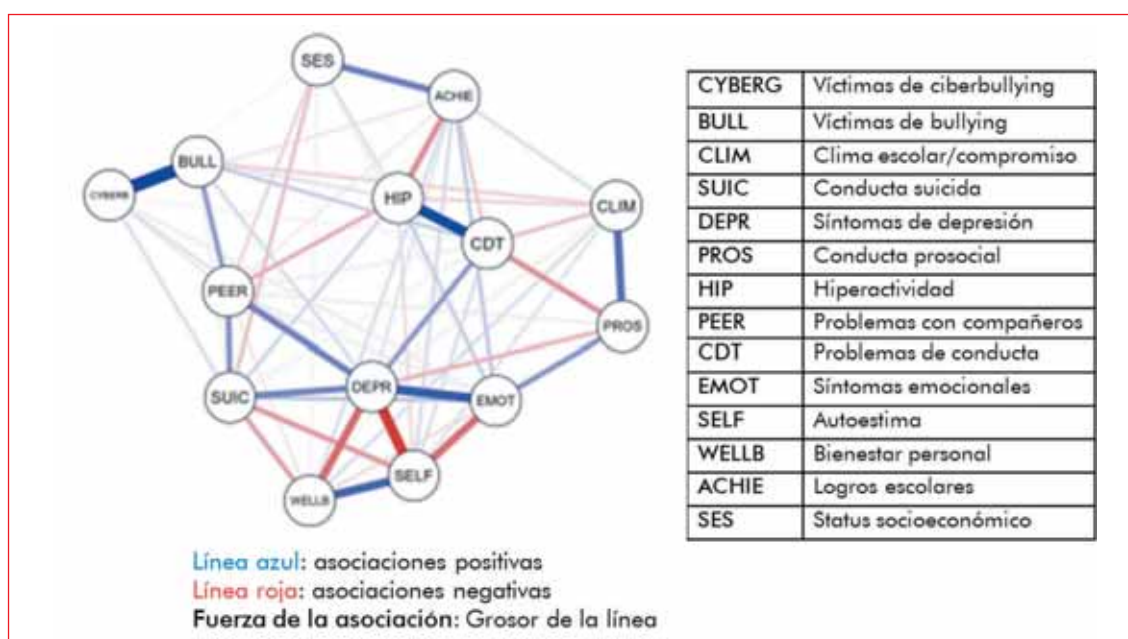
Tabla 8. Variables que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes (1980-2013)

Variables que promueven la resiliencia ante al suicidio en adolescentes y jóvenes (1980-2013)	
Factores internos	Cognitivas <ul style="list-style-type: none"> • Autoconcepto positivo • Autorregulación y flexibilidad cognitiva • Estilo atribucional positivo • Razones para vivir
	Afectivas <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol emocional • Esperanza • Autoestima • Gratitud • Perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad
	Conductuales <ul style="list-style-type: none"> • Control de los impulsos • Habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata • Expresión de emociones • Gestión de conflictos
	Personalidad <ul style="list-style-type: none"> • Sentido del humor • Empatía • Búsqueda del sentido de la vida
	Ecológicas
Factores externos	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social de tipo emocional • Experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales • Relaciones positivas con familia, compañeros de instituto y profesores • Redes sociales estructuradas (familia, amigos y barrio) • Dificultad de acceso a métodos de suicidio • Sentido de pertenencia a un grupo o cultura • Activismo social • Amplificar los valores relacionados con la identidad sexual y étnica • Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria • Formación en diversidad sexual y étnica en profesionales

Fuente: Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, MA. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(2):181-192. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>

La gran variedad de factores implicados tanto en el riesgo como en la protección de la conducta suicida lleva a plantear nuevos modelos de comprensión de este comportamiento. Una alternativa al modelo de pensamiento tradicional lineal es el **modelo de análisis en red** más adecuado quizás para analizar sistemas complejos como la conducta suicida. Con este modelo de análisis se describen las relaciones complejas entre un grupo de variables clave, centrándose en las interacciones entre las unidades más básicas que componen los problemas que se abordan. Este modelo de análisis lo utilizaron Fonseca-Pedrero et al. (2022) para evaluar las relaciones existentes entre factores de protección y riesgo de la conducta suicida. Administraron a 1.790 estudiantes (53,7% mujeres y media de edad de 15,7 años, desv. típica=1,26) un instrumento con el que evaluaron la conducta suicida, dificultades emocionales y conductuales, conducta prosocial, bienestar subjetivo, autoestima, sintomatología depresiva, rendimiento académico, status socio-económico, compromiso escolar, bullying y ciberbullying. **Encontraron que la conducta suicida estaba conectada positivamente con síntomas de depresión, problemas conductuales y bullying y negativamente con la autoestima y el bienestar subjetivo** (Ilustración 5). A partir de estos resultados sugieren que las intervenciones orientadas a disminuir los síntomas depresivos o incrementar la autoestima serían especialmente efectivas para reducir los riesgos de suicidio.

Ilustración 5. Red estimada de conducta suicida y factores de riesgo y protección



Fuente: Fonseca-Pedrero, E.; Al-Halabí, S.; Pérez-Albéniz, A.; Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 1784. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8834911/pdf/ijerph-19-01784.pdf>

Específicamente, respecto al bullying, con independencia del tipo de bullying, en la revisión realizada por Dorol-Beauroy_Eustache y Mishara (2021) **los factores de protección de conductas suicidas de adolescentes estuvieron relacionados con la conexión escolar y el apoyo parental**. Estos factores actuarían reduciendo la probabilidad de que los niños/as y adolescentes carezcan de sentido de pertenencia. **Específicamente asociados al ciberbullying se encontraron el autocontrol, una paternidad autoritaria y el control parental** (“parental concentration”). Los dos últimos factores que se señalan requerirían estudios añadidos ya que, según expresan, la actuación sobre ellos no es efectiva para reducir el ciberbullying, es posible que existan diferencias culturales y se encuentra heterogeneidad en los estudios que analizaron respecto a la definición de los estilos parentales estudiados.

4

Análisis de resultados

4.1. Visión general de la evolución de la conducta suicida (2012-2022)

Desde enero de 2012 hasta agosto de 2022, las consultas de orientación especial⁶, atendidas en el Teléfono/Chat ANAR, referidas a la conducta suicida se han multiplicado por 13,7, con una tasa de crecimiento en la última década de 1.271,5%. Destaca el importante aumento que se ha producido desde el año de la pandemia COVID-19, con un crecimiento del 112,9% (gráfico 10).

En este periodo (2012-2022) la Fundación ANAR ha atendido 19.242 consultas de orientación especial por ideación e intento de suicidio, que representan 9.637 casos⁷ en los que ANAR ha contribuido a salvar la vida de niños/as y adolescentes con conducta suicida (gráfico 11).

Gráfico 10. Evolución del número de consultas de orientación especial atendidas por ideación y/o intento de suicidio. Años 2012-2022



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

⁶ Se trata de consultas que requieren de una valoración y orientación psicológica y/o asesoramiento de carácter jurídico y/o social. En la mayoría de los casos, estas orientaciones conllevan la derivación a un recurso externo y, en algún caso, la intervención directa, trasladando el caso a las autoridades o entidades pertinentes y realizando posteriormente un seguimiento.

⁷ Un caso corresponde siempre a una única persona y en él se recoge el problema de la conducta suicida que haya contado a lo largo del tiempo en las diferentes llamadas de orientación especial. Por tanto, es normal que un caso haya realizado varias consultas de orientación especial.

Gráfico 11. Evolución del número de casos atendidos por ideación y/o intento de suicidio. Años 2012-2022



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Si se comparan los casos por ideación suicida con los de intento de suicidio, se observa que la tasa de crecimiento del periodo analizado es mayor en el caso de los intentos de suicidio (2,488,6%) que en los de ideación suicida (2.272,9%). No obstante, en este periodo, ambos han experimentado un importante crecimiento, las ideaciones suicidas se han multiplicado por 23,7 y los intentos de suicidio por 25,9. Además, en ambos casos se aprecia el incremento sustancial que han sufrido tras el año de la pandemia del coronavirus (2020-2022), alcanzando una tasa de crecimiento de 146,8% y 207,1%, respectivamente.

Gráfico 12. Evolución del número de casos⁸ atendidos por ideación suicida e intento de suicidio. Años 2012-2022



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Si se analiza año por año, los mayores incrementos en el caso de las ideaciones suicidas se producen entre 2020-2021 (112,5%), entre 2015-2016 (70,9%), entre 2012-2013

⁸ Se trata de casos totales, es decir, casos nuevos sumados a los casos de seguimiento (situaciones atendidas con anterioridad).

(65,6%), entre 2017- 2018 (46,3%) y, finalmente, entre 2014-2015 (45,1%). También en el caso del intento de suicidio, los mayores crecimientos se suceden en los mismos años, pero el orden del ranking varía ligeramente, ya que después del periodo 2020-2021 (153,6%), el mayor incremento se da entre 2012-2013 (137,1%), entre 2015-2016 (72,2%), entre 2017-2018 (49,4%) y entre 2014-2015 (40,2%), tal y como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Se podría pensar que tras el crecimiento abrupto durante la pandemia los casos de conducta suicida experimentarían una bajada en el año posterior, pero no ha sido así, sino que los casos no sólo se mantienen sino que continúan sufriendo un crecimiento.

Tabla 9. Incrementos porcentuales interanuales en casos de ideación suicida e intento de suicidio. Años 2012-2022

	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Ideación suicida	65,6	8,8	45,1	70,9	3,7	46,3	10,1	28,7	112,5	16,2
Intento de suicidio	137,1	-1,2	40,2	72,2	-20,2	49,4	2,1	22,4	153,6	21,1

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

A la vista de estos datos, parece que **la COVID-19 (la situación de cuarentena o la infección del coronavirus, etc.) ha sido un factor estresante y coadyuvante que ha incidido en un aumento de los casos de niños/as y adolescentes con conducta suicida.** En este sentido, los datos muestran que la pandemia ha amplificado los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en la infancia y adolescencia. El desarrollo de los niños/as y adolescentes se ha podido ver afectado por el cierre de las escuelas, la limitación de las relaciones con iguales, la imposibilidad de realizar actividades físicas en el exterior, la pérdida de hábitos saludables de vida, el miedo a contraer la enfermedad y el duelo por el fallecimiento de seres queridos. Un factor también importante ha sido el padecimiento de violencia intrafamiliar sin posibilidad de escape.

Así, diferentes estudios han señalado que los factores de riesgo psicosocial más influyentes en la población infantil y adolescente propiciados por la pandemia han sido: el aislamiento, la violencia intrafamiliar, la pobreza, el hacinamiento, el abuso de las tecnologías y las barreras asistenciales de salud mental, además de visibilizar los altos niveles de estrés, ansiedad y depresión a las que estuvieron sometidos durante las cuarentenas (Paricio del Castillo y Pando Velasco, 2020).

No hay que olvidar que “los niños/as y adolescentes conforman una población especialmente vulnerable a las crisis sociales” (Paricio del Castillo y Pando Velasco, 2020). Por ello, la pandemia ha podido generar unos efectos muy graves en el ámbito de su salud física, mental y psicosocial. En esta línea, los/as profesionales de la salud han declarado que la COVID-19 ha tenido un enorme impacto en la salud mental de este colectivo, registrándose abundantes afecciones emocionales, agravándose también patologías psiquiátricas ya existentes.

R. Paricio del Castillo y M. F. Pando Velasco (2020) concluyen en su estudio que las pandemias de enfermedades infecciosas se asocian con un aumento de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático en la población infanto-juvenil, y suponen un contexto en el que los duelos por la pérdida de seres queridos se ven complicados debido a la imposibilidad de efectuar rituales de despedida. El decreto de confinamiento y distancia social han supuesto, para las niñas y los niños, el cierre de las escuelas, la imposibilidad de la interacción y el

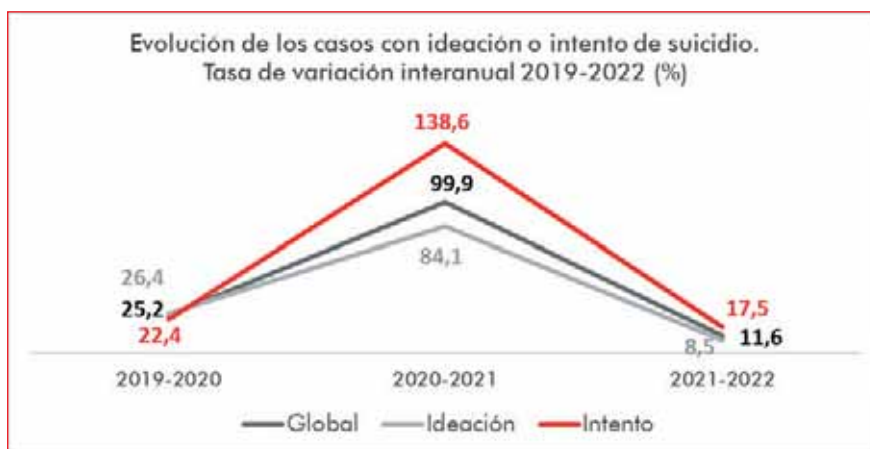
juego con iguales y la falta de actividad física y ejercicio en el exterior, factores todos ellos que pueden limitar su correcto desarrollo físico y socioemocional. Además, las consecuencias sociales y económicas de la crisis, con pérdida de la actividad laboral y la capacidad adquisitiva de muchas familias, los colocan en una situación de mayor vulnerabilidad e incertidumbre respecto a su futuro.

4.2. Análisis evolutivo y profundo del fenómeno (2019-2022)

En el período analizado 2019-2022 se atendió a un total de 6.137⁹ niños/as y adolescentes que llamaron por primera vez a ANAR y expresaron en algún momento haber tenido “ideación suicida” (66,3%) o haber llevado a cabo uno o varios “intentos de suicidio” (33,7%). Estos casos han ido aumentando progresivamente a lo largo de los cuatro años (chi-cuadrado: 24,376; sig.=0,000), siendo el año 2022 en el que se encuentra el mayor porcentaje, llegando a suponer el 37,0% de los casos atendidos en el período. El rasgo más destacado es el fuerte crecimiento en el total de niñas, niños y adolescentes con conducta suicida atendidos/as en la etapa posterior a la pandemia, que crece en un 179,3% en 2022 en comparación con el año 2019.

Si se diferencia entre casos con ideación suicida respecto a aquellos/as en los que ya se expresa haber realizado un intento de suicidio, encontramos que la diferencia entre unos y otros se va reduciendo a lo largo de los cuatro años debido al aumento progresivo de los casos de intento de suicidio. En el año 2019 la diferencia de proporciones entre los casos de ideación suicida (70,4%) respecto a los de intento de suicidio (29,6%) era de 40,8 puntos porcentuales, valor que se reduce de forma importante en 2022 pasando a una diferencia de 27,2 puntos porcentuales. Este aumento de los casos de intento de suicidio a lo largo de los años se percibe con claridad si se observan las tasas de variación interanual. Los intentos de suicidio se incrementan de forma importante entre el año 2020-2021 aumentando un 138,6% frente a un 99,9% de las “ideaciones suicidas”. El mayor crecimiento interanual de los intentos de suicidio se mantiene, aunque menos acentuado, en el período 2021-2022 (gráfico 13).

Gráfico 13. Evolución de los casos con ideación e intento de suicidio. Tasa de variación interanual 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

⁹ Para el análisis evolutivo profundo, que comprende los años 2019-2022, se analizan casos nuevos, es decir, casos abiertos en cada uno de los años analizados. De esta forma se evitan duplicidades, para facilitar el análisis comparativo entre años.

Estos datos ponen de manifiesto los importantes efectos producidos por la COVID-19 en la población de niños/as o adolescentes, como se ha comentado anteriormente. El período de confinamiento con la consiguiente limitación de relaciones sociales directas con los compañeros/as y el posible deterioro de las relaciones intrafamiliares por el empeoramiento de la situación económica de muchas familias ha incidido de forma negativa en el malestar de esta población derivando en un agravamiento de las conductas suicidas, pasando con más facilidad, ante el menor apoyo social, de la ideación al intento de suicidio.

La infancia y la adolescencia son etapas vitales en las que el contexto tiene una gran influencia sobre su conducta, aportando factores de protección y factores de vulnerabilidad. La COVID-19 mermó la variedad de estímulos sociales a causa del confinamiento y la distancia social, que ha supuesto para estos colectivos un cambio radical de sus hábitos de vida, con el cierre de los centros escolares y la limitación de las relaciones con iguales.

Los centros educativos, además de la formación académica, tienen un papel primordial en la socialización de los niños/as y adolescentes y en el desarrollo de sus habilidades interpersonales. Por ello, al suprimirse la asistencia presencial a las aulas y el ocio fuera de casa, sus interacciones sociales se han reducido al ámbito familiar más cercano.

El aislamiento social de pares se asocia a sentimientos de soledad y frustración, especialmente en las etapas de infancia escolar y adolescencia, cuando la persona busca y necesita la interacción con iguales para su correcto desarrollo psicosocial (Paricio del Castillo y Pando Velasco, 2020).

Adolescente mujer de 14 años con problemas de soledad

“Me contagié de COVID-19 y, en ese momento, comencé a darme cuenta de que me sentía sola. Esto lo percibí en las relaciones con mis amigas y se fue generalizando a otros casos como la familia; cuando comencé a sentirme sola, se desencadenaron pensamientos y emociones negativas casi todo el tiempo...”

Todos/as los/as profesionales que han participado en el Grupo de discusión coinciden en señalar que **el aumento de la conducta suicida en niños/as y adolescentes tras la crisis sanitaria, debida a la COVID-19, ha llevado a que se empiece a hablar de este tema** en medios de comunicación haciéndose más visible la existencia de estas conductas en jóvenes y niños/as. Previamente se consideraban prácticamente inexistentes en esta población.

Grupo de profesionales de ANAR

“La pandemia hizo mucho foco (...) y yo creo sobre todo que ha servido para dar el paso a que los medios empiecen a hablar de ello... y han visto que no pasa nada porque se hable de ello en las redes sociales, la televisión, los periódicos y la radio.”

Aparte de los posibles efectos de la pandemia en el aumento de la conducta suicida en esta población también se menciona en el grupo de profesionales un **cambio en las formas de comunicarse y socializar entre los niños/as y adolescentes**, aunque no hay amplio acuerdo a este respecto. Alternativamente a esta idea se plantea que sí que cuentan con una red de apoyo entre los pares ya que con frecuencia a ANAR llama un amigo/a para informar de la situación.

Grupo de profesionales de ANAR

“Creo que ha habido un cambio de tendencia en la manera en la que se socializan y se comunican y que cada vez están un poco más cerrados en sí mismos (...) las relaciones que

tienen son un poco superficiales creo (...) y a lo mejor no tienen ese margen de confianza para contarle a alguien: ‘me siento así, estoy agobiado y desahogar eso’... a lo mejor por redes sociales lo pueden hacer pero creo que no son el mismo tipo de relaciones que pueden establecer y el mismo margen de confianza.”

“Me parece que a sus iguales les siguen comunicando ‘me quiero morir’ porque en las llamadas vemos muy habitual que nos llame el amigo que es conocedor.”

La idea del suicidio surge en los niños/as o adolescentes como una ideación para mejorar su estado de ánimo y dejar de sufrir y experimentar dolor intenso y continuado.

Grupo de profesionales de ANAR

“Entonces al final ante cualquier malestar intenso o que les perjudique a ellos gravemente, puede ser una de las herramientas desadaptativas que utilizan para aliviarse.”

En relación con la elección del método^{*10}, en muchas ocasiones se ve influenciada por factores culturales y por la disponibilidad de los medios letales. La utilización de un método u otro puede indicar la seriedad de la intención. Hay métodos que inciden en que la supervivencia sea menos probable, como lanzarse de lo alto de un puente, y otros, como la ingesta de fármacos, incrementan las posibilidades de rescate. “Sin embargo, la elección de un método que no es mortal de necesidad no implica necesariamente que el intento sea menos serio que el que lleva a emplear métodos más mortales” (Christine, 2021).

En la mayoría de los casos analizados se puede apreciar que la forma escogida para quitarse la vida es la ingesta masiva de pastillas, sobre todo en el género femenino, y así lo atestigua el estudio realizado a adolescentes supervivientes de suicidio, donde el 94,2% respondieron que ésta fue la forma seleccionada para llevarla a cabo. En esta investigación se concluye que el mecanismo suicida más frecuente en adolescentes fue la intoxicación medicamentosa (Soler et al., 2016).

En coherencia con los métodos más habituales utilizados en los suicidios consumados por la adolescencia, en la población de adolescentes que llama a ANAR con conducta suicida **se idean o realizan los intentos de suicidio recurriendo fundamentalmente a algún tipo de fármaco del que se dispone con facilidad en la casa** (paracetamol) **o medicación que ellos/as tengan pautada o alguno de los progenitores** (antidepresivos, ansiolíticos), también se mencionan, aunque en menor medida la realización de cortes/apuñalamiento, estrangulamiento o saltar de un lugar elevado.

Sin embargo, **en las ideaciones o intento de suicidio de los niños/as o preadolescentes (12 años o menos) se menciona en mayor medida la idea de “tirarse desde un lugar elevado”.**

4.2.1. Perfil de las llamadas

La solicitud de apoyo/ayuda se realiza en el Teléfono/Chat ANAR fundamentalmente a través de dos tipos de Líneas, unas a las que tienen acceso los niños/as y adolescentes directamente y otras mediante las que contactan personas adultas de su entorno para informar de algún caso conocido de un/a menor de edad en situación de riesgo. **El 57% de las llamadas se han recibido a través de las Líneas del niño/a y adolescente y el 43% utilizando las Líneas de Ayuda de adultos/as de la Fundación ANAR.**

¹⁰ Este estudio analiza los métodos utilizados con más frecuencia, sin embargo, conviene señalar que los medios de comunicación, cuando tratan sobre el suicidio **NUNCA deben mencionarlos**, tal y como recomienda la OMS (Ver Anexo I del presente documento).

Gráfico 14. Procedencia de las consultas sobre conducta suicida realizadas a través del Teléfono/Chat ANAR. Años 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

En relación con la conducta suicida, las líneas del niño/a y adolescente han sido utilizadas con mayor frecuencia a lo largo de los años en detrimento de las usadas por los adultos/as (Chi cuadrado: 157,955; sig.=0,000). En el período 2020-2021 ambas líneas han experimentado un incremento importante, más acusado en el caso de las líneas de adultos/as (tasa de variación: +113,1%) para después disminuir en el siguiente período 2021-2022 (tasa de variación: -14,5%), decremento que no se da en el caso de las líneas del niño/a y adolescente que continúan aumentando la recepción de llamadas (tasa de variación: +33,4%). Este patrón se mantiene con independencia de que se trate de un caso de ideación suicida o de intento de suicidio.

El aumento de las llamadas a través de las líneas del menor de edad informa de un incremento de llamadas provenientes de adolescentes más que de niños/as, respecto a estos últimos solicitan apoyo algún familiar, profesores/as o personas conocidas, contactando mediante alguna de las líneas del adulto/a.

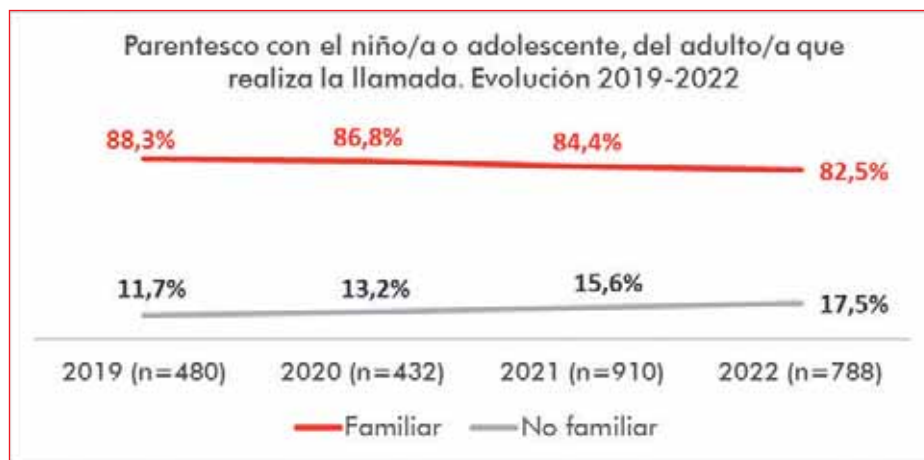
Gráfico 15. Evolución de la vía de llamada de casos con ideación e intento de suicidio. Tasa de variación interanual 2019-2022



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Cuando llama una persona adulta para informar de un niño/a o adolescente en situación de riesgo, habitualmente es un familiar. El 84,9% de las llamadas recibidas por un adulto/a son de familiares, en mayor medida en el caso de “ideaciones suicidas” (85,2%) que de intentos de suicidio (76,4%). Esta relación ha ido variando a lo largo de los años aumentando el peso de las llamadas de “no familiares” (Chi-cuadrado: 9,414; sig.=0,024). Así, en el período 2019-2022 estas llamadas se han incrementado 5,8 puntos porcentuales en detrimento de las realizadas por “familiares”.

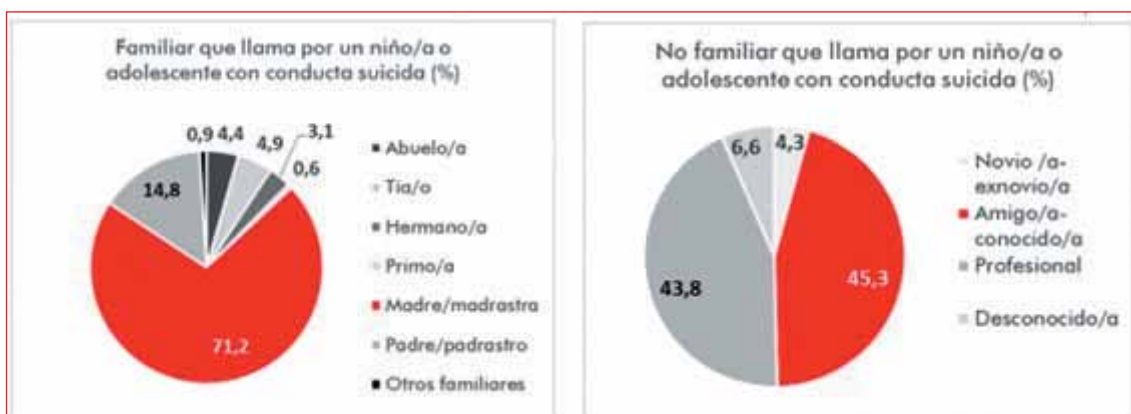
Gráfico 16. Parentesco con el niño/a o adolescente, del adulto/a que realiza la llamada. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Cuando llama un familiar habitualmente es la madre (71,2%) y en menor medida el padre (14,8%). En caso de que quien realiza la llamada no sea un familiar del niño/a o adolescente, normalmente, es un amigo/a-conocido/a (45,3%) o un/a profesional (43,8%). Este profesional frecuentemente está relacionado con el centro escolar, un orientador/a escolar (25%) o un profesor/a (25%).

Gráficos 17 y 18. Relación del/la llamante con el niño/a o adolescente con conducta suicida. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

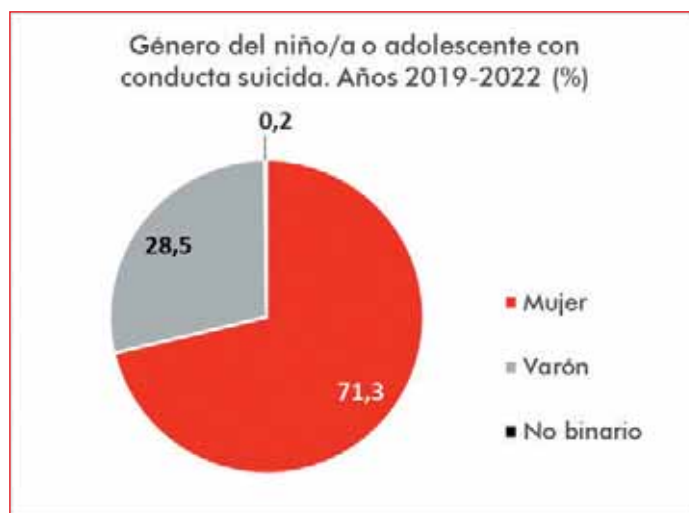
4.2.2. Perfil sociodemográfico del niño/a o adolescente

En este apartado se analizan las características sociodemográficas de los niños/as o adolescentes que han expresado ideación o intento de suicidio globalmente y según tipo de conducta suicida. Incluimos en este perfil las diferencias según género, edad, lugar de residencia y nivel de estudios.

4.2.2.1. Género

La mayor parte de las llamadas recibidas en el período de estudio **son de mujeres o respecto a mujeres**¹¹ (71,3%) aunque la relación entre mujeres y varones varía a lo largo de los años. Se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el año de llamada y el género del niño/a o adolescente (Chi cuadrado: 50,322; sig.=0,000). De esta forma aparece una relación entre varones y el año 2019 y mujeres y el año 2022. Se trata de asociaciones que se mantienen en la “ideación suicida” pero no en el “intento de suicidio”, ya que en este último caso no se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables (Chi cuadrado: 11,054; sig.<0,087).

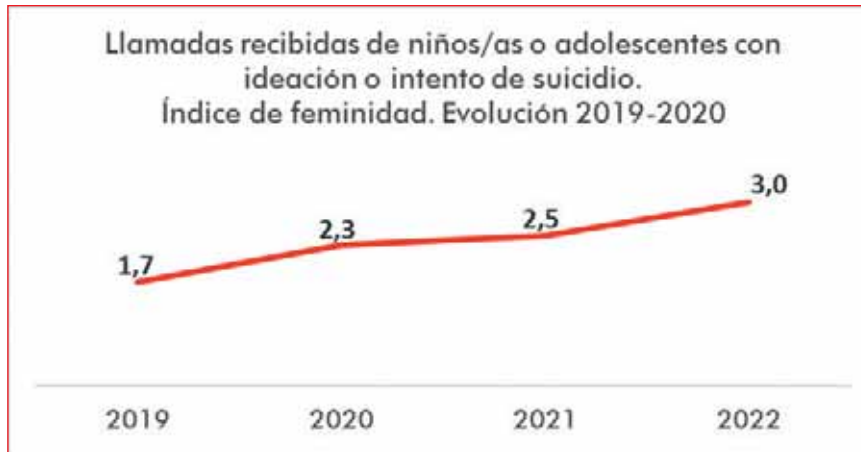
Gráfico 19. Género de los niños/as o adolescentes con conducta suicida. Años 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

¹¹ Conviene señalar que al Teléfono/Chat ANAR llama un mayor número de mujeres que de varones. En ello puede incidir que, culturalmente, las mujeres son más proclives a pedir ayuda y apoyo que los varones, y son las que principalmente se responsabilizan por los cuidados.

Gráfico 20. Llamadas recibidas de niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio. Índice de feminidad. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Si se observa cada uno de los años analizados, se puede apreciar que en todos ellos, son las mujeres con conducta suicida las que presentan porcentajes más altos que los varones o las personas no binarias, tanto en el caso de ideación suicida como de intento de suicidio. Además, la distancia entre la proporción de mujeres y la de varones con ideación suicida se incrementa en 2022 (46 puntos porcentuales) respecto al año 2019 (19 puntos). Lo mismo ocurre con el porcentaje de mujeres y varones con intento de suicidio, pero en este caso la diferencia es mayor, 57,5 y 43,6 puntos porcentuales, respectivamente.

Gráfico 21. Género del niño/a o adolescentes con ideación suicida. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Gráfico 22. Género del niño/a o adolescentes con intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

El hecho de que las mujeres contacten con ANAR con mayor frecuencia que los varones, para solicitar apoyo/atención ante situaciones que generan altos niveles de malestar o estrés, nos informa de **diferencias culturales entre ambos géneros al enfrentarse a los problemas con los que se encuentran a lo largo de su vida**. Esta diferente forma de afrontamiento podría estar incidiendo en el hecho de que los suicidios consumados se produzcan en mayor medida en los varones, como se refleja repetidamente en las estadísticas tanto nacionales como internacionales.

Culturalmente, según expresan los/as profesionales, **las mujeres expresan con mayor facilidad sus sentimientos y disponen de un mayor rango de emociones** que les permite autogestionar mejor, situaciones de malestar. Por otra parte, está más admitido socialmente que puedan solicitar y recibir apoyo y ayuda. A los varones, por el contrario, se les transmite desde muy pequeños que han de poder afrontar las dificultades por sí mismos. Pautas que actualmente están cambiando.

Grupo de profesionales de ANAR

“Las mujeres niñas (...) estamos más acostumbradas, formadas o validadas para hablar de nuestros sentimientos que en general los hombres.”

“Las mujeres tienen más normalizada la petición de ayuda. Primero, porque quizás su rango emocional sea más amplio, es así, tienen más emociones con las que poder autogestionarse y aparte porque tienen mucho más normalizada la idea de que pueden pedir ayuda y que la pueden recibir.”

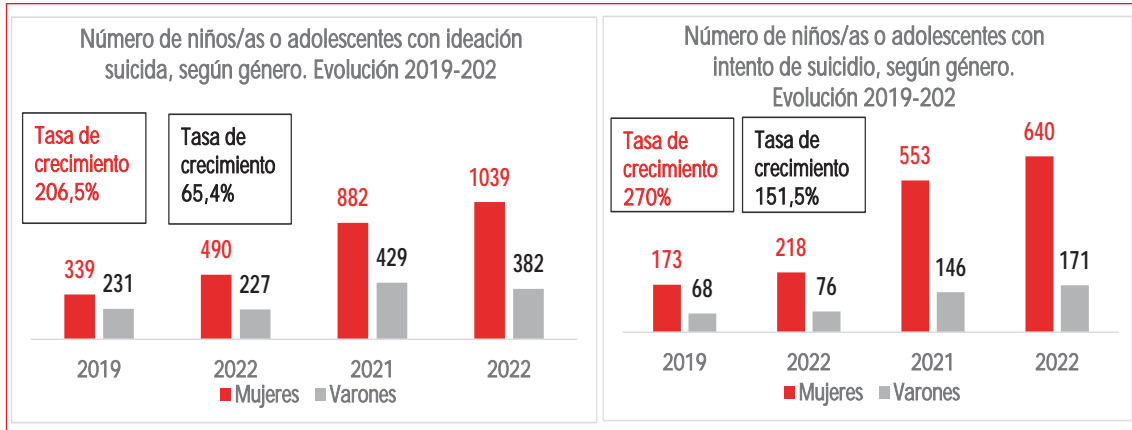
“Es por el proceso de socialización... a las niñas se les dice ‘hay pobrecita te has caído’ no pasa nada y los niños, no ‘tú tienes que ser fuerte, tienes que hacerte responsable’ de todo (...) y menos mal que estamos liberándonos de todos estos estigmas y prototipos.”

A partir de estas diferencias en la socialización de niños y niñas podría pensarse que la posibilidad de expresar el malestar sería un factor de prevención de la conducta suicida.

Grupo de profesionales de ANAR

“A lo mejor al poder hablarlo sí que demostramos que previene que luego no se dé el fallecimiento.”

Gráficos 23 y 24. Género del niño/a o adolescentes con ideación suicida o intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)



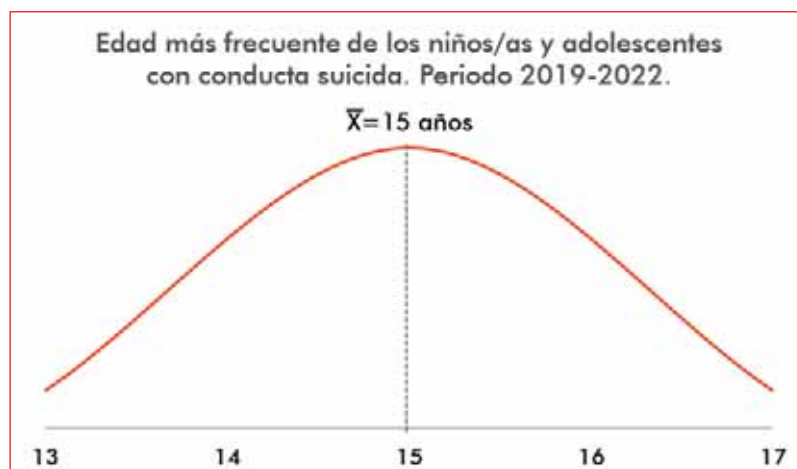
Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Tal y como se puede apreciar en los gráficos anteriores, en estos últimos 4 años, se ha producido una tasa de crecimiento de la ideación suicida tanto en las mujeres (206,5%) como en los varones (65,4%). Igual sucede en los casos de intento de suicidio, con incrementos de 270,0% y 151,5%, respectivamente. Los casos de no binarios con conducta suicida son muy residuales y aparecen sólo en los años 2021 y 2022, con un crecimiento interanual del 50%.

4.2.2.2. Edad

La edad media de los niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio es de 15 años (Media: 14,81; Desv. Típica: 6,915), un año menos en el caso de aquellos/as con ideaciones suicidas (Media 13,97; Desv. Típica: 3,596). El 81,2% se encuentran en el intervalo entre 13 y 17 años y un 14,3% en el de 10 a 12 años.

Gráfico 25. Edad más frecuente de los niños/as o adolescentes con conducta suicida. Periodo 2019-2022



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Se observan diferencias significativas entre los diferentes años analizados (Chi cuadrado: 103,146; sig.=0,000). El mayor número de llamadas de niños/as o adolescentes con 9

años o menos, de 10 a 12 años o con 18 años o más se obtuvo en el año 2019. A partir de este año bajan de forma significativa. Por el contrario, quienes se encuentran en el intervalo de 13 a 17 años presentan el mayor número de casos en el año 2022, habiendo aumentado significativamente desde 2019, pasando a constituir el 85,8% de las llamadas recibidas en 2022 (gráfico 25). Este patrón se mantiene tanto en los casos con ideación suicida (Chi cuadrado: 65,000; sig.=0,000) como en los de intento de suicidio (Chi cuadrado: 39,937; sig.=0,000). En los casos de intento de suicidio quienes tienen entre 13 y 17 años llegan a constituir el 91,6% en el año 2022.

El incremento de suicidios consumados de menores de 15 años que se encuentra en datos oficiales del INE entre 2015 y 2020, aunque habrá que esperar a la evolución en años posteriores, contrasta con el descenso de llamadas en la Fundación ANAR de casos con ideación o intento de suicidio de menores de 12 años a partir de 2019. Es un grupo de edad con dificultades para comunicar los problemas que pueden estar sufriendo. Variaciones en la conducta del niño/a sin causa aparente (lloros más frecuentes, mayor agresividad, estar a la defensiva, etc.) alertan sobre posibles dificultades que estén generando su malestar. La detección y actuación temprana ante estos cambios de comportamiento facilitarían que puedan recibir el apoyo y ayuda que necesitan para resolver la situación que les está afectando negativamente. Al ser niños/as o adolescentes en riesgo, puede que esta variación de comportamientos pase más desapercibida a quienes conviven con ellos/as.

Madre de un niño de 9 años víctima de acoso escolar

“Por qué tengo que sufrir tanto” y viene llorando y no sabes por qué llora (...). Se encuentra más agresivo y está como a la defensiva.

“Nunca me cuenta nada, cuando le pregunto qué tal le fue en el cole se pone a llorar, pero no me cuenta que es lo que le ha pasado.”

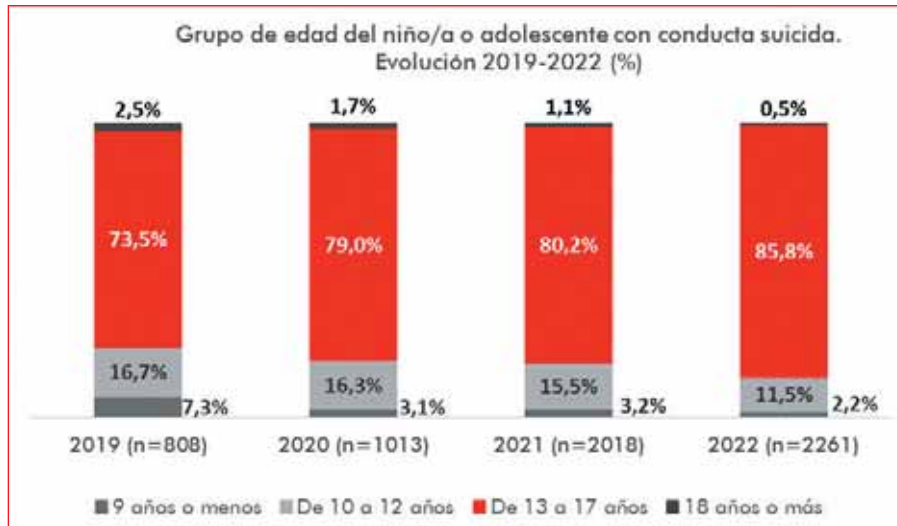
En estos casos el apoyo de profesionales es fundamental. La intervención de profesionales expertos/as les facilita la comunicación de sus problemas y el afrontamiento adecuado para resolverlos.

Madre de un niño de 8 años con atención psicológica

“Está recibiendo apoyo psicológico, y se muestra contento con la psicóloga.”

“Su hijo estuvo recibiendo atención psicológica... durante 2 años, ... la psicóloga que atendía a su hijo era muy buena. La llamante notó una mejora, veía a su hijo más relajado, ya no se autolesionaba y ella era la única persona con la que su hijo se abría y le contaba todo.”

Gráfico 26. Grupo de edad de niños/as o adolescentes con conducta suicida. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

A la vista de estos datos destaca como a lo largo del periodo analizado (2019-2022), los adolescentes de entre 13 y 17 años con conducta suicida han seguido una tendencia creciente, pasando de 594 casos en 2019 a 1.940 en 2022 (tasa de incremento del 226,6%). Este aumento también se da en los casos con ideación suicida y en aquellos de intento de suicidio por separado, cuyas tasas de crecimiento en este periodo son 199,2% y 281,7%, respectivamente, en este intervalo de edad. En cambio, en el resto de los grupos se experimenta una tendencia decreciente en los últimos cuatro años.

Según Brittany Allen y Helen Waterman (2021), la adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, que entraña importantes cambios tanto en el propio cuerpo como en la forma en la que una persona se relaciona con el mundo. En este periodo, se producen numerosos cambios físicos, cognitivos, emocionales, sexuales, sociales, que pueden generar expectativas y ansiedad en este colectivo. Se pueden establecer tres etapas:

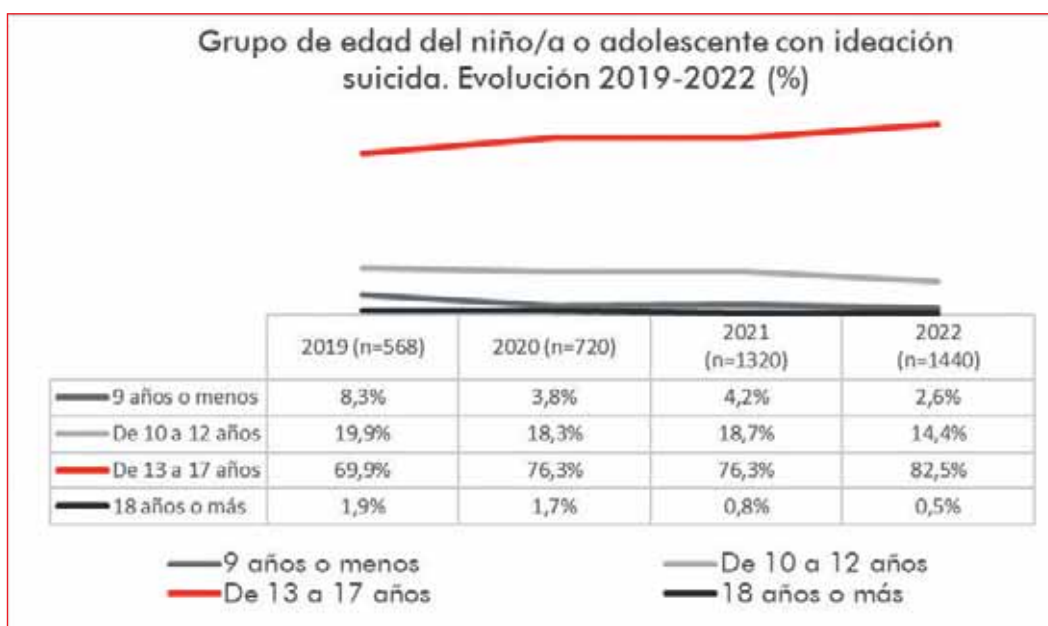
- *Adolescencia temprana* (entre los 10 y los 13 años): en esta etapa los niños/as suelen crecer más rápido con cambios corporales importantes, que pueden generar curiosidad y ansiedad en algunos/as. También suelen tener ideas concretas y extremistas, sin muchos matices. Se suelen sentir cohibidos por su apariencia y sienten que sus pares los juzgan permanentemente. Sienten una mayor necesidad de privacidad.
- *Adolescencia media* (entre los 14 y los 17 años): en este periodo continúan los cambios corporales, surge el interés por las relaciones románticas y sexuales. Se suelen enfrentar más a sus progenitores en su lucha por tener más independencia. En muchos casos, las emociones fuertes a menudo siguen rigiendo sus decisiones cuando entran en juego los impulsos.
- *Adolescencia tardía* (entre los 18 a 21 años): tienen un sentido más firme de su propia individualidad. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables. Se separan más de su familia, tanto física como emocionalmente.

No obstante, debe tenerse en cuenta que los procesos de maduración biológica no son iguales en todas las personas. Tampoco lo son los procesos de maduración psicosocial,

con diferencias según las particularidades de las personas, a su vez condicionados por la socialización y las características de las sociedades en las que se desarrollan.

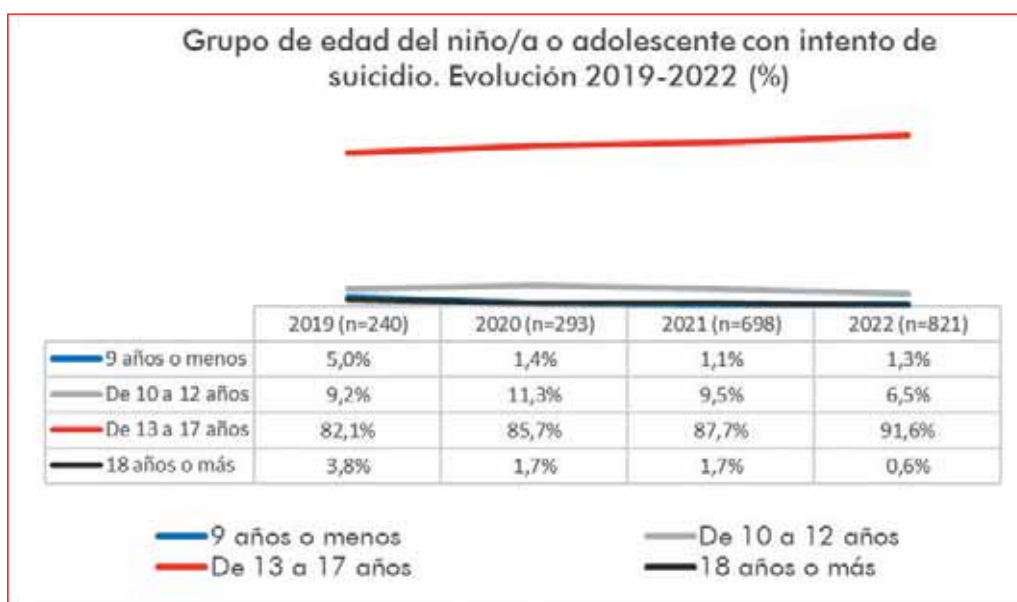
Ante los datos expuestos, cabe señalar que la adolescencia es una etapa de riesgo que se ha de considerar de forma particular y específica a la hora de programar intervenciones comunitarias y sanitarias de prevención. Y para abordar el tema se va a requerir de la coordinación de distintos sectores: sanitario, educativo, social.

Gráfico 27. Grupo de edad de niños/as o adolescentes con ideación suicida. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Gráfico 28. Grupo de edad de niños/as o adolescentes con intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

4.2.2.3. Lugar de residencia

En todas las Comunidades Autónomas (CCAA) se produce **un incremento de casos significativo después del periodo de pandemia; en concreto las CCAA con incrementos en el período 2020-2021 superiores al 200% son: Principado de Asturias, Canarias, Ceuta y La Rioja. Los aumentos más bajos (por debajo del 80%) tuvieron lugar en: Galicia, País Vasco, Cataluña y Madrid.**

No obstante, conviene señalar que no se puede asegurar, con certeza, que estos datos reflejen la incidencia exacta de la conducta suicida en la infancia y adolescencia, ya que pueden verse afectados de manera importante por múltiples factores: conocimiento en estas Comunidades del Teléfono/Chat ANAR; realización de talleres ANAR sobre acoso escolar en centros educativos; desarrollo de campañas sobre la salud mental o la conducta suicida, etc.

En todo el período cuatrienal (2019-2022) los mayores incrementos se encuentran en: Aragón, Principado de Asturias, Baleares (Islas), Comunidad Valenciana, Extremadura y la Comunidad Foral de Navarra. Y se observan decrementos en Cantabria y Melilla, manteniéndose al mismo nivel en el caso de Ceuta (tabla 10).

A continuación, se presentan los resultados de los casos con ideación suicida y aquellos con intento de suicidio por separado. Los casos con mayor incremento interanual en el período 2020-2021 de “ideación suicida” han tenido lugar entre niños/as o adolescentes de las CCAA de: Cantabria (Tasa de variación interanual: 182,1%), La Rioja (Tasa de variación interanual: 225,0%) y Melilla (Tasa de variación interanual: 200,0%). En ninguna de las CCAA ha habido una disminución de casos de “ideación suicida” en este período. En cuanto a los casos con intento de suicidio, las CCAA con un aumento más marcado en este período han sido: Principado de Asturias (Tasa de variación interanual: 1300,0%), Extremadura (Tasa de variación interanual: 550,0%), Canarias (Tasa de variación interanual: 342,9%) y Castilla La Mancha (Tasa de variación interanual: 320,0%). Igual que en la ideación suicida en ninguna de las CCAA han disminuido los de casos de intento de suicidio en este período.

Si se analiza la variación producida en todo el período estudiado (2019-2022), con la excepción de Cantabria y Ceuta, en todas las CCAA tiene lugar un aumento de casos con “ideación suicida” produciéndose de forma más marcada en: Aragón (Tasa de variación interanual: 616,7%), Baleares (Islas) (Tasa de variación interanual: 314,3%), Galicia (Tasa de variación interanual: 270,0%), Comunidad Valenciana (Tasa de variación interanual: 232,3%), Principado de Asturias (Tasa de variación interanual: 233,3%) y Extremadura (Tasa de variación interanual: 212,5%). Los casos de intento de suicidio, con la excepción de Melilla que disminuyen y Ceuta que se mantienen, aumentan en el resto de CCAA, con los incrementos más elevados en: Aragón (Tasa de variación interanual: 666,7%), Baleares (Islas) (Tasa de variación interanual: 550,0%), Región de Murcia (Tasa de variación interanual: 440,0%), Cataluña (Tasa de variación interanual: 375,0%), Castilla La Mancha (366,7%), Principado de Asturias (Tasa de variación interanual: 333,3%), Comunidad Valenciana (Tasa de variación interanual: 302,9%), Extremadura (Tasa de variación interanual: 280,0%), Canarias (Tasa de variación interanual: 258,3%) y País Vasco (Tasa de variación interanual: 250,0%).

Tabla 10. Evolución del número de niños/as o adolescentes con conducta suicida según lugar de residencia. Tasas de variación interanual y cuatrimestral. Años 2019-2022 (%)

Lugar de residencia	Tasa interanual (%)			Tasa cuatrimestral (%)	Casos
	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2019-2022	
Andalucía	-6,1	100,9	31,3	147,8	725
Aragón	88,9	147,1	57,1	633,3	134
Asturias, Principado de	-16,7	230,0	30,3	258,3	98
Baleares, Islas	100,0	105,6	13,5	366,7	106
Canarias	-20,5	214,3	10,9	177,3	311
Cantabria	-11,8	80,0	-40,7	-5,9	75
Castilla y León	0,0	86,4	47,6	175,0	291
Castilla-La Mancha	28,9	106,9	4,2	177,8	348
Cataluña	13,9	73,3	27,6	151,9	524
Comunitat Valenciana	13,5	149,5	26,1	257,3	820
Extremadura	30,8	135,3	10,0	238,5	114
Galicia	122,7	30,6	-9,4	163,6	193
Madrid, Comunidad de	40,0	79,0	2,4	156,6	1756
Murcia, Región de	52,0	105,3	-9,0	184,0	212
Navarra, Comunidad Foral de	225,0	123,1	-44,8	300,0	62
País Vasco	72,2	67,7	-7,7	166,7	149
Rioja, La	-42,9	400,0	-55,0	28,6	40
Ceuta	0,0	500,0	-83,3	0,0	9
Melilla	-60,0	100,0	-25,0	-40,0	14

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

4.2.2.4. Nivel de estudios

Los casos de niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio corresponden fundamentalmente a alumnos/as de **Educación Secundaria (62,6%) aunque hay que mencionar un 14,8% de alumnos/as de Educación primaria y un 13,9% de Bachillerato.**

Se observa una asociación significativa entre el nivel de estudios de los niños/as o adolescentes y el año en el que se ponen en contacto con ANAR para pedir ayuda (Chi cuadrado: 61,922; sig.=0,000). Los niños/as de educación primaria solicitaron significativamente en mayor medida apoyo/ayuda en el año 2019 y los de secundaria en 2022. Esta asociación se mantiene en “ideación suicida” y atención (Chi cuadrado:48,242; sig.=0,000). En cambio, en intento de suicidio la relación significativa (Chi cuadrado: 30,757; sig.=0,031) se refleja en la mayor presencia de niños/as de Educación Primaria en 2019.

Tabla 11. Evolución del número de niños/as o adolescentes según lugar de residencia. Tasas de variación interanual y cuatrimestral. 2019-2022 (%)

Nivel de estudios	Años				Total
	2019	2020	2021	2022	
Sin escolarizar*	1,9%	1,8%	1,7%	2,6%	2,1%
Guardería/Educación especial	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	0,2%
Educación primaria	23,2%	14,4%	15,0%	10,3%	14,8%
Educación secundaria	58,6%	64,7%	61,0%	65,5%	62,6%
Bachiller	11,2%	12,4%	14,7%	15,4%	13,9%
Formación profesional	4,7%	6,0%	7,1%	5,8%	6,0%
Universidad	0,3%	0,6%	0,3%	0,3%	0,3%
TOTAL	573	499	1035	1071	3178

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

*En esta categoría también se incluyen aquellos niños/as o adolescentes que ante un problema determinado son sacados del centro escolar durante un tiempo.

El aumento de llamadas procedentes de quienes estudian Educación Secundaria o Bachiller a lo largo del período temporal analizado es coherente con el aumento experimentado por los grupos de edad que cursan estos niveles de estudios (13-17 años). Llama sin embargo la atención el incremento de llamadas procedentes también de quienes se encuentran “sin escolarizar”. Significativamente quienes se encuentran en esta categoría de estudios son adolescentes entre 13 y 17 años lo que hace pensar que esta situación es más momentánea que permanente. Ante situaciones de riesgo o malestar importante por parte de los/as adolescentes dejan de asistir al Centro escolar hasta que mejore su estado anímico y/o la situación de riesgo que les está afectando.

Adolescente varón de 15 años sin escolarizar

“Durante este curso he pasado muchos meses sin ir a clase, a pesar de ello he logrado aprobar el curso. En ese tiempo mis padres me decían que no hacía nada con mi vida, pero ni siquiera tenía fuerza de levantarme de la cama.”

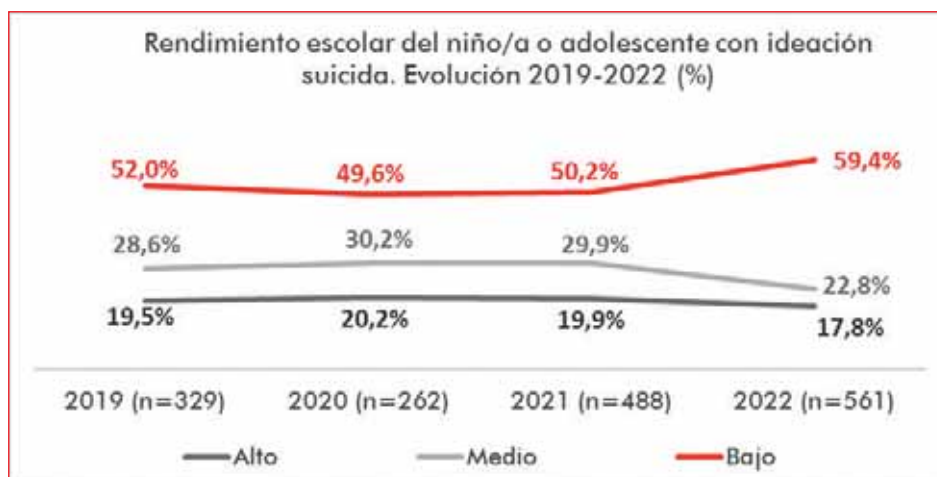
4.2.2.5. Rendimiento y satisfacción escolar

La variable **rendimiento escolar** hace referencia a los resultados escolares y siempre teniendo en cuenta la información que, sobre los mismos, proporciona el niño/a, adolescente o adulto/a que se pone en contacto con la Fundación ANAR. Esta variable se categoriza de la siguiente manera:

- *Alto*: cuando el niño/a o adolescente obtenga buenos resultados escolares.
- *Medio*: cuando el rendimiento escolar del menor de edad está dentro de la normalidad, entendiendo por normalidad el aprobar todas las asignaturas o que como máximo haya suspendido dos.
- *Bajo*: cuando haya suspendido tres o más asignaturas.

El rendimiento escolar de los niños/as o adolescentes con conducta suicida que han solicitado ayuda a ANAR es mayoritariamente “bajo” (56,1%). Varía este nivel a lo largo de los años significativamente en aquellos casos con “ideación suicida” (Chi cuadrado: 12,622; sig.=0,049). El rendimiento bajo se da fundamentalmente en los niños/as o adolescentes que llamaron en 2022 (residuos ajustados estandarizados: 3,4).

Gráfico 29. Rendimiento escolar del niño/a o adolescente con ideación suicida 2019-2022 (%)



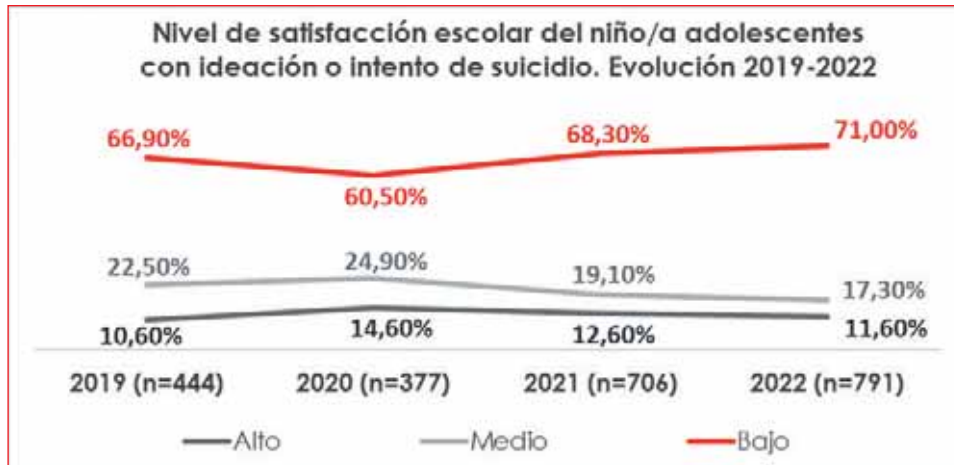
Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

La **variable satisfacción escolar**, por su parte, se refiere a la satisfacción que el niño/a o adolescente obtiene de las actividades que realiza e incluye las siguientes categorías:

- *Alto*: cuando el niño/a o adolescente exprese estar muy satisfecho con la actividad que realiza o con los resultados obtenidos al realizarla.
- *Medio*: cuando el/la menor de edad considera que le parece suficiente el resultado que obtiene en sus estudios o está conforme con el trabajo que realiza.
- *Bajo*: cuando el niño/a o adolescente no esté satisfecho con la actividad que realiza, porque no le gusta o porque preferiría dedicarse a otra cosa, ni con los resultados que obtiene al realizarla.

El nivel de satisfacción escolar, al igual que el rendimiento, es con mayor frecuencia “bajo”. El 67,7% de los niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio presentan este nivel de satisfacción. Con independencia de que los casos sean con ideación o intento de suicidio se encuentra una asociación significativa (Chi cuadrado: 16,363; sig.=0,012) de nivel “bajo” de satisfacción escolar con el año 2022 (residuos ajustados estandarizados: 2,5) y del nivel de satisfacción “medio” con el año 2020 (residuos ajustados estandarizados: 2,6). Esta relación podría deberse al efecto pre y post pandemia por COVID-19.

Gráfico 30. Nivel de satisfacción escolar del niño/a o adolescente con ideación o intento de suicidio 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Ante estos datos, se puede concluir que **ambos, nivel de rendimiento y nivel de satisfacción escolar bajo, han experimentado un crecimiento desde 2020 a 2022**. Además, en este último año, se aprecia una relación significativa entre los niños/as y adolescentes con conducta suicida y las variables nivel bajo en rendimiento y satisfacción escolar. La mayor gravedad de los casos de los que se han recibido llamadas en los últimos años repercute en los peores resultados académicos y de satisfacción escolar.

Adolescente mujer de 17 años con baja satisfacción escolar

“En el área académica no me va bien y me siento muy presionada con respecto a este tema por mis padres, no tengo motivación por los estudios, solo saben decirme para qué he hecho esto, no tengo ganas de estudiar, siempre me están comparando con otro familiar que estudia conmigo.”

Adolescente mujer de 15 años con baja satisfacción escolar

“La depresión me hizo desanimarme tanto que mis estudios se quedaron atascados, no logré pasar de curso.”

4.2.3. Tipo de familia del niño/a o adolescente con conducta suicida

En este apartado se incluye información acerca de las características de la familia del niño/a o adolescente con ideación o intento de suicidio. Se analiza con quien vive, si la familia es monoparental, el número de hermanos/as que tiene y promedio del lugar que ocupa entre ellos/as y si se trata de una familia migrante.

4.2.3.1. Con quien vive

El 98,4% vive con algún familiar, habitualmente con ambos progenitores (47,6%) o con la madre (28,1%). En definitiva, lo más frecuente es que vivan con uno o varios miembros de la familia de origen. No se han encontrado diferencias significativas a lo largo de los años analizados respecto a las personas con las que convive.

Gráfico 31. Con quien vive el niño/a o adolescente con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)

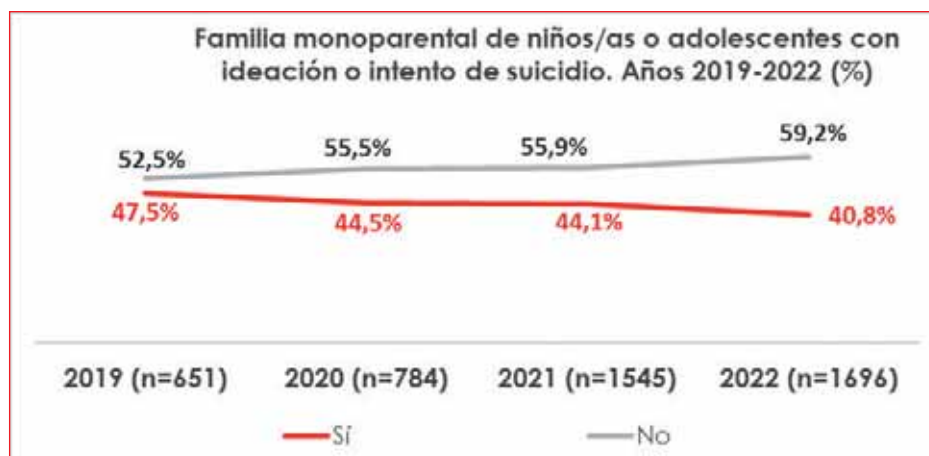


Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

4.2.3.2. Familia monoparental

En cuanto a si forman parte de una familia monoparental o no, **sí se aprecian diferencias significativas a lo largo de los años** (Chi cuadrado: 9,775; sig.=0,021) con independencia de que los niños/as o adolescentes tengan ideación suicida o intento de suicidio. **En el año 2019, la convivencia en familias monoparentales de los/as menores de edad con ideación o intento de suicidio, ha sido más frecuente que en 2022** y, al contrario, en el caso de las no monoparentales.

Gráfico 32. Familia monoparental de niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Años 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Las malas relaciones intrafamiliares son con frecuencia una de las principales razones de inicio de las ideaciones suicidas e intentos de suicidio en los y las jóvenes estudiados. Bien debido a la mala relación que tienen con sus progenitores u otros miembros de la familia (hermanos/as, tíos/as, abuelos/as) o por falta de apoyo del núcleo familiar ante situaciones difíciles que les generan un importante malestar.

Preadolescente varón de 11 años víctima de malas relaciones intrafamiliares

“Ahora ha vuelto mi hermano al domicilio familiar, donde vivimos los dos con nuestra madre, y me agrede ... casi todos los días me pega puñetazos, me dice insultos para que yo me sienta mal, ella misma admite que le gusta hacerme rabiar y que sufra.”

En algunos casos la mala relación consiste en discusiones diarias, en la mayor parte de los casos con la madre, con las que no se llega a solucionar ningún tema conflictivo, sino que el interés parece ser descargar un malestar personal contra el niño/a o el adolescente. En este sentido también mencionan explícitamente que las discusiones entre los progenitores les afectan a ellos.

Preadolescente varón de 12 años víctima de malas relaciones intrafamiliares

“Mis padres están amargados y me están amargando a mí.”

“Por cualquier cosa mis padres se enfadan conmigo”.

Adolescente mujer de 16 años víctima de malas relaciones intrafamiliares

“Mi madre agrava las discusiones y alza la voz, entra en mi cuarto y hasta que no discutimos no para, no son discusiones constructivas, se tocan temas que son mis puntos débiles.”

Preadolescente mujer de 14 años víctima de malas relaciones intrafamiliares

“No existe un desencadenante que haga preveer dicho comportamiento a veces mi madre ha tenido problemas en el trabajo o con otras personas, y lo paga conmigo, otras veces es cuando le contesto algo que a ella no le gusta, ... me dice que todo lo malo que le pasa es por mi culpa.”

Cuando las discusiones son con el padre, habitualmente este es una persona estricta y poco empática con quien no llegan a sentirse comprendidos/as. Discusiones que terminan en insultos, llantos y provocan que se sientan culpables, que no sirven para nada y que todo lo hacen mal.

Adolescente mujer de 16 años víctima de malas relaciones intrafamiliares

"Mi padre es muy cerrado de mente, él tiene su fórmula, no soy como él quiere que sea, para él soy una adolescente loca."

Muchos de los niños/as expresan recibir constantemente insultos y humillaciones por parte tanto de su madre como de su padre, infravalorándolos, del tipo: "eres tonta", "inútil", "no vales para nada", "todo lo haces mal", "eres una decepción" y "no vas a ser nada en la vida".

Adolescente mujer de 14 años víctima de maltrato psicológico

"Es como si escupiera veneno (madre), dice palabras tan crueles a veces, pero nunca pide perdón (...) viene a buscarme para seguir discutiendo..."

"Recibo comentarios de mi madre "eres tonta, pareces inútil, estoy cansada de ti, vete con tu padre, ojalá te mueras."

En muchas ocasiones quienes sufren maltrato psicológico también denuncian agresiones físicas por parte de la madre, padre, hermanos/as. Pueden ser palizas con distintos objetos: cinturones, sartenes, espátulas, palos de escoba o físicas como puñetazos, bofetadas, agarrar del cuello y/o dar collejas. Los motivos que especifican con mayor frecuencia para que se produzcan estos comportamientos están relacionados con que simplemente "la pagan" con ellos/as, como se mencionó anteriormente. La reacción a estas agresiones pasa, bien por responder también con golpes o no contestarles por el temor a la respuesta que puedan recibir, previsiblemente peor que la que generó la discusión.

Adolescente mujer de 16 años víctima de maltrato físico

"Mi padre me ha pegado en la cara una bofetada con los nudillos."

Adolescente mujer de 14 años víctima de maltrato físico

"Mi padre me insulta, pero si le digo algo, puedo acabar muy mal."

La exposición a violencia de género del padre hacia la madre también genera un importante malestar en los niños/as o adolescentes ante la percepción del sufrimiento por parte de la madre frente al que no pueden hacer nada y que les lleva a intentar evitar el sufrimiento que a ellos/as les genera esta situación con ideas y comportamientos suicidas.

Preadolescente varón de 12 años víctima de violencia de género en el entorno

"Todo empezó desde que hace casi 3 años mis padres se pelearon y mi padre pegó a mi madre... Después de 2 años volvió mi padre a casa porque se saltó la orden de alejamiento."

Las malas relaciones familiares del niño/a o adolescente determina que con frecuencia los progenitores no tengan conocimiento de la situación de malestar o intentos previos de suicidio de sus hijos/as.

Grupo de profesionales de ANAR

“Siempre me ha llamado la atención, la falta de conocimiento por parte de los padres... hay padres presentes en el domicilio que no sabían de intentos anteriores y que tampoco lo están comunicando en ese momento.”

Son familias en las que, aunque se pueden encontrar satisfechas las necesidades básicas (alimentación, higiene) de los niños/as y adolescentes, no ocurre así con las emocionales. Situación que les genera sentimientos de soledad e incomprensión por parte de sus progenitores ante lo que optan por intentar no transmitir o hacer visibles sus preocupaciones y malestar.

Grupo de profesionales de ANAR

“Normalmente en los casos que he atendido, hay un perfil de padres de cierto abandono. No tanto a nivel negligente de maltrato o un abandono más físico, sino más emocional.”

“Al final en lo primero que piensan es en sus figuras paternas y es “cómo le voy a contar yo esto a mi padre o a mi madre que se va a llevar las manos a la cabeza porque no lo va a entender” y al final es como... “es que prefiero no preocuparles y seguir elaborándolo yo hablando conmigo mismo o conmigo misma.””

Esta **falta de empatía emocional** con el niño/a también puede dar lugar a que los progenitores, no den credibilidad o quiten importancia a lo que el niño/a o adolescente les está transmitiendo (verbal o no verbalmente) o a que, ante las dificultades con las que se encuentran para abordar con efectividad lo que le está ocurriendo a su hijo/a, recurran al socorrido “está llamando la atención”.

Grupo de profesionales de ANAR

“Que puede haber cierta incomprensión o dar poca validez a los sentimientos que está teniendo ese niño en ese momento.”

“Es que lo del mito de “está llamando la atención” todavía lo estamos viendo, ... Como un “mecanismo de defensa” casi de los padres sin capacidad de afrontarlo.”

Ante estas situaciones **el papel de los/as profesionales es fundamental para aportarles herramientas a los progenitores** que les permitan abordar estos temas con efectividad.

Grupo de profesionales de ANAR

“Es normal quizás que los padres no tengan las herramientas para abordar esta clase de temáticas (...). Es muy difícil abordar que te digan que tu hijo tiene ganas de morirse o ... que se autolesione (...), creo que el papel de los profesionales se trata en acompañar y en dar una formación ya que los padres (...) realmente no tienen por qué tenerla.”

4.2.3.3. Número de hermanos/as y posición que ocupa

La media de hermanos/as del niño/a o adolescente con conducta suicida (ideación o intento) **es de 2** (Media: 2,08; Desv. típica: 0,984) y normalmente es el mayor entre los hermanos/as (Media: 1,56; Desviación típica: 0,830), no encontrándose diferencias de interés a lo largo del período estudiado ni entre quienes presentan ideación o intento de suicidio.

El tamaño familiar medio de 3 hijos/as puede parecer excesivo si se piensa en la población general española con una media de 1 hijo/a por pareja. No obstante, entre la población

infantil y adolescente que solicita ayuda a ANAR, se observa un alto porcentaje de familias reagrupadas en las que cada miembro de la pareja aporta hijos/as de relaciones anteriores lo que podría explicar este promedio de hijos/as por familia. Además, hay que tener en cuenta que entre los niños/as y adolescentes que presentan conducta suicida hay un alto porcentaje de familias migrantes, familias con nivel económico y cultural bajo.

Gráfico 33. Número de hermanos/as y Lugar que ocupan entre ellos/as los niños/as o adolescente con conducta suicida (%)

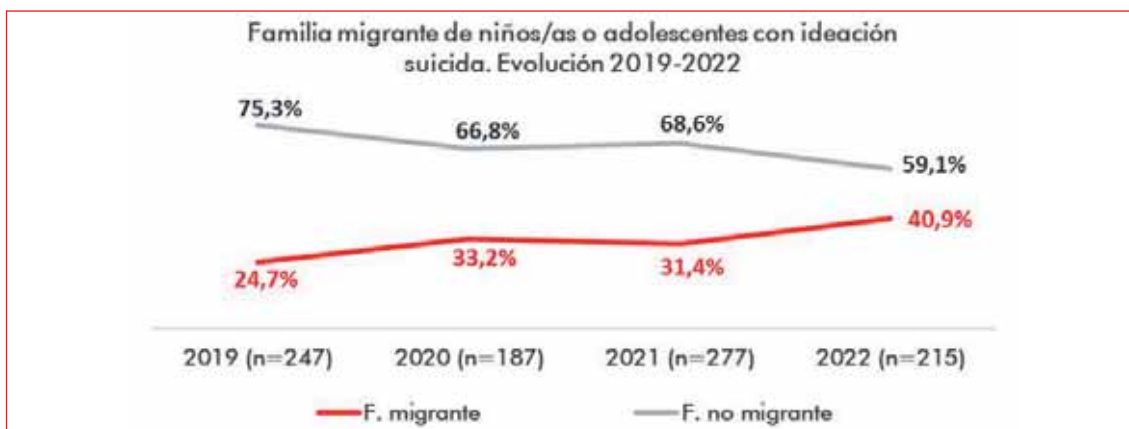


Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

4.2.3.4. Familia migrante

Al contrario de lo que ocurre con la convivencia en familias monoparentales, a lo largo del período temporal analizado han ido aumentando los casos de niños/as o adolescentes con conducta suicida cuyas familias son migrantes (Chi cuadrado: 61,922; sig.=0,000). Esta asociación es significativa en el caso de la ideación suicida (Chi cuadrado: 48,242; sig.=0,000) y no en el intento de suicidio (sig.=0,077). En conclusión, **los niños/as o adolescentes con ideación suicida significativamente viven en familias migrantes con más frecuencia en 2022 que en 2019 (16 puntos porcentuales de diferencia).** Y los que no viven en familias migrantes son significativamente más frecuentes en 2019.

Gráfico 34. Familia migrante de niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio. Años 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Las familias migrantes han tenido que dejar un modelo de vida y de identidad para incorporar otro nuevo. En este proceso, por un lado, **pueden surgir en estas personas sentimientos de extrañamiento, de nostalgia, de soledad, desilusión y de ser objeto de rechazo**. En definitiva, tienen que realizar un esfuerzo psicológico de reorganización personal, para adaptarse y no quedar excluido del nuevo sistema social.

El/la adolescente puede experimentar un choque cultural, entre la cultura de origen y la cultura de destino. Así, una mayoría de adolescentes migrantes deben hacer frente a este conflicto existencial y deben elegir qué decisión tomar dentro del contexto intercultural. En la adolescencia es cuando la persona comienza a construir su identidad, el adolescente migrante se encuentra ante retos y dificultades específicos, sobre todo, si la emigración coincide con la adolescencia (Siguán, 2003).

Por otro lado, **muchas familias migrantes atraviesan dificultades económicas** hasta lograr la plena integración en la sociedad receptora, viéndose obligadas a trabajar muchas horas al día, a veces en trabajos con baja remuneración.

Una persona adulta por una adolescente de 17 años con intento de suicidio

“María ha tenido un intento de suicidio. Se autolesiona. Son migrantes. También ha padecido bullying. La madre trabaja muchas horas; es alcohólica y la maltrata psicológica y físicamente, además de producirse abandono.”

Un adulto/a por un adolescente de 14 años por abandono

“Al menor de edad migrante le han echado de casa en alguna ocasión. También se ha fugado. Tienen peleas con otros chicos, y le han llegado a dar una paliza. Actualmente está en un centro de acogida porque ninguno de los dos asume la custodia. El menor consume drogas.”

4.2.4. Características de los problemas de conducta suicida

En este apartado se analiza la gravedad, urgencia, frecuencia y duración del problema detectado que conlleva ideación o intento de suicidio.

4.2.4.1. Gravedad y urgencia

En la Base de datos de ANAR, la **variable gravedad** tiene en cuenta cómo la situación o problema está afectando al niño/a o adolescente (en base a la información que la persona que llama facilita al psicólogo/a-orientador/a), en el desarrollo de su vida diaria y los recursos personales de los que dispone para asumirla y superarla. Es:

- *Alta*: en todos aquellos casos en los que la situación está afectando gravemente en la vida del niño/a o adolescente impidiendo que se relacione adecuadamente con su entorno.
- *Media*: en todos aquellos casos en los que la situación, incluso siendo grave, no está afectando seriamente al desarrollo del niño/a o adolescente al contar con los recursos necesarios para buscar alternativas.
- *Baja*: en todos aquellos casos en los que la situación, además de no ser grave, no está impidiendo que el niño/a o adolescente continúe desarrollando su vida diaria con normalidad.

Respecto al nivel de gravedad de las llamadas recibidas por motivo de conducta suicida en el periodo analizado (2019-2022), se observa que las situaciones identificadas de **gravedad alta representan el 86,2%** de las consultas de orientación especial, las de gravedad media un 12,8% y las de gravedad baja sólo un 1,1%.

La **variable urgencia** recoge la rapidez con que los/as profesionales valoran que es necesaria una intervención. Es:

- *Alta*: en aquellos casos en los que se considera que la intervención tiene que ser inmediata.
- *Media*: en aquellos casos en los que, aunque sea necesaria una intervención, no es imprescindible que se haga de manera inmediata, aunque sí lo será en un tiempo cercano.
- *Baja*: en aquellos casos en los que no es necesaria una intervención ni inmediata ni cercana en el tiempo.

En cuanto al nivel de urgencia de las llamadas recibidas por conducta suicida, se aprecia que **el 72,6% de las consultas realizadas han presentado una urgencia alta**, seguidamente el 25,2% de las consultas han registrado una urgencia media y el 2,2% una urgencia baja.

Gráfico 35. Grado de urgencia y gravedad del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)

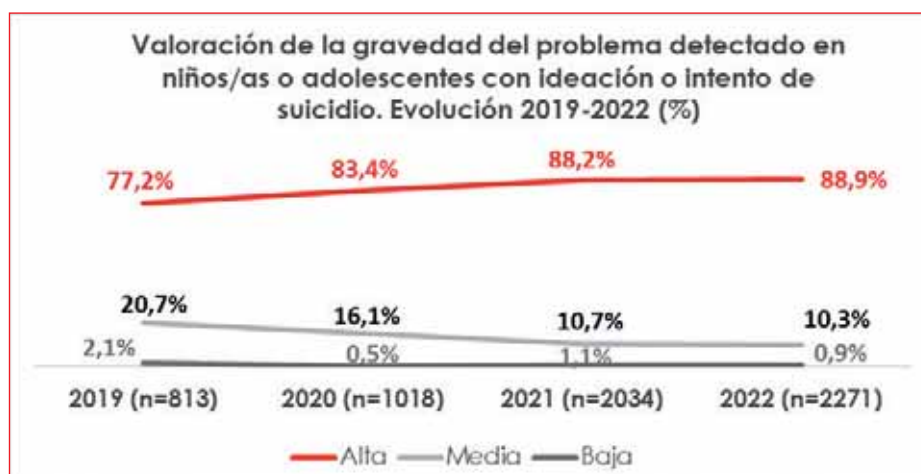


Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Durante la exploración de los datos, se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes años analizados tanto en gravedad como en urgencia del problema detectado. En ambas valoraciones se encuentra una asociación entre los años 2021 y 2022 con gravedad/urgencia “Alta”, los años 2019 y 2020 con gravedad/urgencia “Media” y el año 2019 con gravedad/urgencia “Baja” (Gravedad: Chi cuadrado: 89,838; sig.=0,000; Urgencia: Chi cuadrado: 209,729; sig.=0,000). En la valoración de urgencia “Baja” también aparece una asociación significativa con el año 2020 fundamentalmente debida a la valoración de urgencia “Baja” en los casos de ideación suicida.

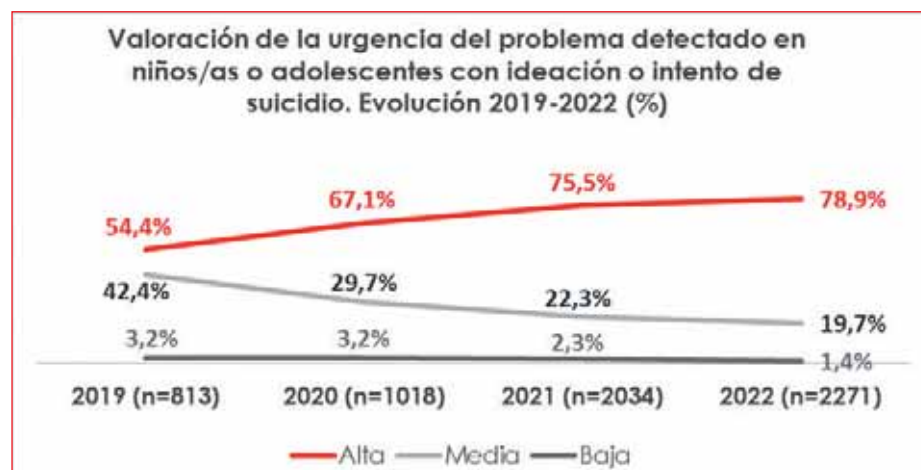
En los casos de intento de suicidio, la gravedad del problema detectado se considera “Alta” con mayor frecuencia, significativamente, en el año 2022 y “Media” y “Baja” en 2019.

Gráfico 36. Valoración de la gravedad del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Gráfico 37. Valoración de la urgencia del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)



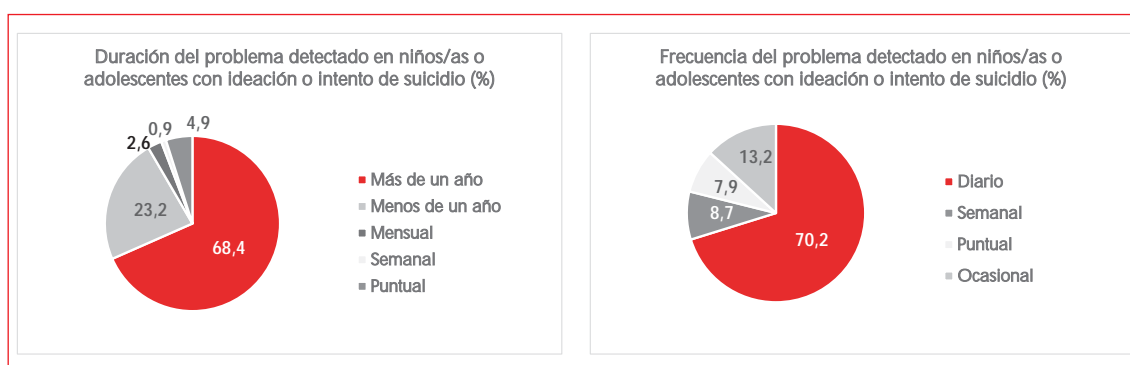
Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

En definitiva, tanto la variable gravedad alta como urgencia alta han seguido una tendencia creciente desde 2019 a 2022, con incrementos del 221% (pasando de 628 en 2019 a 2.018 en 2022) y 305% (pasando de 442 en 2019 a 1792 en 2022), respectivamente.

4.2.4.2. Frecuencia y duración

En el periodo estudiado (2019-2022), en más de dos tercios de las consultas por conducta suicida (68,4%), el problema muestra una duración superior a un año y, además, se produce de forma diaria (70,2%). Desde 2019 a 2022, se ha producido un incremento del 220,1% (pasando de 467 en 2019 a 1.495 en 2022) en el número de consultas donde el problema de conducta suicida muestra una duración superior a un año y un crecimiento del 195,1% (pasando de 489 en 2019 a 1.443 en 2022) en las que sucede de forma diaria.

Gráfico 38. Duración y frecuencia del problema detectado en niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

La frecuencia y duración del problema detectado varía significativamente según el año en el que se realiza la llamada para solicitar apoyo/atención (Duración: Chi cuadrado: 66,772; sig.=0,000; Frecuencia: Chi cuadrado: 37,164; sig.=0,000). El año 2022 se asocia significativamente con la duración del problema durante más de un año con independencia de que sean niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio y una frecuencia diaria en los casos de ideación suicida.

Tabla 12. Evolución de la duración del problema detectado en niños/as o adolescentes con conducta suicida según año de llamada. Años 2019-2022 (%)

Duración	Años			
	2019	2020	2021	2022
Semanal	1,2%	1,0%	0,9%	0,9%
Mensual	3,2%	3,5%	3,1%	1,4%
Puntual	7,7%	7,4%	4,4%	3,2%
Menos de un año	24,7%	20,7%	24,5%	22,8%
Más de un año	63,1%	67,4%	67,1%	71,7%
N TOTAL	813	1.018	2.034	2.271

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Tabla 13. Evolución de la frecuencia del problema detectado en niños/as o adolescentes con conducta suicida según año de llamada. Años 2019-2022 (%)

Duración	Años			
	2019	2020	2021	2022
Diario	70,7%	66,3%	69,5%	72,4%
Semanal	5,5%	8,5%	10,1%	8,6%
Puntual	9,4%	9,3%	8,6%	6,1%
Ocasional	14,5%	16,0%	11,8%	12,8%
N TOTAL	692	875	1.727	1.993

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

En numerosas ocasiones **las situaciones negativas, origen de la ideación suicida o intento de suicidio, empiezan a una edad temprana.** Las situaciones de maltrato en el ambiente familiar y/o escolar en los que a su vez se establecen los principales lazos afectivos de niños/as o adolescentes facilita que se produzcan de forma dilatada en el tiempo, sin ser percibidos externamente al núcleo familiar o escolar en el que tienen lugar o comunicados por parte de los niños/as a personas que pudieran ayudarles.

Adolescente mujer de 16 años víctima de maltrato intrafamiliar desde temprana edad

“Habla de malos tratos físicos y psicológicos por parte de su madre de pequeña, y la denunció siendo ya adolescente.”

Preadolescente mujer de 13 años víctima de maltrato intrafamiliar desde temprana edad

“Tengo pensamientos suicidas desde que mi madre comenzó a abusar emocionalmente de mí; mi madre me golpeó un par de veces cuando tenía 8 años.”

Adolescente mujer de 16 años víctima de acoso escolar desde temprana edad

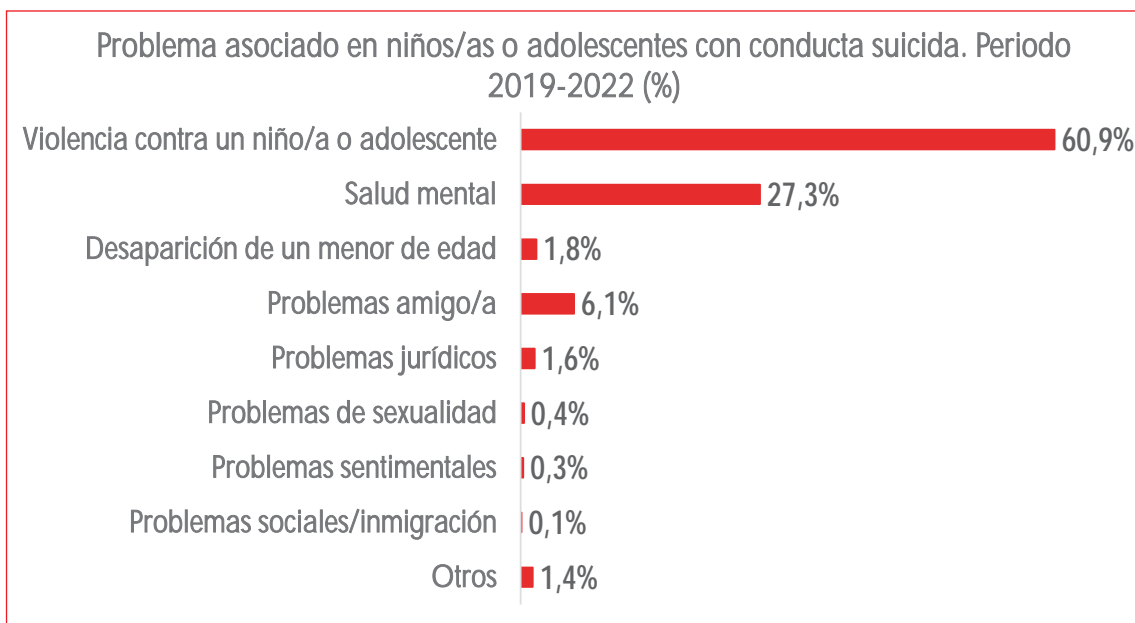
“Todo comenzó en los últimos cursos de primaria, siempre he vivido acoso. De pequeña se metían mucho con mi físico, con mi pelo... pero la situación más grave la he vivido en 6º de primaria, fue lo peor de mi vida...”

4.2.5. Problemas asociados y tratamiento psicológico

4.2.5.1. Problemas asociados

Con la finalidad de determinar con mayor claridad los problemas asociados a la ideación e intento de suicidio, se eliminaron del análisis aquellos casos con ideación o intento de suicidio en los que los/as profesionales valoraron el caso como conducta suicida. Teniendo en cuenta este hecho, **entre los problemas asociados con la conducta suicida destacan la Violencia contra un niño/a o adolescente (60,9%) y los problemas relacionados con la Salud mental (27,4%).**

Gráfico 39. Problema asociado en niños/as o adolescentes con conducta suicida. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

También se encuentra diferencias a lo largo de los años en los problemas asociados (Chi-cuadrado: 131,399; sig. =0,000) tanto en ideación como en intento de suicidio. Los problemas de salud mental se asocian significativamente con el año 2022 tanto en ideación como en intento de suicidio y la violencia contra un niño/a o adolescente con el año 2019. En relación con los problemas de Salud mental se encuentra también una asociación significativa del año 2022 con Problemas sentimentales en los casos de intento de suicidio (n=3). El año 2021 mantiene una asociación con la valoración técnica realizada por los psicólogos/as y orientadores/as como Problema amigo/a¹² en los casos de ideación suicida y en el 2022 en los casos de intento de suicidio. Y en 2019, en los casos de ideación suicida, con “problemas jurídicos” (tablas 14 y 15).

Tabla 14. Problemas asociados en niños/as o adolescentes con ideación suicida. Años 2019-2022 (%)

Problema asociado	Años			
	2019	2020	2021	2022
Violencia contra un niño/a o adolescente	74,4%	63,5%	60,8%	54,6%
Salud mental	17,9%	26,3%	26,4%	34,5%
Desaparición de un niño/a o adolescente	2,2%	1,4%	1,0%	1,5%
Problemas amigo/a	0,2%	4,5%	8,1%	6,2%
Problemas de sexualidad	0,2%	0,9%	0,7%	0,5%
Problemas jurídicos	2,5%	0,9%	0,9%	1,1%
Problemas sentimentales	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%
Problemas sociales/inmigración	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%
Otros	2,0%	1,7%	1,7%	1,2%
TOTAL	446	422	762	744

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

¹² La variable “Problema amigo/a” recoge los casos de los niños/as o adolescentes que llaman a ANAR para comunicar un caso de conducta suicida en un amigo o amiga.

Cabe destacar también, que a lo largo del periodo analizado, en los casos con conducta suicida, ha experimentado un crecimiento constante el porcentaje de los problemas relacionados con la Salud mental, mientras que, por el contrario, ha descendido de forma paulatina el correspondiente a los problemas relacionados con Violencia contra un niño/a o adolescente, aunque en estos últimos años sigue siendo los más frecuente en el colectivo de infancia y adolescencia con conducta suicida.

Tabla 15. Problemas asociados en niños/as o adolescentes con intento de suicidio. Años 2019-2022 (%)

Problema asociado	Años			
	2019	2020	2021	2022
Violencia contra un niño/a o adolescente	69,5%	61,3%	62,5%	46,8%
Salud mental	23,0%	30,1%	20,8%	35,2%
Desaparición de un niño/a o adolescente	2,3%	1,7%	3,6%	1,6%
Problemas amigo/a	0,6%	4,6%	9,1%	12,3%
Problemas de sexualidad	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Problemas jurídicos	2,9%	1,2%	2,7%	2,6%
Problemas sentimentales	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Problemas sociales/inmigración	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Otros	1,1%	1,2%	1,2%	0,3%
TOTAL	174	173	331	310

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Por una parte, entre los problemas relacionados con la Violencia contra un niño/a o adolescente, los más frecuentes son los asociados a: **Dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying (21,4%), Maltrato físico (14,7%), Maltrato psicológico (10,4%), Agresión sexual (7,2%) y Violencia de género (3,0%).**

La **pandemia de COVID-19** ha contribuido al aislamiento social, que es un factor de riesgo para las personas vulnerables, como los niños, niñas o adolescentes, que pueden experimentar violencia en el ámbito familiar. El confinamiento puede incidir en un aumento de la posibilidad de abuso infantil en el cuidado (maltrato físico, psicológico, agresión sexual, violencia de género, etc.), incrementándose en un contexto en el que los niños/as o adolescentes no mantienen contacto social más allá de su entorno familiar, lo que dificulta la detección e intervención por parte de figuras externas. En la pandemia de COVID-19, se ha detectado un aumento de llamadas a líneas de ayuda a la infancia y de llamadas a policía por incidentes de violencia intrafamiliar (Green, 2020, citado en Paricio del Castillo y Pando Velasco, 2020).

El **Acoso escolar** es el problema de “Dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying”, que más predomina entre los niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio. Se detectan en los expedientes analizados numerosas formas y tipos, desde el acoso verbal, psicológico y físico hasta el aislamiento social.

Preadolescente mujer de 12 años víctima de acoso escolar

“En el colegio me llaman gorda y repugnante.”

Niña de 9 años víctima de acoso escolar

“No paran de molestar, se ríen de mí, me dicen que si soy tonta. No vales nada.”

Estos comportamientos generan en los niños/as o adolescentes sentimientos de culpabilidad, soledad, tristeza/depresión, ansiedad/miedos que derivan en autolesiones, trastornos de la alimentación e ideas/intentos de suicidio.

Adolescente mujer de 13 años víctima de acoso escolar

“Me autolesionaba debido a la situación de acoso escolar que vivía en el instituto, me castigaba porque no le estaba haciendo bien a nadie.”

“Desde ese momento llevo sola, pero me empecé a deprimir...No tener a nadie con quien hablar, reír, salir.”

Adolescente mujer de 16 años víctima de acoso escolar

“En aquella época sufrí acoso escolar en el colegio que me generó miedos irracionales, ansiedad, siempre he tenido algo, lloraba de forma constante y no quería ver a nadie.”

Adolescente mujer de 14 años víctima de acoso escolar

“Me llamaban vaca, que tenía que adelgazar y cosas así. Desde ese momento comencé a tener ideaciones suicidas, varios intentos y un trastorno de alimentación...”

La intervención del Centro escolar en estos casos es fundamental para eliminar este tipo de conductas, no obstante, todavía en algunos casos se encuentran profesores/as, orientadores/as y directores/as de Centros escolares que facilitan este tipo de comportamientos con su inacción ante la denuncia del niño/a o padre/madre, culpabilizándolos de la situación en la que se encuentran o teniendo ellos/as mismos/as conductas propias de maltrato/acoso.

Madre de un niño de 8 años víctima de acoso escolar

“He hablado con el director del colegio y este siempre me dice ‘que no me preocupe, que investigará la situación’, pero siempre me dice lo mismo y nunca hacen nada (...) La profesora también lo insulta diciéndole que es ‘tonto y que estorbaba’.”

Adolescente varón de 16 años víctima de acoso escolar

“He hablado varias veces con la orientadora del instituto y la Jefa de Estudios y hasta ahora no he visto ningún cambio. Lo saben mis padres desde hace dos años y mi madre está muy preocupada, ha ido varias veces al colegio pero tampoco ha obtenido ninguna respuesta”.

También **el entorno familiar (armonioso/disruptivo) juega un papel importante en la estabilidad emocional de sus integrantes**, por lo que en los casos donde se presenta un ambiente disruptivo puede ser un factor de riesgo importante en las conductas suicidas. La discordia familiar crea barreras para el aprendizaje de resolución de problemas que son importantes para el soporte que necesita el/la adolescente para poder afrontar los eventos vitales estresantes o depresiones. Algunos de los factores de riesgo dentro del entorno familiar, puede ser un ambiente hostil, demasiado coercitivo o demasiado permisivo, abuso de sustancias (alcohol o drogas), violencia familiar (maltrato físico, psicológico y/o sexual), mala comunicación intrafamiliar, entre otras.

Adolescente mujer de 17 años LGTBI víctima de unas relaciones familiares rígidas

“No tengo confianza para contarles (a mis padres) lo que me ocurre, no lo entenderían, porque tienen una mentalidad muy cerrada y son muy estrictos.”

La violencia ejercida en el ámbito intrafamiliar, a través del maltrato físico y psicológico es otro problema fuertemente asociado con la conducta suicida.

Adolescente varón de 16 años víctima de maltrato físico y psicológico

“Mi padre se molestó porque llegué tarde a casa; comenzó a golpearme en las piernas y brazos usando el puño cerrado ... Me ha dicho frases como: “eres la decepción de la familia”, “gilipollas”, “era mejor no haberte tenido” y “te odio”.

Adolescente mujer de 13 años víctima de maltrato físico y psicológico

“Vivo con mis padres y hermana de 8 años. Mi padre suele reaccionar de manera agresiva ante cualquier cosa insultándome “imbécil”, “gilipollas” y pegándome. Alguna vez he tenido marcas. Yo reacciono quedándome quieta y callada. Esto pasa cada dos semanas.”

En cuanto a la agresión sexual, diversos estudios han puesto de manifiesto la gran vinculación entre ésta y la conducta suicida (Espinosa-Gómez, Z. et al. 2010) y otros lo han definido como un factor de riesgo (Martín-del-Campo et al., 2013).

La agresión sexual es un tipo de violencia, que tiene lugar fundamentalmente en el círculo familiar y en menor medida en el entorno de confianza, cuya revelación no es habitual. Los niños/as o adolescentes suelen callar por el estigma, por los lazos emocionales que le unen a su agresor/a, porque tienen miedo a las consecuencias, por culpabilidad o vergüenza con lo ocurrido y porque a veces son amenazados para que los hechos no trasciendan. Alrededor de la mitad de los abusos sexuales a menores de edad son cometidos por un familiar (49,2%), de los cuales los más frecuentes son el padre (23,3%), la pareja de la madre (5,4%) y el tío (5,4%) (Ballesteros et al., 2020).

En los casos analizados, la agresión sexual se ha producido por alguien cercano a la víctima, destacando los familiares: padre, padrastro, tío, hermanastro, siendo en la mayoría de los casos, las víctimas mujeres adolescentes.

“Las mujeres tienen el doble de probabilidad de ser diagnosticadas con síntomas relacionados con el estrés postraumático debido a la violencia de género de las que son víctimas y a las agresiones sexuales en la infancia (cuya probabilidad es más alta naciendo niña)” (García Bas, 2022).

Adolescente mujer de 16 años víctima de agresión sexual

“Mi padrastro abusó sexualmente de mí, me tocó el muslo cerca de mis partes íntimas, me preguntó directamente si quería tener relaciones con él, hace un par de meses. Mi madre lo sabe y cuando se enteró me golpeó”.

Adolescente mujer de 14 años víctima de agresión sexual

“No tengo una buena relación con mi padre ya que discutimos con frecuencia, me he llegado a golpear y a tocar sin mi consentimiento.”

Con relación a la Violencia de género, la OMS reconoce los suicidios como una de sus consecuencias más fatales. Ser víctima de este tipo de violencia es un factor de riesgo para la conducta suicida. Por ello, toda política de prevención del suicidio tiene que ir encaminada a actuar también frente a la violencia de género (OMS, 2013).

Tal y como recoge el Informe de Violencia de Género. Teléfono/Chat ANAR (2021), en relación con los niños/as y adolescentes, se pueden identificar dos circunstancias diferentes en las que está presente la violencia de género:

- Situaciones de violencia de género en las que la víctima directa es una mujer menor de edad.
- Situaciones de menores que se encuentran dentro del entorno familiar de las mujeres víctimas de la violencia de género y, por tanto, son víctimas de esa violencia.

Detrás de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género están sus hijos/as que viven en el hogar compartido o con alguno de los progenitores. En estos/as menores de edad, **la violencia de género suele tener un efecto traumático**, con trastornos físicos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales, por lo que son personas que necesitan apoyo y atención especializada. **Se trata de niños/as o adolescentes que pueden presentar altos niveles de miedo, terror, desamparo, impotencia, etc.**

Madre de un niño de 7 años y una niña de 11 años víctimas de violencia de género en el entorno

“Yo me separé del padre de mis hijos hace 4 años por violencia de género... Los menores también sufrían maltrato físico y psicológico por parte de su padre. Cuando hacían algo que a él no le gustaba, les ponía mirando a la pared y les pegaba. Mi hijo pequeño dice que “papá me insulta”, “me pega sin razón”.

Adolescente mujer de 14 años víctima de violencia de género en el entorno

“Vivo con mi madre y con la pareja de ésta. La pareja de mi madre me maltrata. Le he contado a mi padre que he visto a mi madre ensangrentada.”

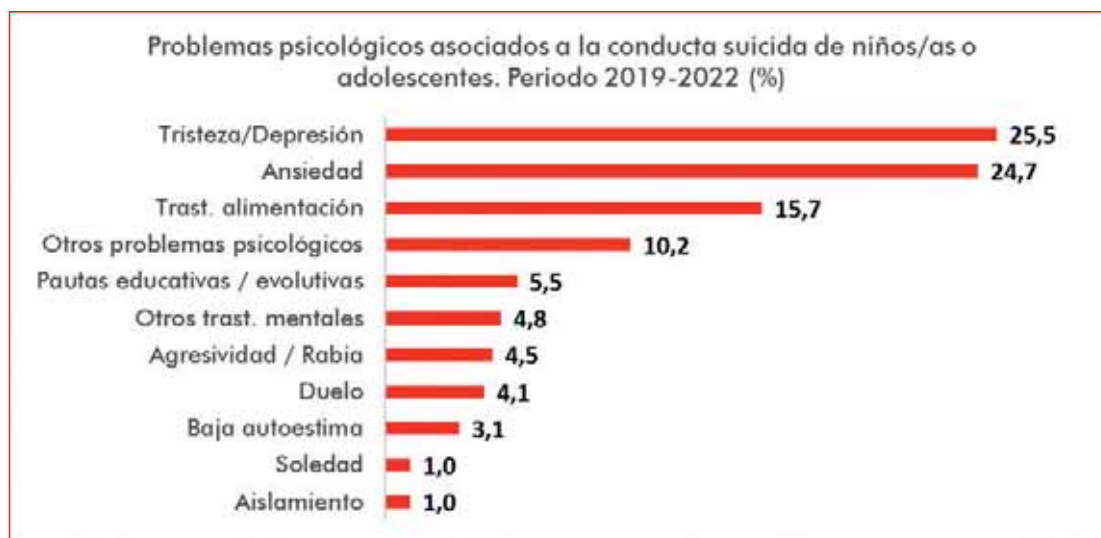
Además, los niños/as o adolescentes que se encuentran dentro del entorno familiar de las mujeres víctimas de la violencia de género **pueden ir asimilando patrones de conducta, valores y falsas creencias como que las mujeres son inferiores a los hombres, normalizar la violencia en las relaciones interpersonales, etc.**

Adolescente varón de 15 años víctima de violencia de género en el entorno

“Mis padres están separados. Mi madre denunció a mi padre por violencia de género, agresiones que se han producido delante de mí. Mi padre me maltrato. Ahora tengo una actitud agresiva, rompo cosas y pego a compañeros. Me autolesiono.”

Por otra parte, **entre los problemas vinculados con la Salud mental**, destacan las **Autolesiones (13,7%)**, los **Problemas psicológicos (8,7%)** y los **Problemas de conducta (4,4%)**.

Gráfico 40. Problemas psicológicos asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Y dentro de los problemas psicológicos, aquellos que presentan mayores porcentajes son: **tristeza/depresión (25,5%)¹³, ansiedad (24,7%) y trastornos de la alimentación (12,7%).**

La crisis sociosanitaria a raíz de la pandemia del COVID-19 ha generado una situación de estrés masivo que ha supuesto un impacto en la población infantil y adolescente, contribuyendo a visibilizar los problemas de salud mental¹⁴. “Según datos de la Asociación Española de Pediatría, los ingresos en psiquiatría infantil se han multiplicado por cuatro en el último año”. Los y las jóvenes presentan problemas de ansiedad, estrés, trastornos alimentarios y obsesivos y depresión, y en los peores casos, conductas suicidas y autolesivas. La alarma generada como consecuencia de los efectos de la pandemia en el bienestar emocional de las niñas, niños y adolescentes no ha hecho sino sacar a la luz y agudizar unos problemas que ya estaban presentes y que la pandemia sólo ha hecho más visibles (Peñas, 2021).

Por un lado, los efectos psicológicos derivados del afrontamiento de situaciones desconocidas, como la reducción de la actividad social y el confinamiento domiciliario, y de las vivencias de separación de padres y familiares debido al aislamiento por contagio, los duelos sin despedida por fallecimiento por COVID-19, la incertidumbre y el miedo a la enfermedad y al contagio, parece haber incrementado la incidencia de sintomatología depresiva y ansiosa en la población infantil y adolescente.

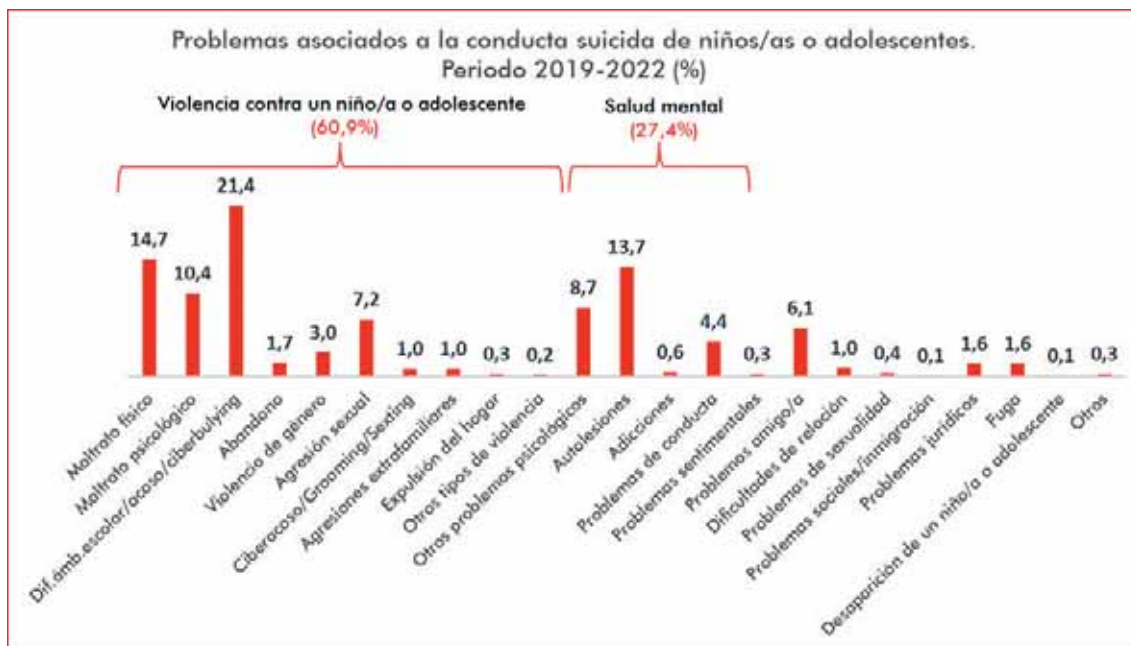
Por otro lado, el aumento del estrés en los progenitores por el temor al contagio, la incertidumbre, la disminución de la capacidad adquisitiva o la pérdida de empleo también incide en la salud mental de los hijos/as. La percepción de este estrés, la crisis económica y la pobreza se asocia con una peor salud mental de los niños/as o adolescentes que la padecen, más

¹³ El estado de ánimo triste, depresivo presenta un porcentaje del 15,5% y el de depresión 10,0%. En este último caso, los niños/as o adolescentes están recibiendo tratamiento para la depresión diagnosticada.

¹⁴ Estudios de varios organismos (por ejemplo, el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), etc.) señalan que la COVID-19 ha agravado enfermedades mentales preexistentes -como alzhéimer, esquizofrenia, trastorno bipolar o trastornos de ansiedad y depresivos-, al mismo tiempo que ha generado problemas de salud mental.

problemas emocionales y mayores alteraciones de conducta (Yoshikawa, Aber y Beardslee, 2012, citado en Paricio del Castillo y Pando Velasco, 2020).

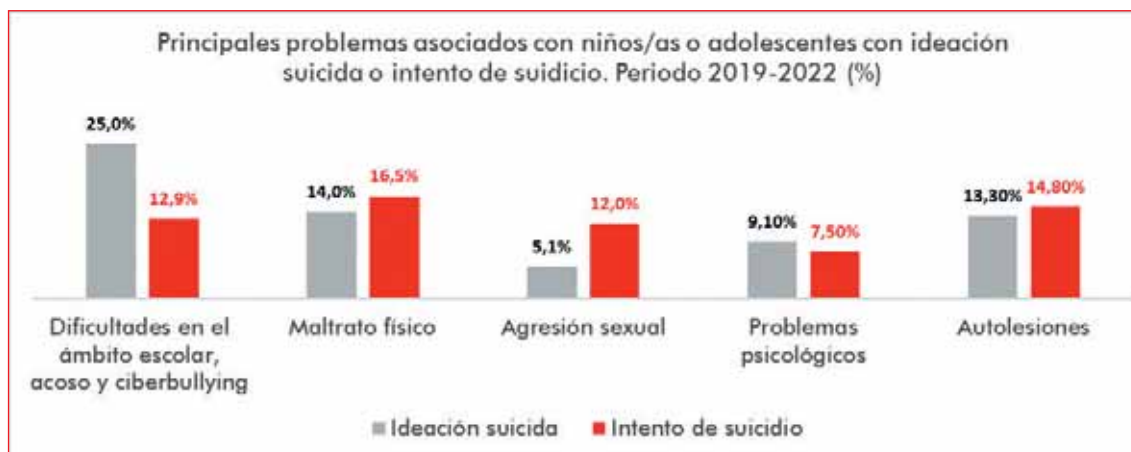
Gráfico 41. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

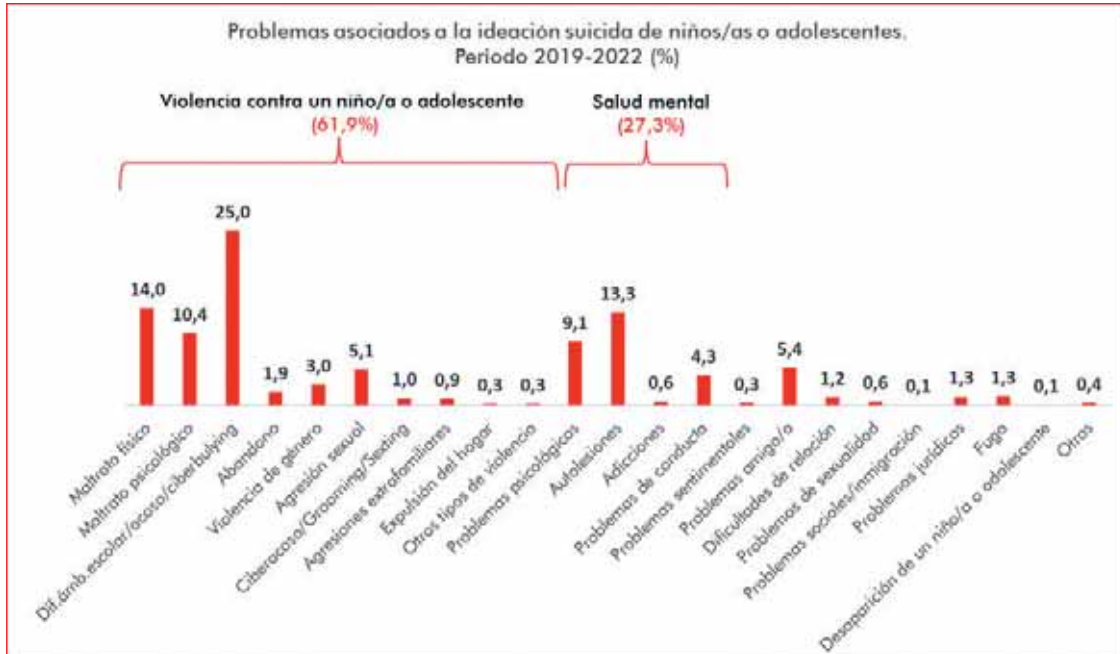
Según el tipo de conducta suicida, destaca que los casos de ideación suicida están en una mayor proporción relacionados con las dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying (ideación suicida: 25,0%; intento de suicidio: 12,9%). Por el contrario, los casos de intento de suicidio aparecen en mayor medida asociados a los problemas de maltrato físico (intento de suicidio: 16,5% e ideación suicida: 14%), agresión sexual (intento de suicidio: 12,0% e ideación suicida: 5,1%), entre otras.

Gráfico 42. Principales problemas asociados con niños/as o adolescentes con ideación suicida o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)



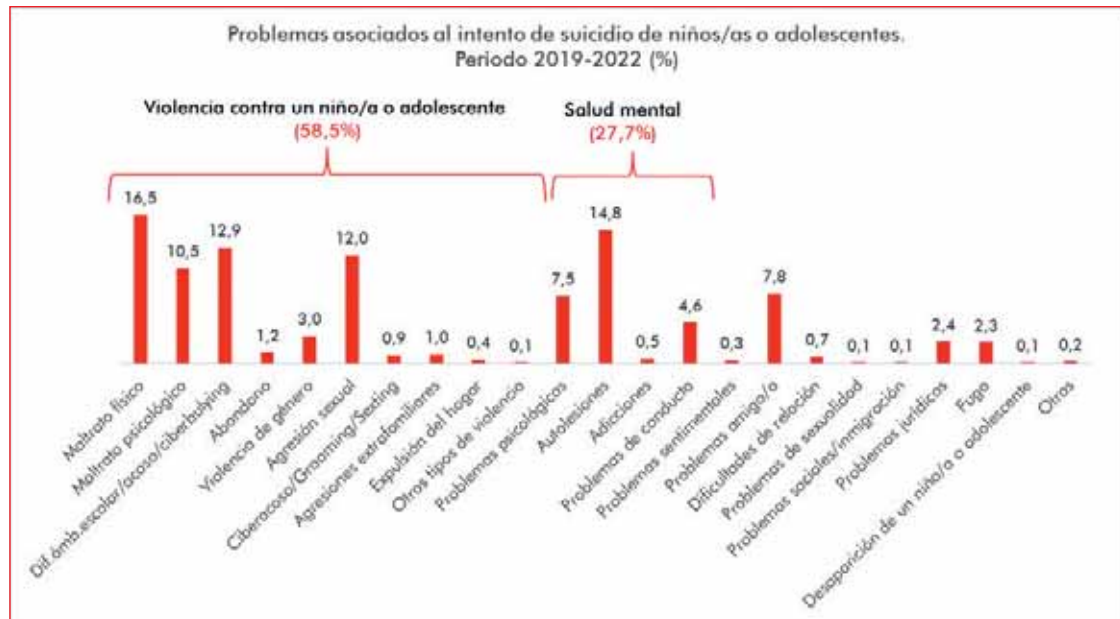
Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Gráfico 43. Problemas asociados a la ideación suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Gráfico 44. Problemas asociados al intento de suicidio de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Las **autolesiones** es uno de los problemas asociados más frecuentes con la conducta suicida. Los niños/as y adolescentes se autolesionan ante situaciones de máximo malestar o malestar prolongado para las que no encuentran solución y se sienten sobrepasados, “a punto de ex-

plotar”, por considerar que merecen un castigo por no actuar como se espera que lo hagan o por haber realizado una acción que les genera sentimiento de culpa.

Los **sentimientos de tristeza/depresión y ansiedad** surgen en situaciones problemáticas ante las que no ven posibilidades de salida y se sienten indefensos/as.

Preadolescente mujer de 11 años con depresión y ansiedad

“Desde hace 2 meses aproximadamente he empezado a notar síntomas de ansiedad y depresión por los problemas familiares que tengo.”

Adolescente mujer de 15 años con alto nivel de tristeza

“No era solo tener mucha tristeza y estar muy triste, era incapaz de hacer las tareas más sencillas, como salir de la cama, ducharme. Tenía constantemente ganas de morir. Estoy desmotivada y deprimida.”

En los casos de **trastornos de la alimentación** el rechazo al propio cuerpo genera un gran sufrimiento que deriva en sentimientos de tristeza y variaciones bruscas del comportamiento. Las personas menores de edad obsesionadas con tener un cuerpo perfecto, pueden caer víctimas de desórdenes alimenticios como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón.

Adolescente varón de 14 años con trastornos de alimentación

“Tengo anorexia, bulimia. Me odio a muerte (...) y me encuentro triste siempre, con cambios de humor bruscos.”

Preadolescente varón de 12 años con trastornos de alimentación

“Tengo problemas en cuanto a mi cuerpo. Cuento las calorías de lo que como, quiero dejar de comer, incluso vomito. Me autolesiono. Tengo pensamientos como: ‘no soy suficiente para nadie’, ‘no merezco seguir viviendo’, ‘no merezco tener cosas buenas’.”

4.2.5.2. Tratamiento psicológico

En el conjunto del periodo, **sólo el 44% de los niños/as o adolescentes con conducta suicida ha recibido tratamiento psicológico**. Destaca la tendencia creciente que se percibe a partir del año 2021 de los casos que sí han requerido este tipo de tratamiento y una tendencia decreciente en aquellos que no lo han precisado.

En el año 2022 los casos que requirieron tratamiento psicológico se elevaron hasta un 46%, 4 puntos más que en 2019 (41,9%). Por el contrario, los casos que no lo precisaron en 2022 (54,2%) disminuyeron 4 puntos porcentuales respecto a los de 2019 (58,1%).

Desde 2020 a 2021, la tasa de incremento de los casos que han necesitado de tratamiento psicológico ha sido de 136%, pasando de 307 en 2019 a 723 en 2021; y desde 2020 a 2022, la tasa se ha incrementado hasta el 174%, pasando de 307 en 2020 a 840 casos en 2022. Ante estos datos, se puede concluir que, tras la pandemia del coronavirus, los niños/as y adolescentes con conducta suicida han requerido de tratamiento psicológico en mayor medida que antes de la COVID-19.

Gráfico 45. Tratamiento psicológico en niños/as o adolescente con conducta suicida (ideación o intento). Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

En general, los/as profesionales participantes perciben que **la atención psicológica se está normalizando en España**. En el caso de los niños/as y adolescentes, al ser los progenitores quienes toman la decisión de acudir a estos/as profesionales de la salud, normalmente, lo hacen por conductas relacionadas con bajo rendimiento escolar, mal comportamiento en casa o conductas no consideradas “normales” según los patrones familiares y no tanto porque sus hijos/as se sientan mal y estén sufriendo.

Grupo de profesionales de ANAR

“Muchas veces...la visita al psicólogo es casi como un castigo...es que yo te llevo al psicólogo porque te has portado mal o porque has bajado el rendimiento académico o porque realmente no sé porque te pones a fumar hachis. Entonces al final acaban en el psicólogo/a porque el chaval o la chica ‘ha hecho algo mal’, no porque lo esté pasando mal’.”

Por otra parte, **la propia concepción del niño/a y de los adolescentes dificulta que se tome la decisión de que sean atendidos por un/a profesional de la psicología**. En el caso de niños y niñas parece que no tienen “derecho” a sufrir y cuando son adolescentes porque el malestar y rebeldía de los/as adolescentes forma parte de esa etapa vital con lo que también se le quita importancia.

Grupo de profesionales de ANAR

“Hay un miedo social extendido a que los niños/as tienen derecho a sufrir también y como les quitamos ese derecho, pues ya si sufren le quitamos importancia porque no queremos ver eso.”

“La adolescencia es una etapa que hay que pasarla de la mejor manera posible, ‘que aguantes el paraguas y aguantes el chaparrón’, pues si el niño/a está mal esto es como que está ya dentro del pack, como si los niños/as lo exageraran todo.”

Ambas situaciones entorpecen que se llegue a establecer un vínculo positivo entre el niño/a o adolescentes y el psicólogo/a ya que por las dos partes el motivo de la atención es diferente a aquel que les genera malestar.

Grupo de profesionales de ANAR

“Yo lo veo un montón en las llamadas que he tenido y supervisado y la verdad que te da mucha tristeza porque el niño lo vivencia así, incluso te dice ‘es que soy malo’, ‘hago sentir mal a la gente y como hago sentir mal a la gente voy al psicólogo y no me gusta’. Ni siquiera el profesional pone el matiz en el sufrimiento que puede estar pasando el niño.”

“Para el profesional es un problema porque tienes que crear un vínculo donde no hay vínculo porque el adolescente no quiere estar ahí.”

Aunque el tratamiento psicológico, por los problemas asociados que hemos referido anteriormente, es fundamental para minimizar el sufrimiento y apoyar en la resolución de los problemas que causan, la ansiedad, tristeza, autolesiones, ... **no en todos los casos se valora positivamente esta atención.** El volver a relatar todo el problema que le está afectando, genera malestar y estrés al tener que revivir de nuevo la situación negativa que vivió o está viviendo. La vulnerabilidad en estos momentos de los niños/as o adolescentes que reclaman atención psicológica hace que demanden a estos/as profesionales mayor empatía, capacidad de escucha, respeto y valoración ante lo que se les está transmitiendo.

Adolescente mujer de 13 años en tratamiento psicológico

“No mejoré, de hecho, empeoré. El contarle todo y jamás conseguir un consejo que me sirviera. O el simple hecho de lo estresante que a veces me resulta volver a explicar lo que siento.”

Adolescente mujer de 15 años en tratamiento psicológico

“Me sentí muy incómoda. Es una persona que no sabe tratar a las personas con empatía.”

Por otra parte, a pesar de que es una posibilidad bien valorada, **la posible dilatación en el tiempo para acudir a un psicólogo/a del sistema sanitario público, por las listas de espera de la Seguridad Social,** hace que algunas familias se planteen la opción de acudir a tratamiento psicológico de forma privada, posibilidad que no está al alcance de todos/as por el coste económico que supone.

Adolescente mujer de 14 años que precisa tratamiento psicológico

“Me parece bien la posibilidad de tener el contacto con un profesional sin embargo tengo reticencias a un psicólogo privado por dificultades económicas, y con respecto a acudir a la Seguridad Social cree que van a tardar mucho en darme una cita.”

Adolescente varón de 16 años que precisa tratamiento psicológico

“Dejé de acudir porque el precio era muy alto y mi madre dedujo que no tenía nada. Me sentí cómodo y por primera vez que alguien me escuchaba.”

Existe un gran consenso entre los/as profesionales participantes en que **el amplio espacio de tiempo entre consultas también limita el establecimiento de vínculos,** entre el/la profesional y el/la menor de edad que les haga sentir cómodos para tratar con profundidad lo que les está afectando.

Grupo de profesionales de ANAR

“No puedes generar un vínculo teniendo unas citas tan aplazadas y distanciadas.”

“Los propios menores de edad nos dicen que hay cosas que no les cuentan a su psicólogo y que a veces consumen ciertas sustancias y no se lo cuentan... ‘no se lo comunico porque no he podido llegar a generar una confianza con esa otra persona porque es una persona que no conozco.’”

Desde principios de 2020 se ha asistido a una población infantojuvenil cuyos síntomas de estrés y ansiedad han aumentado, y que necesariamente se debían a un diagnóstico previo de salud mental, a la par que los colectivos en riesgo han visto cómo sus cuadros y sintomatología clínica se han agudizado. Esto ha llevado en ocasiones a una mayor medicalización de esta población ante la falta de recursos asistenciales.

En este sentido, los/as profesionales participantes opinan que, ante lo espaciado de las consultas, **se intenta suplir la atención psicológica prescribiendo fármacos que pueden pasar a ser un riesgo más que una solución**. Como hemos visto anteriormente, el consumo de fármacos es uno de los métodos más habituales de los/as adolescentes para llevar a cabo el intento de suicidio.

Grupo de profesionales de ANAR

“Los casos más graves entran por psiquiatría, por hospital, con medicación, lo que hace es alimentar más el problema, no llegan a tener acceso al psicólogo/a.”

“Nos dicen “me he tomado una caja de (un fármaco)”. Pero y esa caja ¿quién te la ha dado? Pues claro “me la han recetado”, pero luego (el profesional) no vuelve a verle hasta dentro de tres meses.”

“La medicación yo creo que es un parche, porque como que no te puedo dar esa atención que tú necesitas, esa cita semanal o lo que tú necesitas, sin embargo, te voy a dar medicación para que tomes.”

Los/as profesionales señalan que, como alternativa a la escasez de recursos de atención psicológica pública y excesivo precio de las consultas privadas, **han proliferado los servicios psicológicos de bajo coste**. En su opinión, aunque no son lo ideal permiten cubrir a un abanico más amplio de personas que precisan atención psicológica frecuente durante un tiempo prolongado. Sin embargo, a medio largo plazo no se piensa en ellos como una solución estable al depender de forma importante de recursos públicos.

Grupo de profesionales de ANAR

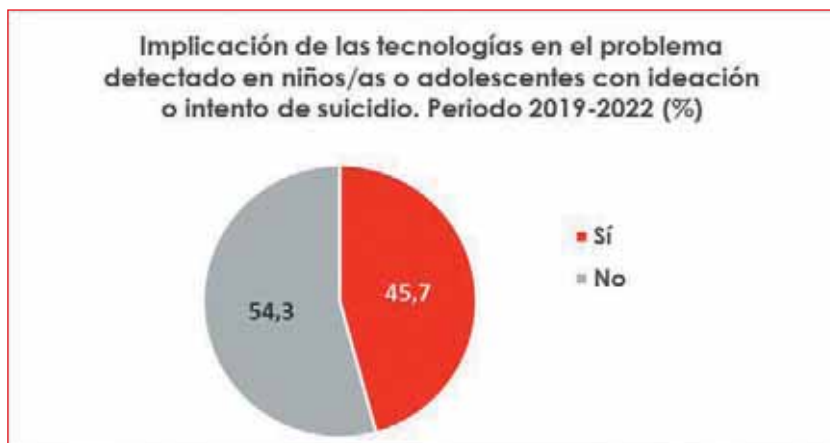
“Los servicios de bajo coste sí parece que han proliferado un poquito y aunque no es el escenario ideal porque la gente ya tiene que pagar algo y es diferente, ya no lo cubre lo público.”

“Esos programas suelen ser financiados por un tiempo determinado, por un año, por seis meses sólo cuando surgen momentos de crisis.”

4.2.6. Implicación de las tecnologías

En el 45,7% de los casos con ideación o intento de suicidio **hay algún tipo de implicación de las tecnologías**.

Gráfico 46. Implicación de las tecnologías en el problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)



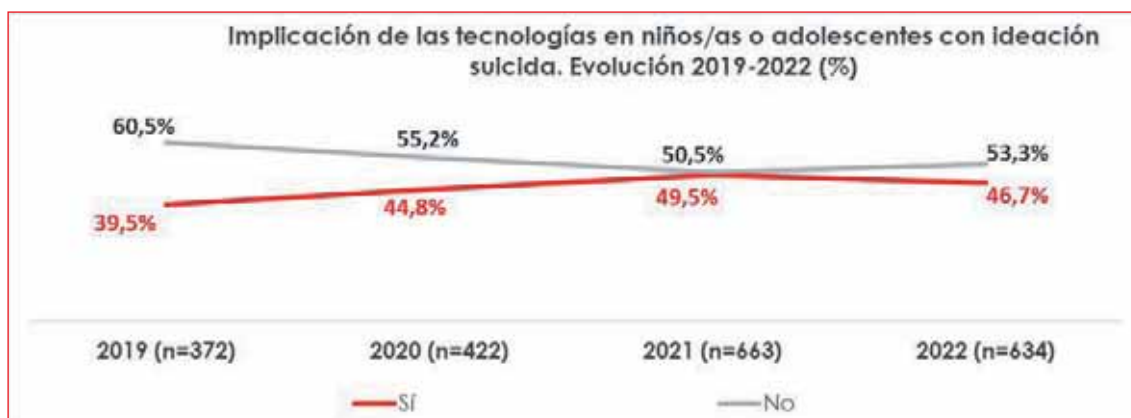
Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Esta implicación ha variado a lo largo de los años de forma significativa tanto en ideación (Chi cuadrado: 9,881; sig.=0,020) como en intento de suicidio (Chi cuadrado: 15,878; sig.=0,001). La intervención de las tecnologías se encuentra asociada significativamente con el año 2021 en los casos de ideación suicida y con 2022 en los de intento de suicidio. En ambos casos el año 2019 se asocia con una “No” afectación de las tecnologías.

Ante estos datos se puede concluir que, en los casos de niños/a o adolescentes con conducta suicida, el papel de las tecnologías ha ido creciendo en los últimos años, produciéndose un mayor incremento entre 2020 y 2021 (57,1%).

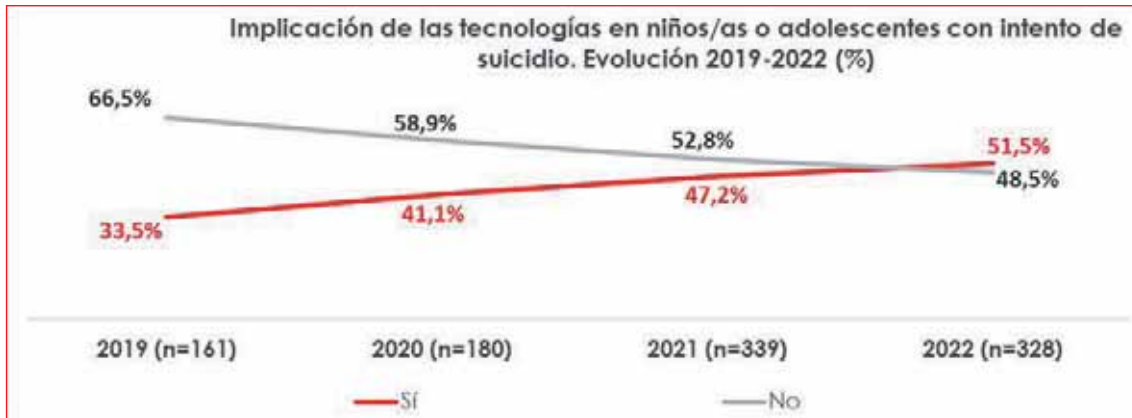
El empleo abusivo e inadecuado de las tecnologías tiene efectos nocivos en la salud mental. Durante la pandemia de COVID-19, la no asistencia presencial a los centros escolares parece haber sido un factor de riesgo de abuso de las tecnologías, así como de un menor control parental sobre el acceso de los niños/as o adolescentes a los contenidos digitales. (LeBourgeois et al., 2017, citado en Paricio del Castillo y Pando Velasco, 2020).

Gráfico 47. Implicación de las tecnologías en niños/as o adolescente con ideación suicida. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Gráfico 48. Implicación de las tecnologías en niños/as o adolescente con intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

La implicación de las nuevas tecnologías en los casos de niños/as o adolescentes con idea o intentos de suicidio aparte de ser un medio que puede generar situaciones de malestar importantes (sextorsión, grooming, ciberacoso) también se utiliza como fuente de información sobre métodos para intentar el suicidio y una alternativa para aliviar el malestar. **Las redes sociales más utilizadas de forma habitual son: Whatsapp, Instagram, Tik-Tok y Videojuegos.**

- Acoso, abuso, ... a través de las tecnologías

Preadolescente mujer de 12 años víctima de acoso escolar y ciberbullying

“Las agresiones entonces comenzaron a darse por parte de más alumnos del instituto, tanto de forma presencial como a través de Instagram, WhatsApp y llamadas con números ocultos. Me dicen “te vas a cagar, por aquí no aparezcas.”

Preadolescente mujer de 13 años víctima de ciberbullying

“Un compañero me dijo que si decía algo a alguien iba a colgar en las redes sociales fotos íntimas de mí.”

- Información sobre métodos para llevar a cabo el intento de suicidio
- Alivio del malestar que genera los pensamientos de intento de suicidio (se le escucha, pide perdón, se despide)

La impresión de los/as profesionales participantes es que, **recurrir a las redes sociales para obtener información sobre estos temas, se justifica por la desinformación procedente de fuentes cercanas más fiables:** profesores/as, progenitores, orientadores/as, psicólogos/as con quienes puedan abordar las dudas con calma. El acceso a contenidos inadecuados en redes sociales (actualmente muy perseguidos desde la entrada en vigor de la última LOPD (2018) puede dar lugar, en ocasiones, a un efecto “contagio” por el romanticismo con el que se trata el tema en algunas de ellas.

Grupo de profesionales de ANAR

“Como hay ausencia de información de calidad, los niños/as toman la iniciativa de informarse por su propia cuenta. Canales con información errónea, redes sociales, Instagram, Twitter, Tik Tok.”

“Los niños/as buscan esas respuestas como no se abordan fácilmente y de manera tranquila con profesores/as, padres, psicólogos/as u orientadores/as, las abordan en canales completamente peligrosos como estas redes sociales en las que sabemos que a veces incluso sí que se puede fomentar el carácter de contagio.”

“Los niños/as suelen seguir un montón de redes, de cuentas ... que romantizan las autolesiones, la ideación suicida, no pudiendo abordarlo adecuadamente.”

Sin embargo, **las redes sociales también han tenido un efecto positivo** al facilitar que personajes públicos se hayan decidido a exponer sus problemas de salud mental y la importancia de pedir ayuda para solucionarlos lo que ha redundado en un aumento de consultas por cuestiones de salud mental.

Grupo de profesionales de ANAR

“Las redes (...) también han facilitado (...) que a raíz de la pandemia se haya hablado muchísimo más de salud mental y muchos personajes públicos han hablado de sus problemas de salud mental y la necesidad de pedir ayuda...y eso creo que también puede haber hecho que veamos ese aumento también en esas consultas...”

4.2.7. Colectivos vulnerables

Como este estudio tiene una mirada inclusiva y multidimensional, a continuación se analizan grupos de niños/as o adolescentes pertenecientes a colectivos de mayor vulnerabilidad, los cuales se han considerado que presentan un mayor riesgo de ideación suicida o intento de suicidio.

4.2.7.1. Niños y niñas menores de 10 años

Los niños y niñas menores de 10 años **presentan con más frecuencia “ideaciones suicidas” que los mayores de esa edad** (Chi cuadrado: 25,294; sig. = 0,000) lo que podría deberse a que todavía no tienen una idea clara de la “muerte” ni de sus consecuencias. En este rango de edad, se observa que, en mayor medida, quienes contactan con ANAR son personas adultas a través de alguna de las Líneas del adulto/a (Chi cuadrado: 246,739; sig. = 0,000), siendo generalmente un familiar (95,4%).

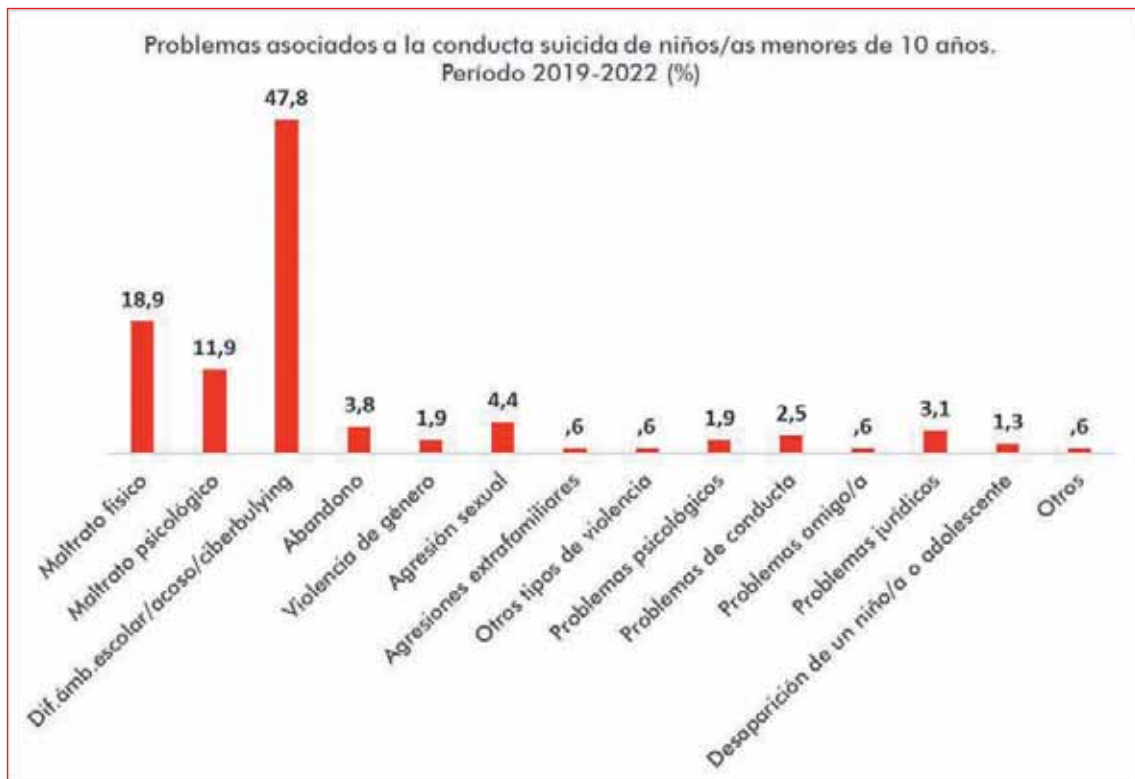
Para poder hablar de conducta suicida es preciso que exista algún grado de intención de morir, y para ello es imprescindible tener adquirido el concepto de muerte. La adquisición de este concepto requiere de un determinado desarrollo madurativo de la persona. “La palabra “Muerte” se vuelve “Adulta” entre los 6 y los 9 años de edad, dependiendo del contexto familiar y cultural. Antes de los 8 años la muerte no es más que una cesación, una separación, una ausencia provisional, temporal y reversible” (Cyrułnik, 2014).

En cuanto al resto de variables estudiadas, comparando quienes tienen 10 años o menos y aquellos/as con 10 años o más se encuentra que significativamente:

- Con mayor frecuencia son **varones** (<10 años: 60,1%; >=10 años: 27,4%).
- El **rendimiento escolar “Alto”** es más frecuente (<10 años: 32,9%; >=10 años: 17,6%).
- Con mayor frecuencia **no provienen de familias migrantes** (<10 años: 77,9%; >=10 años: 62,7%).
- En mayor medida **viven con la madre/familia** (<10 años: 17,5%; >=10 años: 8,8%).

- No están implicadas las tecnologías en el problema detectado (<10 años: 76,0%; >=10 años: 53,3%).
- La **urgencia** del caso se valora mayormente como “**Media**” (<10 años: 41,4%; >=10 años: 24,7%).
- La **frecuencia** del problema detectado es en mayor medida “**Semanal**” (<10 años: 14,7%; >=10 años: 8,4%).
- En menor medida se da únicamente una orientación **Psicológica** en la resolución (<10 años: 6,9%; >=10 años: 14,5%).
- Los **problemas asociados** con la ideación o intento de suicidio son en mayor medida de **Violencia contra un niño/a o adolescente** (Problemas asociados: <10 años: 89,9%; >=10 años: 59,6%), destacando fundamentalmente las Dificultades en el ámbito escolar/acoso y ciberbullying (47,8%), el Maltrato físico (18,9%) y Psicológico (11,9%). Y centrándonos en las dificultades en el ámbito escolar el Acoso escolar es el problema que se produce con mayor frecuencia. El 89,5% de los niños/as menores de 10 años con dificultades en el ámbito escolar son por Acoso escolar. También, aunque con menores proporciones, destacan los problemas relacionados con la Agresión sexual (4,4%) y el Abandono (3,8).

Gráfico 49. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as menores de 10 años. Período 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

A lo largo de estos años se encuentran diferencias significativas en cuanto a la implicación de las tecnologías y la valoración de Urgencia. En ambos casos en las situaciones de ideación suicida (Tecnología: Chi cuadrado: 11,421; sig. = 0,010; Urgencia: Chi cuadrado: 15,329; sig. = 0,018), significativamente las tecnologías están implicadas con más frecuen-

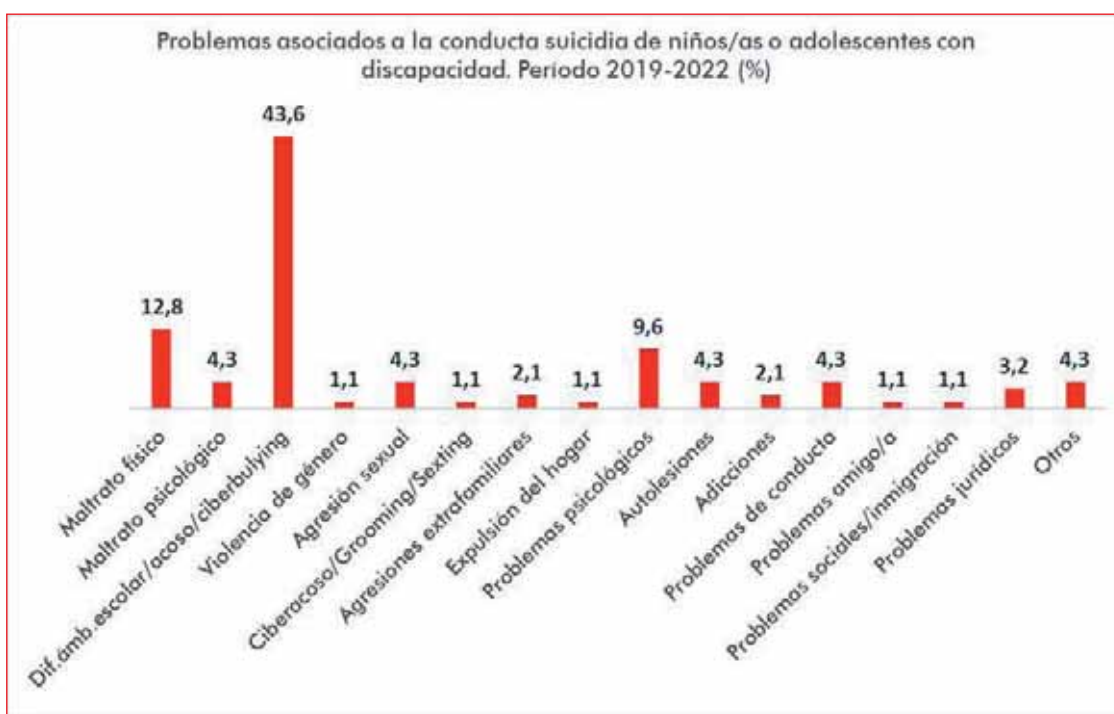
cia en el año 2022 (45,5%) que en años anteriores. Y en el año 2021 se valoraron con más frecuencia los casos de niños y niñas de 9 años o menos, de urgencia “Alta” (64,3%) y en el 2019 de urgencia “Media” (63,8%).

4.2.7.2. Niños/as y adolescentes con discapacidad

Los niños/as o adolescentes con conducta suicida que tienen algún tipo de discapacidad presentan diferencias significativas respecto a aquellos/as que no la tienen en cuanto a:

- Género. Quienes tienen alguna discapacidad son con más frecuencia **varones** (Discapacidad: 54,0%; No discapacidad: 36,0%).
- Edad. Son más mayores, con más frecuencia tienen **18 años o más** (Discapacidad: 5,1%; No discapacidad: 0,7%).
- Urgencia. Se valora la **Urgencia** del caso, con mayor frecuencia, como “**Baja**” (Discapacidad: 4,4%; No discapacidad: 1,1%).
- Resolución. **En mayor medida intervienen las áreas Jurídica/Psicológica** (Discapacidad: 6,6%; No discapacidad: 2,9%).
- Tratamiento psicológico. **Con mayor frecuencia reciben tratamiento psicológico** (Discapacidad: 68,5%; No discapacidad: 43,0%).
- Los principales problemas asociados con conducta suicida son: **Dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying (43,6%), Maltrato físico (12,8%) y Problemas psicológicos (9,6%)**. En menor medida, también se relaciona la conducta autolítica con la **Agresión sexual, las Autolesiones y los Problemas de conducta**, todos ellos con el mismo porcentaje, **4,3%**.

Gráfico 50. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes con discapacidad. Período 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Aunque no se aprecian diferencias significativas entre el grupo de niños/as o adolescentes con discapacidad y aquellos/as que no la tienen, en cuanto a problemas asociados con la ideación o intento de suicidio. Se observa que, al igual que los/as menores de 10 años, **el principal problema con el que se encuentran es “Dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying” (43,6%), concretamente con “Acoso escolar” (100%).** En segundo lugar, aparece el **“Maltrato físico” (12,8%) y a continuación los “Problemas psicológicos” (9,6%).** No se especifica ningún trastorno psicológico concreto al que se asocian los problemas psicológicos (**“Otros trastornos mentales”**: 44,4%).

Psicóloga por un preadolescente de 12 años con discapacidad

“Nos contactó por tristeza y ansiedad acerca de su futuro y teme que esto pueda ocasionarle impedimentos en su vida sentimental y laboral. Nos contó que por la noche tuvo una crisis de ansiedad y aparecieron pensamiento sobre “querer matarse” de forma intensa y reiterada ... Sufre acoso escolar verbal.”

En definitiva, no se encuentran diferencias significativas de interés a lo largo de los años estudiados en las diferentes variables que diferencian a los niños/as y adolescentes con discapacidad, con ideación o intento de suicidio, de aquellos que no tienen discapacidad.

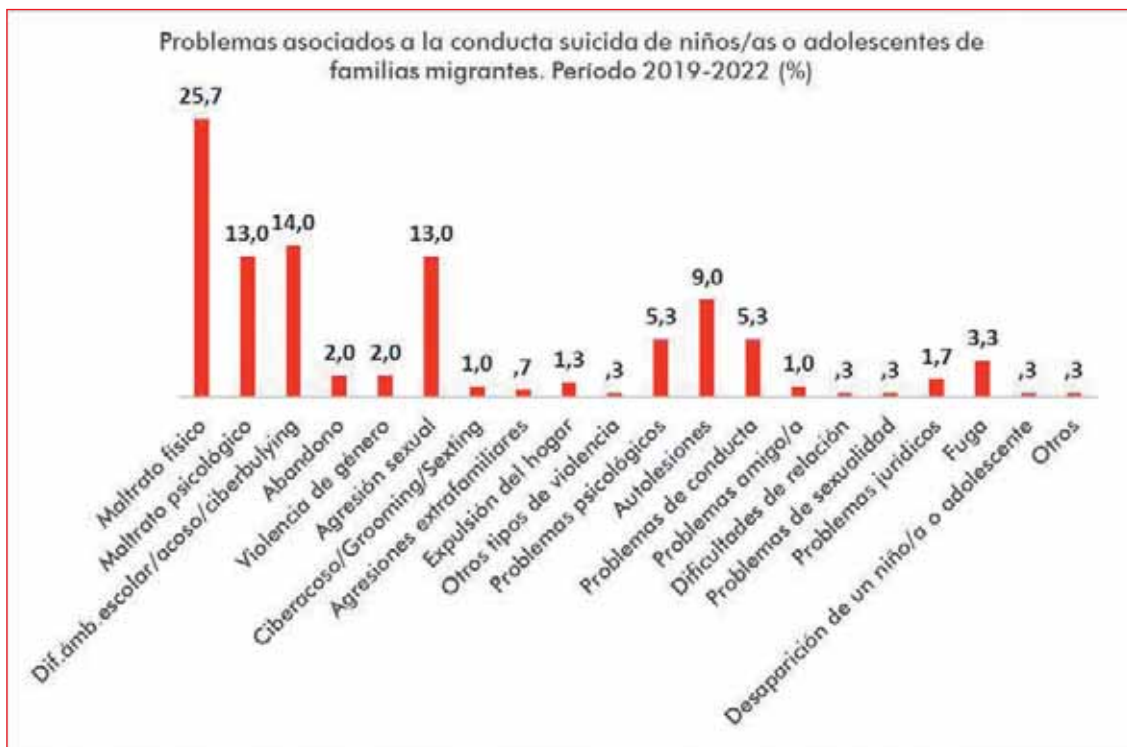
4.2.7.3. Niños/as o adolescentes de familias migrantes

Los niños/as o adolescentes de familias migrantes significativamente presentan con mayor frecuencia que los de familias no migrantes:

- **Intento de suicidio** (Familia migrante: 40,4%; Familia no migrante: 27,8%).
- **Llamadas mediante las Líneas del niño/a y adolescente** (Familia migrante: 45,4%; Familia no migrante: 35,5%).
- **Llamadas por parte de un amigo/a-conocido/a** (Familia migrante: 9,6%; Familia no migrante: 3,2%) **o un/a profesional** (Familia migrante: 10,4%; Familia no migrante: 1,4%).
- Casos referentes a **mujeres** (Familia migrante: 74,9%; Familia no migrante: 67,3%).
- Edades entre **13 y 17 años** (Familia migrante: 82,0%; Familia no migrante: 75,2%).
- **Rendimiento escolar “Bajo”** (Familia migrante: 53,5%; Familia no migrante: 42,6%).
- Viven en una **familia monoparental** (Familia migrante: 82,0%; Familia no migrante: 75,2%).
- **Con la madre y familia** (Familia migrante: 17,8%; Familia no migrante: 8,0%) **o con tíos/as** (Familia migrante: 1,4%; Familia no migrante: 0,4%)
- Tienen **tres o más hermanos/as** (Familia migrante: 36,7%; Familia no migrante: 21,4%).
- **Ocupan el tercer lugar o más entre los hermanos/as** (Familia migrante: 16,0%; Familia no migrante: 8,3%).
- **Implicación de las tecnologías** (Familia migrante: 48,4%; Familia no migrante: 38,8%).
- Casos:
 - De **Urgencia “Alta”** (Familia migrante: 78,2%; Familia no migrante: 66,6%).
 - **Frecuencia ocasional** (Familia migrante: 14,7%; Familia no migrante: 10,9%).
 - **Duran más de un año** (Familia migrante: 73,1%; Familia no migrante: 68,8%).

- No se encuentran diferencias significativas en cuanto a grandes grupos de problemas asociados con la ideación o intento de suicidio entre los niños/as o adolescentes de familias migrantes y no migrantes. Sin embargo, si se desagregan los tipos de Violencia contra un niño/a o adolescente y los problemas relacionados con la Salud mental, se aprecia que quienes viven en familias de migrantes, con más frecuencia, sufren **Maltrato físico (25,7%) y Agresión sexual (13,0%)** que quienes viven en familias no migrantes (Maltrato físico: 11,6%; Agresión sexual: 6,6%). Los y las menores de edad con conducta suicida, de este tipo de familias, también presentan otros problemas como: **Dificultades en el ámbito educativo, acoso escolar y ciberbullying (14,0%), Maltrato psicológico (13,0%); Autolesiones (9,0%), Problemas psicológicos (5,3%) y Problemas de conducta (5,3%)**.

Gráfico 51. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes de familias migrantes. Período 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Se observan **diferencias significativas a lo largo de los años analizados en rendimiento escolar, valoración de urgencia, implicación de las tecnologías y tratamiento psicológico.**

En los casos de ideación suicida, en 2022, respecto al resto de los años, el rendimiento escolar (Chi-cuadrado: 13,300; sig.=0,039) es significativamente “bajo” (73,9%) y en 2019, “medio” (41,9%). La implicación de las tecnologías (Chi-cuadrado: 8,597; sig.=0,035) ha sido menor en el año 2019 (No implicación de las tecnologías: 69,8%) que en el resto de años. Y los casos se han valorado en 2021 con mayor frecuencia de urgencia “Alta” (82,8%) que en el resto de años (Chi-cuadrado: 14,677; sig.=0,023).

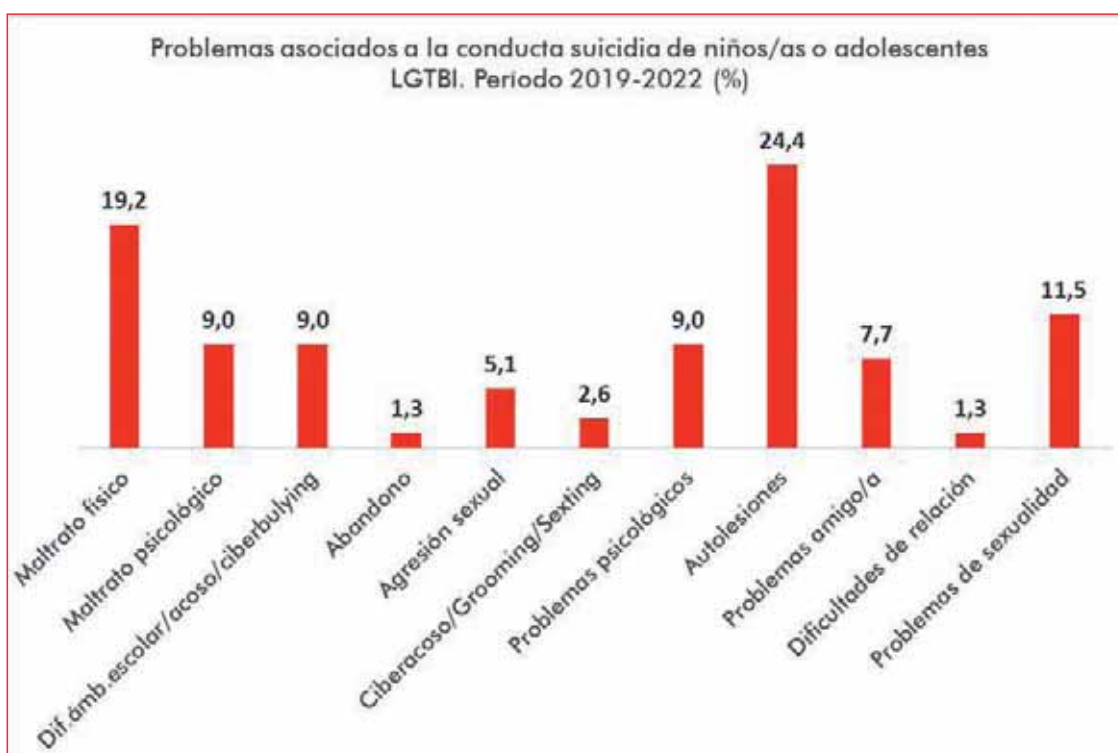
En cuanto a los intentos de suicidio, en el año 2019 se han considerado los casos, con mayor frecuencia que en el resto de años, de urgencia “Media” (23,7%) y “Baja” (2,1%) (Chi-cuadrado: 12,763; sig.=0,047). Y, en 2020, se resolvieron en mayor medida sin tratamiento psicológico (29,8%) (Chi-cuadrado: 8,297; sig.=0,040).

4.2.7.4. Niños/as y adolescentes LGTBI

El colectivo de niños/as y adolescentes LGTBI con ideación o intento de suicidio, se diferencian significativamente de aquellos/as que no se incluyen en este grupo porque:

- Tienen más intentos de suicidio (LGTBI: 42,6%; No LGTBI: 33,4%).
- Se reciben más llamadas por las Líneas del niño/a y adolescente (LGTBI: 71,6%; No LGTBI: 56,6%).
- Son varones (LGTBI: 48,2%; No LGTBI: 27,9%).
- Son mayores de 9 años (LGTBI: 100,0%; No LGTBI: 96,5%).
- Los problemas asociados son principalmente por Salud mental (LGTBI: 69,2%; No LGTBI: 59,9%). Se observa que en el caso de las **Autolesiones**, quienes se encuentran en el grupo de LGTBI tienen mayor incidencia (24,4%) que entre aquellos/as que no pertenecen (13,5%). Además, también muestran un porcentaje más elevado en los **Problemas de sexualidad** (LGTBI: 11,5%; No LGTBI: 0,2%). Tal y como se puede observar en el siguiente gráfico, los niños/as y adolescente LGTBI con conducta suicida también sufren otros problemas relacionados con el **Maltrato físico** (19,2%), el **Maltrato psicológico** (9%), **Problemas psicológicos** (9,0%), **Dificultades en el ámbito educativo, acoso escolar y ciberbullying** (9,0%) y **Agresión sexual** (5,1%).

Gráfico 52. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes LGTBI. Período 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

El rechazo de los progenitores ante la condición sexual de su hijo/a les genera un sufrimiento importante que deriva en el deseo de quitarse la vida. En estos casos los progenitores ac-

túan con frecuencia con insultos y humillaciones y negando la realidad, sin atender al cambio de identidad sexual de su hijo/a: dificultando el acceso a terapia hormonal, refiriéndose a él/ella según su condición sexual previa a su cambio de género.

Adolescente mujer de 15 años LGTBI

“También cuando le conté a mi padre que era transgénero me llamó estúpido y siguió llamándome por mi nombre de nacimiento y en masculino.”

Ante el posible rechazo de los progenitores o la sociedad en general (profesores/as, compañeros/as) optan por no informar de su situación por temor a no ser aceptados/as o intentan ajustarse al género acorde con su sexo biológico sin éxito.

Preadolescente mujer de 14 años LGTBI

“Mis padres no conocen mi orientación sexual. Son homófobos y me da vergüenza contárselo. Si mi padre se entera me manda a mi país y me pegaría.”

Preadolescente varón de 11 años LGTBI

“Ni mis padres ni ningún adulto saben cómo me siento. Mis padres no saben que soy trans ni mis profesores, puesto que tengo miedo de no ser aceptado.”

El rechazo que sufren en el ámbito familiar se extiende al escolar en el que con frecuencia sufren bullying por su diferente condición sexual, situaciones ante las que, en ocasiones, el Centro escolar permanece impasible.

Preadolescente varón de 14 años LGTBI, víctima de acoso escolar

“Tengo ideas suicidas desde hace un mes porque en el instituto me hacen acoso por ser gay y no me dejan hacer nada.”

“Me insultan y me llaman gay continuamente. Además, los de mi clase me pegan. Como yo llevo el pelo rubito y peinado y voy bien vestido, me tiran del pelo y me roban la ropa. Los profesores lo saben, pero no dicen nada.”

Las diferencias de mayor interés, a lo largo de los años, se encuentran en las **Líneas de Ayuda utilizadas** (Chi-cuadrado: 9,515; sig.=0,023) para contactar con ANAR y la **resolución de los casos** (Chi-cuadrado: 19,841; sig.=0,019). Quienes presentaron ideaciones suicidas utilizaron con mayor frecuencia que otros años las Líneas del niño/a o adolescente en 2020 (100,0%) y del adulto/a en el año 2021 (38,2%). En las resoluciones del año 2020 intervinieron con más frecuencia que en el resto de los años las áreas Jurídica/psicológica (66,7%).

4.2.8. Perfil del niño/a y adolescente con conducta suicida

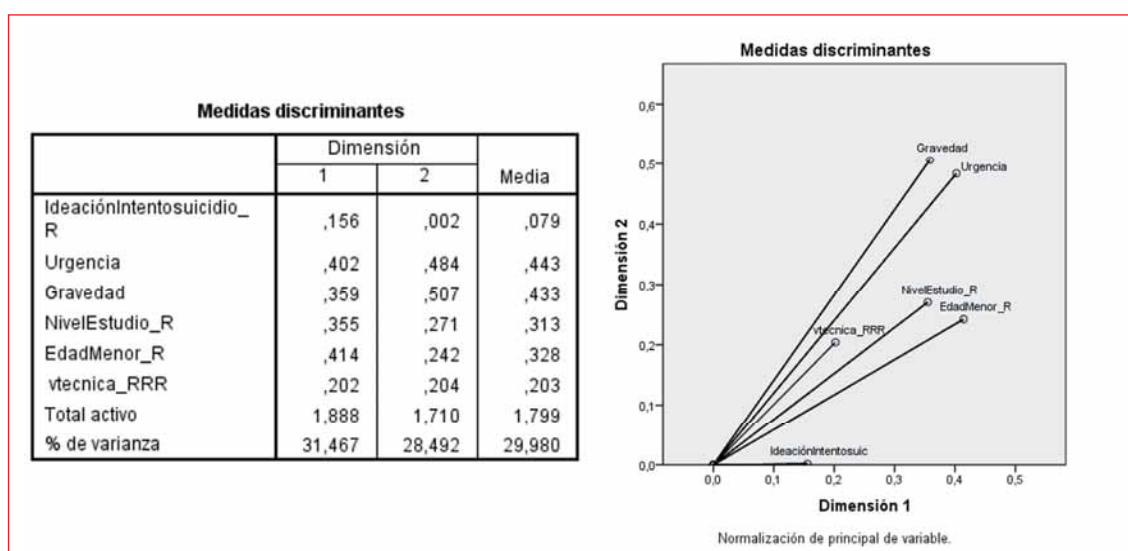
Para identificar los diferentes perfiles asociados a la ideación o intento de suicidio en los diferentes años analizados se ha utilizado el estadístico **Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM)**. Inicialmente se ha incluido en este análisis todas aquellas variables que presentaban una asociación significativa con la variable “Año”, esto es: ideación o intento de suicidio, Línea de Ayuda utilizada, parentesco de quien realiza la llamada con el niño/a o adolescente que presenta el problema, género, grupos de edad, discapacidad, LGTBI, nivel de estudios, rendimiento y satisfacción escolar, CCAA de residencia, características de la familia con la que convive el niño/a o adolescente (con quien vive, familia monoparental, familia migrante), características del problema detectado (urgencia, gravedad, frecuencia y duración), proble-

mas asociados, tratamiento psicológico, implicación de las tecnologías y áreas implicadas en la resolución.

Los resultados con este primer modelo no permitían diferenciar con fiabilidad los casos en estudio ya que explicaba únicamente el 21% de la varianza. Partiendo de las variables que diferenciaban mejor las dimensiones que se han encontrado en este primer análisis se ha elaborado un segundo modelo constituido por las variables: urgencia, gravedad, nivel de estudios, edad del niño/a o adolescente y problema asociado. Con este segundo modelo las dos dimensiones¹⁵ que se han evidenciado explicaban el 60% de la varianza.

La dimensión 1 aparece explicada fundamentalmente por la edad del niño/a o adolescente y el nivel de estudios y la segunda por la urgencia y gravedad del problema detectado.

Ilustración 6. ACM, medidas discriminantes



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR

Así, el perfil de quienes presentan ideación suicida o intento de suicidio va a depender de estas variables que serán las que más influyan al establecerse los clústers (agrupación de casos lo más homogéneos posibles). Se ha aplicado el análisis de clústers a las puntuaciones de cada caso en estas dos dimensiones. Con el análisis se encuentran principalmente 5 tipos de perfiles¹⁶. Para caracterizar mejor los clústers en las diferentes variables incluidas en el análisis se ha realizado un análisis de contingencia que ha permitido definir los perfiles en cada clúster. Los perfiles que se han encontrado son los siguientes.

¹⁵ El Alpha de Cronbach para la primera dimensión es del 0.564 y para la segunda de 0.498. La varianza explicada del modelo es del 60,0%. El 31,5% para la primera dimensión y 28,5% para la segunda. Aquellos casos que no tenían información en alguna variable, se les ha imputado la moda de ésta.

¹⁶ Se ha aplicado la técnica de clúster no jerárquico (K-means), y se han hecho pruebas con 3,4,5,6 y 7 clústers. La solución de 5 clústers, que presentamos en el presente estudio, es la que permite identificar la diversidad de perfiles de niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio que han solicitado atención/apoyo de ANAR y se corresponden con los análisis descriptivos previos (tablas de contingencia).

1. **Mujeres entre 13 y 17 años con intento de suicidio.** El 71,7% de las llamadas recibidas entre 2019 y 2022 se corresponden con este perfil. Están relacionados con el intento de suicidio y contactaron con ANAR en 2022. Son mujeres, entre 13 y 17 años que cursan educación secundaria, bachiller o formación profesional o están sin escolarizar, con rendimiento escolar “Bajo”. Se pusieron en contacto con ANAR mediante las Líneas del niño/a y adolescente. En caso de contactar una persona adulta, es un novio/a-exnovio/a, amigo/a-conocido/a o un/a profesional. De familia migrante. La urgencia y gravedad del problema detectado es “Alta”, con frecuencia “Diaria” y una duración “Superior al año”. El problema asociado está relacionado con la Salud mental, específicamente con las Autolesiones, la Fuga y la Agresión sexual. En la resolución se requiere, fundamentalmente, orientación psicológica.
2. **Varones con ideación suicida y rendimiento escolar “Medio”.** Este perfil es el segundo más amplio, el 13,7% de los casos atendidos entre 2019 y 2022 se corresponden con este grupo. Son varones de 10 a 12 años con ideación suicida que contactaron en el año 2019 o 2020. Cursan educación secundaria, con rendimiento escolar “Medio”. Contactan a través de las Líneas del adulto/a, principalmente un familiar. La urgencia y gravedad del problema se considera “Media”, la frecuencia es “Puntual” y dura menos de un año o un mes. El problema detectado es de Violencia contra un niño/a o adolescente o por Problemas jurídicos. Específicamente asociados a Acoso escolar, Maltrato psicológico, Problemas de conducta, Abandono y Ciberacoso. Situaciones que generan ansiedad, tristeza, baja autoestima, agresividad/rabia. Están implicadas las tecnologías. En la resolución intervienen las áreas jurídica y psicológica o psicológica.
3. **Varones de 12 años o menos con ideación suicida con rendimiento escolar “Alto”.** Este grupo supone el 11,3% de quienes han contactado en el período temporal analizado. Están relacionados con la ideación suicida y contactaron con ANAR en 2019. Son varones, de 12 años o menos años que cursan educación primaria o infantil, con rendimiento escolar “Alto”. Se comunicaron con ANAR mediante las Líneas del adulto/a, principalmente a través de un familiar. Viven con la familia que con mayor frecuencia es monoparental. La urgencia del problema detectado es “Media” y la gravedad “Alta”, con frecuencia “Semanal”. El problema detectado está relacionado con la Violencia contra un niño/a o adolescente, específicamente asociado a Acoso escolar, Maltrato físico y/o psicológico y Abandono. En la resolución intervienen las áreas jurídica, psicológica y social.
4. **Varones con 18 años¹⁷ o más con ideación suicida.** Estos casos han supuesto el 2,4% de quienes contactaron con ANAR con conducta suicida, son varones con 18 o más años, en los casos en los que se comunicó una persona adulta para informar sobre el/la adolescente fue un familiar. La urgencia de la situación se consideró “Media” o “Baja” y la gravedad igual, “Media” o “Baja”, con una duración del problema “Puntual”. La situación estaba relacionada con Problema de sexualidad, Problemas jurídicos, Problemas sentimentales o Problemas sociales/inmigración. Específicamente asociados a dificultades con los padres, en mayor medida con la madre, Problemas relacionados con la identidad sexual y Problemas de custodia. Se resolvió con la intervención de las áreas jurídica/psicológica, psicológica o psicológica/social. Se asocia con casos incluidos en el colectivo LGBTI y de discapacidad.

¹⁷ Se trata de casos excepcionales atendidos por ANAR por tratarse bien de adolescentes con alguna discapacidad o de casos que requerían de una intervención urgente por su alta gravedad.

5. **Varones con problemas de urgencia y gravedad baja.** Este es el perfil menos numeroso, el 1,0% de quienes contactaron entre 2019 y 2022 pertenecen a este grupo. Son varones que contactaron en 2019 con ideación suicida o intento de suicidio. Utilizan las Líneas del niño/a y adolescente para solicitar ayuda a ANAR. La urgencia y gravedad del problema detectado se consideró “Baja”, la frecuencia “Puntual” y la duración “Mensual”. El problema detectado está relacionado con Problemas de sexualidad, Problemas jurídicos, Problemas sentimentales o Problemas sociales/inmigración. Asociados específicamente a ansiedad y dificultades de relación (amigos/as, progenitores). En la resolución interviene fundamentalmente el área de psicología. Se relaciona significativamente con casos del colectivo LGTBI y de discapacidad.

4.3. Factores de riesgo y protección

4.3.1. Factores de riesgo

Por factores de riesgo de la conducta suicida se entienden aquellos que influyen en la suicidalidad de una persona. Estos factores pueden ser individuales, sociofamiliares y contextuales.

A nivel **cuantitativo**, se ha realizado un análisis comparativo entre los casos con conducta suicida y aquellos que no presentan este problema (grupo de control), con el fin de identificar posibles factores de riesgo y protección de la ideación o intento de suicidio de niños/as o adolescentes en riesgo que contactan con ANAR.

El **grupo de control** ha estado constituido por un 10% del total de casos atendidos (47.206) en el período temporal analizado (2019-2022) sin ideación o intento de suicidio. Esto es **4.721 niños/as o adolescentes sin ideación o intento de suicidio.**

Se han analizado las diferencias existentes entre ambos grupos (ideación/intento de suicidio: 6.137; control: 4.721 casos) respecto al año de contacto, tipo de llamada (Línea de Ayuda utilizada, parentesco del niño/a o adolescente con el adulto/a que contacta), variables sociodemográficas (género, grupo de edad, nivel de estudios, rendimiento y satisfacción escolar), con quien vive (con quien vive, familia monoparental, familia migrante, número de hermanos/as, lugar que ocupa entre los hermanos/as), problema de base detectado y características del problema detectado (urgencia, gravedad, frecuencia, duración), implicación de las tecnologías, pertenencia al colectivo LGTBI y Discapacidad.

Con la excepción de la variable “promedio del lugar que ocupa entre los hermanos/as” y “discapacidad”, en todas ellas las diferencias entre ambos grupos es significativa.

Tabla 16. Significatividad de las diferencias entre el grupo de control y el de ideación o intento de suicidio

Variables	Chi cuadrado	Sig.
Año	598,225	0,000
Tipo de petición		
Tipo de llamada	584,236	0,000
Parentesco del adulto/a	65,786	0,000
Variables sociodemográficas		
Género	176,949	0,000
Grupo de edad	1431,965	0,000
Nivel de estudios	531,161	0,000
Rendimiento escolar	67,379	0,000
Satisfacción con el centro escolar	132,732	0,000
CCAA	30,326	0,000
Con quien vive		
Con quien vive	11,356	0,023
Familia monoparental	14,408	0,000
Familia migrante	62,073	0,000
Número de hermanos/as	34,568	0,000
Promedio del lugar que ocupa entre los hermanos/as	4,525	0,210
Características del problema		
Urgencia	1493,635	0,000
Gravedad	1506,987	0,000
Frecuencia	265,811	0,000
Duración	394,564	0,000
Problemas asociados y tratamiento psicológico		
Problemas asociados*	2621,760	0,000
Tratamiento psicológico	207,655	0,000
Implicación de nuevas tecnologías		
Tecnologías	15,735	0,001
Resolución		
Áreas implicadas	158,559	0,000
Colectivos vulnerables		
LGTBI	33,285	0,000
Discapacidad	3,863	0,049

*Se han eliminado los casos con problemas de conducta suicida.
Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.*

Para determinar que categorías de las variables en las que se encuentran diferencias entre ambos grupos constituyen factores de riesgo se ha utilizado la medida de **Razón de posibilidades, odds ratio**¹⁸ (razón de odds de riesgo). En los casos en que esta ratio es superior a 1 la categoría constituye un factor de riesgo. La información que nos aporta esta medida se refiere al aumento del riesgo de ideación o intento de suicidio. Así, por ejemplo, un OR de 4,0 en la variable Año 2019-2022 nos informa de que la incidencia de ideación/intento de

¹⁸ Odds ratio (OR) es una manera de explorar la relación entre dos variables nominales dicotómicas. Determina un estimado (con intervalo de confianza) para las relaciones entre variables dicotómicas binarias.

suicidio se multiplica por 4,0 en el año 2022 respecto al 2019 o dicho de otra forma que la prevalencia de ideación o intento de suicidio en las llamadas recibidas en 2022 es 4,0 veces mayor que en las que se recibieron en 2019. Con estos criterios se muestran en la tabla siguiente las variables y categorías de dichas variables que constituyen factores de riesgo de la ideación/intento de suicidio junto con la intensidad de dicho riesgo (OR).

Tabla 17. Factores de riesgo de ideación o intento de suicidio en niños/as o adolescentes que solicitan atención/apoyo de ANAR

Factores de riesgo		
Variable	Categoría	OR
Año 2019-2022	2022	4,0
Tipo de petición	Línea del Niño/a y Adolescente	2,6
Género	Mujer	1,7
Grupo de edad	13 años o más	4,1
Nivel de estudios	Educación secundaria o superior	3,8
Rendimiento escolar	Bajo	2,3
Satisfacción escolar	Baja	1,9
Con quien vive	Familia	1,2
Tipo de familia	Familia no monoparental	1,2
Tipo de familia	Familia migrante	1,3
Número de hermanos/as	Uno o más	1,3
Urgencia de atención	Alta	88,0
Gravedad	Alta	154,1
Frecuencia del problema	Diaria	1,4
Duración del problema	Más de un año	1,6
Problemas asociados *	Depresión	3,4
Problemas asociados *	Autolesiones	8,4
Problemas asociados *	Contacta un amigo/a	2,9
Problemas asociados *	Maltrato físico	1,2
Problemas asociados *	Trastorno alimentación	1,4
Problemas asociados *	Fuga	1,7
Tratamiento psicológico	Tratamiento psicológico	2,1
Implicación de las tecnologías	Implicación de las tecnologías	1,2
Grupos vulnerables	LGTBI	2,4
Resolución	Psicológica/Social	2,4

* Se han eliminado los casos con problemas de conducta suicida.
Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Para una mayor claridad sobre lo que se refleja en la tabla de OR, exponemos a continuación la información que se aporta en cada variable.

- La prevalencia de la conducta suicida en las llamadas recibidas en 2022 es 4 veces mayor que en las que se recibieron durante 2019.
- Las llamadas recibidas a través de las líneas del niño/a y adolescente se multiplican por 2,6 en los casos de conducta suicida respecto a los contactos recibidos a través de las líneas del adulto/a.

- La prevalencia de la conducta suicida se multiplica por 1,7 en las primeras llamadas realizadas por mujeres respecto a los varones.
- La prevalencia de la conducta suicida en el grupo de 13 o más años se multiplica por 4,1 respecto al grupo de niños/as menores de 13 años.
- La prevalencia de la conducta suicida en los/as adolescentes que cursan Educación secundaria o un nivel de estudios superior (Bachiller, Formación profesional, Universidad) se multiplica por 3,8 respecto al grupo de aquellos/as que cursan Estudios primarios o menores (Educación infantil).
- La prevalencia de la conducta suicida en los niños/as o adolescentes con un rendimiento escolar bajo se multiplica por 2,3 respecto a aquellos/as con rendimiento escolar alto.
- La posibilidad de que se presente conducta suicida se multiplica por 1,9 en los casos con Satisfacción escolar “baja” respecto a aquellos/as que presentan una Satisfacción escolar “alta”.
- La posibilidad de casos con conducta suicida es 1,2 veces mayor en niños/as o adolescentes que viven con sus familias respecto a quienes viven solos/as, en pareja, con amigos/as o en un Centro/colegio.
- Quienes viven en familias no monoparentales presentan 1,2 veces más conducta suicida que quienes viven en familias monoparentales.
- La conducta suicida se presenta 1,3 veces más en niños/as o adolescentes que viven en familias migrantes respecto a aquellos/as que viven en familias no migrantes.
- La prevalencia de conducta suicida es 1,3 veces mayor en los casos de niños/as o adolescentes que tienen uno o más hermanos/as que en aquellos/as en los que no tienen ningún hermano/a.
- La valoración de “urgencia alta” en la intervención se multiplica por 88 en los casos con conducta suicida respecto al grupo control en el que se valora con mayor frecuencia “urgencia baja”.
- La valoración de “gravedad alta” se multiplica por 154,1 en los casos con conducta suicida respecto al grupo control con mayor frecuencia de “gravedad baja”.
- La frecuencia del problema detectado es diaria, 1,4 veces más en el grupo de conducta suicida que en el control en el que se da en mayor medida una frecuencia ocasional.
- La duración del problema detectado “más de un año” es 1,6 veces más frecuente en el grupo de conducta suicida que en el grupo de control en el que se da con más frecuencia una duración inferior al año.
- Los problemas detectados que se encuentran con más frecuencia en el grupo con conducta suicida respecto al grupo de control son:
 - **Autolesiones.** Las autolesiones se encuentran 8,4 veces más en el grupo de conducta suicida que en el de control.
 - **Depresión.** El grupo de conducta suicida presenta 3,4 veces más este problema que el grupo control.

- **Fuga.** La fuga aparece 1,7 veces más en el grupo con conducta suicida que en el grupo de control.
- **Trastornos de alimentación.** El grupo con conducta suicida presenta 1,4 veces más este tipo de trastorno que el grupo de control.
- **Maltrato físico.** El maltrato físico aparece 1,2 veces más en el grupo con conducta suicida que en el grupo de control.
- **Caso amigo/a.** En el grupo con conducta suicida contacta 2,9 veces más un amigo/a para informar del caso que en el grupo de control.
- Los niños/as o adolescentes que contactan con conducta suicida han recibido o están recibiendo tratamiento psicológico 2,9 veces más que los/as del grupo de control, sin ideación/intento de suicidio.
- Las tecnologías están implicadas 1,2 veces más en los casos de niños/as o adolescentes con conducta suicida que en los del grupo de control.
- Los casos de LGBTBI aparecen 2,4 veces más en el grupo de conducta suicida que en el grupo de control.
- En la resolución de los casos con conducta suicida intervienen 2,4 veces más las áreas Psicológica y Social que las Psicológica y Jurídica.

A partir de los resultados encontrados se puede concluir que **los niños/as o adolescentes con conducta suicida son prevalentemente de género femenino**, lo que coincide con la revisión de la literatura sobre el comportamiento suicida en niños/as y adolescentes realizada por Gómez Tabares (2021) y contrasta con el perfil de suicidios consumados en los que repetidamente se encuentra (OMS, Eurostat, INE) que ocurre con mayor frecuencia entre los varones (Hink et al., 2022). Contraste de perfiles que lleva a reflexionar sobre la actitud de los varones ante situaciones problemáticas emocionales para las que parece que solicitan, en menor medida que las mujeres, apoyo para afrontarlas, lo que sería de interés explorar y tener en cuenta en posibles actuaciones de prevención.

Sin embargo, con independencia de que el comportamiento suicida sea ideación, intento o suicidio consumado, **en todos los análisis de la literatura sobre el tema se encuentra que uno de los principales predictores de estos comportamientos son las autolesiones no suicidas y la depresión** (Fonseca-Pedrero et al., 2022; Gómez-Tabares, 2021). Información que se confirma en nuestro análisis en el que aparecen estos dos factores con un grado de riesgo marcado en el grupo de ideación/intento de suicidio respecto al grupo de control, unido a una mayor probabilidad de que los niños/as o adolescentes con conducta suicida también se encuentran en tratamiento psicológico.

Según mencionan los/as profesionales participantes, respecto a las autolesiones merece la pena reflexionar brevemente sobre este concepto ya que en ocasiones no están muy claros los límites entre una conducta autolesiva y otra que no lo es. En este sentido se hace referencia en el Grupo de profesionales a que, para considerar una conducta autolesiva, esta ha de tener como finalidad el alivio del sufrimiento, del dolor. En este sentido, señalan que el consumo de alcohol, cannabis, más habitual en varones, si se utiliza para desconectar y sentirse mejor podría considerarse una conducta autolesiva, igual que en el caso de niños/as más pequeños/as que se “muerde la mano”, “pega puñetazos en la pared”, etc. ante una situación de tensión, desbordamiento emocional. No se es consciente de que se reali-

za dicha conducta para aliviar un malestar pero en ambos casos se está produciendo una autolesión.

Grupo de profesionales de ANAR

“Quizás es el fin que tu busques, ¿no? Si yo busco aliviarme o como olvidar ese dolor que me provoca algo haciendo, por ejemplo, ejercicio físico en exceso... no sé, si buscas esa carga extra igual es porque buscas ese alivio.”

Otro trastorno mental que se ha presentado con más probabilidad entre los niños/as o adolescentes con conducta suicida es el Trastorno de la conducta alimentaria que confirma lo encontrado en estudios previos con esta población (Gómez-Tabares, 2021; Varela-Besteiro et al., 2017). Pacientes que muestran conductas autolesivas como medio para regular emociones negativas intensas. En este sentido hay que resaltar también el mayor nivel de casos de “Fuga” entre quienes tienen ideación/intento de suicidio. Conducta que puede deberse a la vivencia de situaciones altamente negativas ante las que optan por escapar del entorno que las generan. Teniendo en cuenta que también se encuentra en los casos de ideación/intento de suicidio una frecuencia y duración de los problemas detectados mayor (frecuencia diaria y duración de más de un año) que en el grupo sin ideación/intento el malestar generado se acentúa dando lugar a situaciones de alta indefensión. Sería de interés profundizar en estos casos para detectar recursos y habilidades de afrontamiento de los que disponen para poder establecer pautas de prevención ampliando el conocimiento y actuaciones que amplíen sus habilidades ante situaciones adversas.

Uno de los colectivos más expuestos a vivir situaciones negativas que conlleven un importante sufrimiento es el de LGTBI, colectivo que aparece como especialmente vulnerable en la ideación/intento de suicidio y que también se encuentra en la revisión de la literatura realizada por Hink et al. (2022) sobre suicidios consumados de adolescentes. Otro grupo especialmente vulnerable es el de niños/as o adolescentes de familias migrantes. Esta población aparece no solo con mayor riesgo de ideación/intento de suicidio, sino que, como vimos anteriormente, es un grupo en el que también se llevan a cabo con más frecuencia que en la población general española, suicidios consumados. Las situaciones de desarraigo, soledad, diferencias culturales, podrían estar en la base de este mayor riesgo. Ambos colectivos han de tenerse especialmente presentes en políticas de prevención de comportamientos suicidas.

Aparte de los problemas de salud mental y psicológicos, **el rendimiento y la satisfacción escolar son también importantes factores de riesgo** de ideación/intento de suicidio. Asociación que habría que explorar con mayor profundidad para poder determinar las causas del bajo rendimiento y satisfacción escolar.

Finalmente señalar, que la adolescencia es un período de especial vulnerabilidad siendo el **grupo de edad de 13 o más años y quienes cursan secundaria o estudios superiores** los que presentan en mayor medida ideaciones o intentos de suicidio. La escasa conciencia de muerte de los/as menores de 13 años y los limitados criterios para valorar hechos negativos que ocurran en su entorno o les afecten puede estar en la base de esta diferencia respecto a los niños/as o preadolescentes. En cualquier caso, sería una hipótesis, a explorar en futuros estudios.

Aspectos culturales vinculados a creencias religiosas también pueden actuar como factor de riesgo al limitar la comunicación del niño/a o adolescente con su familia sobre situaciones que les estén afectando o dificultando la posibilidad de recibir atención psicológica o psiquiátrica al vincular la familia a estos/as profesionales, con entes malignos.

Adolescente mujer de 14 años con dificultades para recibir atención psicológica/psiquiátrica

“La relación con mis padres es buena, pero mis padres son muy creyentes y no puedo hablar con ellos de cómo me siento. Porque cuando otras personas se encontraban con problemas de salud mental, ellos han comentado que eran enfermos mentales.”

4.3.2. Factores de protección

Los **factores protectores** para el suicidio son características que pueden ayudar a disminuir el riesgo de suicidio de una persona. Estos factores no eliminan la posibilidad de suicidio, pero su potenciación ayuda a prevenirlo. La capacidad con la que una persona hace frente a las adversidades de la vida o la habilidad para resolver problemas reduce la probabilidad de que dicha persona se encuentre deprimida, ansiosa o desesperanzada. Se considera que la reducción de daños de cada uno de los ámbitos comprendidos dentro de los factores de riesgo, son factores de protección. Al igual que ocurre con los factores de riesgo, los de protección también tienen diferente naturaleza: individuales, sociofamiliares y contextuales. A continuación, se recogen algunos de los factores protectores, detectados a lo largo de esta investigación, relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia.

Si se tiene en cuenta que entre los factores de riesgo detectados se encuentran las familias no monoparentales y que según lo observado en los expedientes analizados la mala comunicación intrafamiliar es una de las situaciones que aparecen con más frecuencia en estas familias, **uno de los factores de protección estaría relacionado con el establecimiento de relaciones familiares de confianza en las que la comunicación y apoyo entre sus miembros facilite el afrontamiento positivo ante situaciones adversas.**

Adolescente mujer de 17 años que recibe apoyo familiar

“Estoy más tranquila porque me siento apoyada por mi familia (...). Con mi madre he podido hablar de todos los problemas que giran en torno a mí y estoy dispuesta a recibir ayuda externa.”

Adolescente mujer de 15 años que recibe apoyo familiar

“Tengo buena relación con mi madre, en una ocasión le comenté las situaciones de acoso escolar vividas y que me estaba autolesionando; acto seguido mi madre habló con la directora del instituto para que controlaran la situación desde ahí.”

Pertenecer a familias migrantes, con bajos recursos económicos, también aparece como factor de riesgo en la ideación/intento de suicidio. Este tipo de familias, como hemos comentado anteriormente pueden conllevar dificultades económicas y de adaptación social y cultural, lo que supondrá una menor integración del niño/a o adolescente con su grupo de pares y menos posibilidades de apoyo social ante problemas de cualquier índole. En este sentido, **otro factor de protección vendría dado por la buena integración social, económica y cultural** de estos niños/as o adolescentes en su entorno de convivencia que les permita disponer de una red de apoyo social confiable con la que puedan contar ante problemas tanto intra como extrafamiliares. Red de apoyo que a su vez puede ser la que facilite el contacto con profesionales u organizaciones especializadas que les puedan ayudar.

Persona adulta por una adolescente de 16 años con una familia sin recursos económicos

“La menor presenta autolesiones e ideación suicida, motivo por el cual esta mañana ha acudido junto con su madre al psicólogo de la salud pública. Este psicólogo les ha mandado a que la vean en el hospital más urgentemente y más a menudo, pero el problema es que no tienen dinero para desplazarse ... La situación familiar es muy complicada, ninguno de los padres consigue trabajo.”

Adolescente mujer de 15 años que cuenta con el apoyo de su grupo de iguales

“Mis amigas son las que me han dado vuestro número y casi siempre me han ayudado en todo. Les he contado algunos problemas y discusiones con mi pareja.”

La amplia duración y frecuencia del problema de base al que se enfrentan los niños/as o adolescentes con ideación/intento de suicidio determina que **la detección y actuación precoz de estos problemas sea un factor de protección** ante comportamientos suicidas generados por la indefensión ante situaciones frecuentes de alto malestar prolongadas en el tiempo frente a las que no encuentran salida. Detección y actuación precoz unido al conocimiento y puesta en funcionamiento de habilidades de afrontamiento ante situaciones que generan alto malestar y estrés continuado y frecuente.

Las intervenciones orientadas a disminuir estados de ánimo triste, depresivo y emociones negativas intensas también actuarían como **barrera protectora** ante autolesiones y comportamientos de carácter suicida. Entre las actuaciones que les facilitan minimizar su malestar y desconectar de pensamientos negativos mencionan: intervenir y realizar actividades con las que disfruten y visualizarse en un futuro positivo con amigos/as, familia, ...

Adolescente mujer de 17 años con interés en actividades de ocio

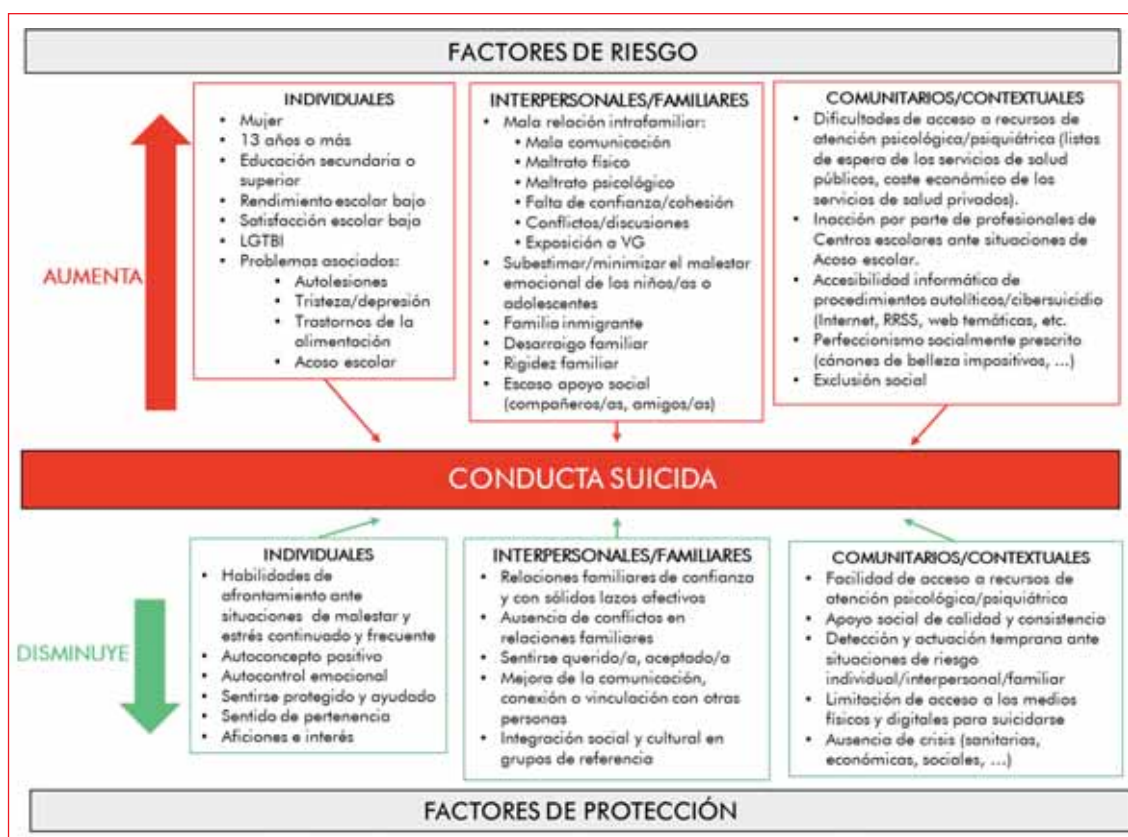
“Ayer me sentía mal y me puse a tocar la guitarra. Estoy aprendiendo y me gusta. Me funcionó para no pensar en las autolesiones.”

Adolescente mujer de 15 años con interés en actividades de ocio

“Para aliviar mi ansiedad creo que me puede ayudar leer, escuchar música, escribir, antes escribía novelas.”

Se recogen en el esquema siguiente los **factores de riesgo y protección** detectados en el presente estudio.

Ilustración 7. Factores de riesgo y protección de la ideación o intento de suicidio en niños/as o adolescentes



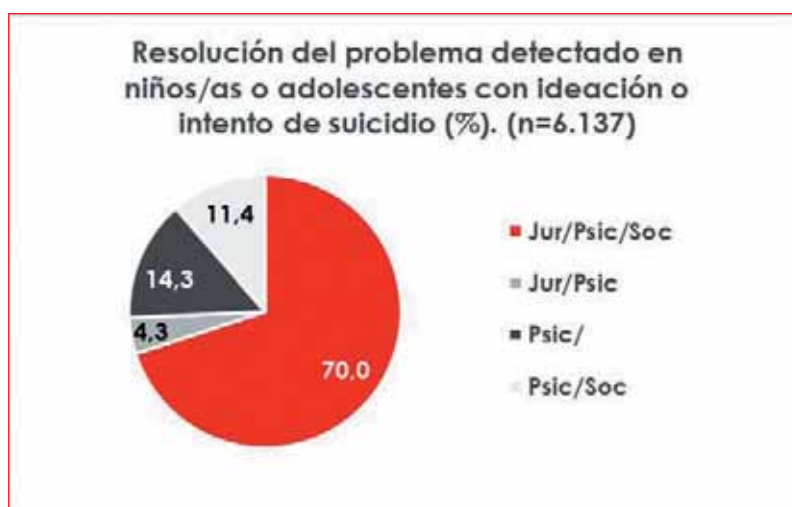
Fuente: Elaboración propia, a partir del análisis realizado en el presente estudio.

4.4. Resolución, derivaciones e intervenciones

4.4.1. Resolución

Las llamadas de orientación especial son aquellas que requieren una valoración, orientación, derivación y/o intervención psicológica, social y/o jurídica. En la resolución del problema detectado en los niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio además del área psicológica, que interviene en todos los casos, también pueden actuar el área social y/o jurídica. Durante el periodo analizado (2019-2022) las llamadas de orientación especial se distribuyen de la siguiente manera:

Gráfico 53. Resolución del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Los datos obtenidos revelan que el tipo de orientación que más se ha precisado en las consultas sobre ideación o intento de suicidio es la Psicológica, Social y Jurídica (70,0%), la más compleja que la Fundación ANAR ofrece, ya que recoge orientaciones de carácter psicológico además de la valoración del equipo de trabajadores/as sociales y abogados/as, con la derivación a recursos especializados. Sin embargo, se encuentran diferencias de interés a lo largo de los años analizados.

El año 2022 se asocia significativamente (Chi cuadrado= 70,406; sig.= 0,000), tanto en los casos de ideación como de intento de suicidio, con implicación del área de psicología y, además, con el área social en los casos de ideación suicida.

En años anteriores se encuentra una mayor implicación del área jurídica. Así, en el año 2019 se observa una asociación significativa con las áreas jurídica y psicológica tanto en ideación como en intento de suicidio. Y en 2021 (Chi cuadrado= 42,821; sig. = 0,000) también, tanto en ideación como en intento de suicidio, se halla una asociación significativa con las tres áreas: jurídica, social y psicológica.

Tabla 18. Áreas implicadas en la resolución del problema detectado en niños/as o adolescentes con ideación suicida según año de llamada. Años 2019-2022

Áreas implicadas	Años			
	2019	2020	2021	2022
Jur/Psic/Soc	73,4%	65,7%	71,1%	65,0%
Jur/Psic	6,5%	6,6%	4,3%	2,8%
Psic	8,2%	17,8%	14,4%	17,5%
Psic/Soc	11,9%	9,8%	10,1%	14,7%
N TOTAL	572	723	1331	1444

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Tabla 19. Áreas implicadas en la resolución del problema detectado en niños/as o adolescentes con intento de suicidio según año de llamada. Años 2019-2022

Áreas implicadas	Años			
	2019	2020	2021	2022
Jur/Psic/Soc	71,8%	73,9%	79,3%	68,1%
Jur/Psic	7,5%	3,1%	3,7%	3,4%
Psic	9,5%	11,2%	8,9%	16,8%
Psic/Soc	11,2%	11,9%	8,1%	11,7%
N TOTAL	241	295	704	827

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

4.4.2. Derivaciones

Por una parte, el Departamento social de la Fundación ANAR desarrolla tres actividades fundamentales: la valoración y orientación de las llamadas de carácter social, la relación con los recursos específicos en materia de infancia de las distintas administraciones y del tercer sector, y la intervención en situaciones de riesgo o desamparo de niños/as y adolescentes.

Para desarrollar esta labor es necesario un nivel de comunicación y coordinación con los diferentes recursos externos a la Fundación implicados en la Protección de la Infancia, así como un esfuerzo constante por conocer los diferentes protocolos y procedimientos de intervención. De este modo, diariamente puede informar y derivar a recursos específicos de su Comunidad Autónoma a los diferentes llamantes en función de la problemática presentada y sus características personales.

Por otra parte, el Departamento jurídico de la Fundación ANAR facilita asesoramiento legal sobre cualquier cuestión relativa a un niño/a o adolescente que pueda suponer un conflicto para el/ella mismo/a y que requiera, para su solución, de la articulación de recursos jurídicos o de la disponibilidad de información jurídica, ya sea el propio niño/a o adolescente quien realiza la consulta (a través de la Línea del Niño/a y del Adolescente) ya sea un adulto/a de su entorno (a través de la Línea Familia y Centros Escolares).

Además de esta función de información y orientación, en ocasiones, puede ser necesario llevar a cabo intervenciones de carácter jurídico, es decir poniendo en conocimiento de las autoridades que, según el caso, sean competentes (por ejemplo, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad) la información que se recibe a través de la línea telefónica, previo consentimiento expreso del llamante. Estas intervenciones suelen responder a una situación constatada de grave vulneración de los derechos del niño/a y adolescente que, por sí mismo/a o a través de una persona de su entorno, reclama ayuda. Las características propias de este servicio (atención telefónica, confidencialidad, anonimato en ocasiones, mayor facilidad de acceso para los niños/as y adolescentes) hacen que estas intervenciones sean excepcionales; optando por la vía social en todos aquellos otros casos en los que el equipo del Teléfono ANAR considera necesaria la intervención, pero a través de otro tipo de recurso.

En el periodo 2019-2022 analizado, se han realizado 6.970 derivaciones, 5.829 en el caso de ideación suicida y 1.141 en intento de suicidio. Desde el Departamento social se han gestionado 5.049 derivaciones, 4.233 de ideación suicida y 816 de intento de suicidio, y desde el Departamento jurídico, 1.921, 1.596 de ideación suicida y 325 de intento de suicidio.

Tabla 20. Derivaciones sociales con motivo de consulta ideación suicida, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)

Recurso	Años				Total
	2019	2020	2021	2022	
Ayuntamientos	0	0	1	0	1
CAF (Centro de Atención a la Familia)	0	1	2	1	4
CAI (Centro de Atención Infancia)	0	0	6	1	7
Centros de Acogida y Protección	1	0	0	0	1
Centros de Información Juvenil	0	1	1	0	2
Centros de Planificación Familiar / Consulta Joven Sexualidad	0	1	1	1	3
Centros de Salud Mental	26	52	133	123	334
Centros de Salud y Especialidades	20	63	155	130	368
Centros Escolares	31	48	154	147	380
CIASI	0	1	2	0	3
Colegios Oficiales (COP, Colegio de Trabajadores Sociales)	3	7	29	15	54
Hospitales	4	9	31	22	66
ONG'S Drogodependencias	0	2	0	1	3
ONG'S Inmigración	0	0	1	1	2
ONG'S Salud y Discapacidad	1	0	2	2	5
Otras Entidades Públicas	0	1	0	0	1
Otras ONG'S	0	1	2	2	5
Recurso #TÚ CUENTAS#	0	0	0	2	2
Recursos de Agresión sexual	0	1	3	7	11
Recursos de Acoso Escolar	1	0	3	4	8
Recursos de Atención a la Mujer	0	3	8	4	15
Recursos de Violencia Filioparental	1	0	1	0	2
Servicios de Inspección Educativa	0	1	6	5	12
Servicios de Mediación y Terapia de Organismos Públicos	1	0	0	0	1
Servicios de Protección a la Infancia y Adolescencia	2	4	3	4	13
Servicios Emergencias 112	79	157	374	355	965
Servicios Sociales Especializados	0	0	24	0	24
Servicios Sociales Internacionales	0	0	2	0	2
Servicios Sociales Municipales	29	49	170	176	424
Teléfono de la Esperanza	2	7	2	5	16
Teléfonos del Menor de Edad Internacionales	0	6	3	5	14
Teléfonos Información (Drogas, Sexualidad, Trastornos Alimentación, etc.)	0	0	1	2	3
Terapia Psicológica	51	64	133	145	393
Unidad Especializada Adolescentes Víctimas Violencia de Género	0	2	0	0	2
Orientación Social	99	164	405	419	1.087
TOTAL	351	645	1.658	1.579	4.233

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

En relación con las derivaciones sociales relacionadas con la ideación suicida, además de la orientación social prestada en la Fundación ANAR, **los recursos más utilizados en este periodo 2019-2022, han sido, por orden de prioridad: Servicios de Emergencias (112), 965 derivaciones; Servicios Sociales Municipales, 424 derivaciones; Terapia Psicológica 393;**

Centros escolares, 380 derivaciones; Centros de Salud de Especialidades, 368 derivaciones y Centro de Salud Mental, 334 derivaciones. Igualmente, se aprecia que estos recursos son los más frecuentes en cada uno de los años del periodo analizado.

Tabla 21. Derivaciones sociales con motivo de consulta intento de suicidio, según año de llamada. Años 2019-2022 (N° absoluto)

Recurso	Años				Total
	2019	2020	2021	2022	
Centros de Planificación Familiar / Consulta Joven Sexualidad	0	0	2	0	2
Centros de Salud Mental	5	6	19	28	58
Centros de Salud y Especialidades	4	9	24	24	61
Centros Escolares	2	9	29	19	59
CIASI	0	0	1	0	1
Colegios Oficiales (COP, Colegio de Trabajadores Sociales)	2	3	6	2	13
Hospitales	3	1	11	8	23
ONG'S Drogodependencias	0	0	2	0	2
ONG'S Inmigración	0	0	1	1	2
ONG'S Salud y Discapacidad	2	0	0	0	2
ONG'S Terapia y Mediación Familiar	0	1	0	1	2
Otras ONG'S	0	0	1	0	1
Recurso #TÚ CUENTAS#	2	0	0	0	2
Recursos de Agresión sexual	0	0	3	1	4
Recursos de Acoso Escolar	1	0	1	0	2
Recursos de Atención a la Mujer	0	0	1	0	1
Servicios de Inspección Educativa	3	1	3	2	9
Servicios de Protección a la Infancia y Adolescencia	0	2	1	0	3
Servicios Emergencias 112	8	29	65	92	194
Servicios Sociales Especializados	0	0	7	0	7
Servicios Sociales Municipales	6	11	32	42	91
Teléfono de la Esperanza	2	0	0	1	3
Teléfonos del Menor de Edad Internacionales	0	0	1	1	2
Teléfonos Información (Drogas, Sexualidad, Trastornos Alimentación, etc.)	0	0	0	1	1
Terapia Psicológica	6	7	19	19	51
Orientación Social	16	36	68	100	220
TOTAL	62	115	297	342	816

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

De la misma forma que ocurre con las derivaciones sociales de ideación suicida, en las referidas a intento de suicidio, **los principales recursos externos a los que el Departamento social ha derivado son, por orden de importancia: Servicios de Emergencias 112, 194 derivaciones; Servicios Sociales Municipales, 91 derivaciones; Centros de Salud de Especialidades, 61 derivaciones; Centros escolares, 59 derivaciones; Centro de Salud Mental, 58 derivaciones; Terapia Psicológica 51.** También en este caso, no se observan diferencias entre los años analizados, ya que, en todos ellos, son estos recursos los más frecuentes.

Tabla 22. Derivaciones jurídicas con motivo de consulta ideación suicida, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)

Recurso	Años				Total
	2019	2020	2021	2022	
Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	13	45	53	139	250
Abogado/a	1	7	6	8	22
Juzgados	1	3	3	15	22
Colegio de Abogados/SOJ	0	5	3	4	12
Oficina de Atención a Víctima de Juzgados	1	0	2	13	16
Orientación Jurídica	122	245	422	485	1.274
TOTAL	138	305	489	664	1.596

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Tabla 23. Derivaciones jurídicas con motivo de consulta intento de suicidio, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)

Recurso	Años				Total
	2019	2020	2021	2022	
Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	2	3	13	29	47
Abogado/a	2	2	3	2	9
Juzgados	0	0	1	3	4
Colegio de Abogados/SOJ	0	0	2	0	2
Oficina de Atención a Víctima de Juzgados	0	0	0	2	2
Orientación Jurídica	18	41	83	119	261
TOTAL	22	46	102	155	325

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

A la vista de los datos, se puede concluir que, además de la orientación jurídica que se presta en la Fundación ANAR, **son las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Autónoma, Municipal, Guardia Civil) el recurso al que el Departamento jurídico** ha realizado mayor número de derivaciones, observándose, también, una **tendencia creciente desde 2019 a 2022**, tanto en el caso de las consultas cuyo motivo es la ideación suicida como el intento de suicidio; 969,2% y 1.350% de incremento, respectivamente.

Existe un gran consenso entre los/as profesionales participantes en el presente estudio, en remarcar que, aparte de las derivaciones que se realizan desde ANAR a los diferentes recursos, **es fundamental la detección precoz** de estos casos para poder actuar con la mayor agilidad posible reduciendo cuanto antes el daño en los niños/as o adolescentes. En este sentido es importante una buena coordinación y derivación entre Centros escolares, Centros de salud y Servicios sociales que no siempre se consigue.

Grupo de profesionales de ANAR

“Fundamental que exista una coordinación en este triángulo de sanidad, educación y servicios sociales, pero da igual donde se detecte, en el momento que se detecte, si uno pone la voz de alarma y activa esa red, generamos una respuesta mucho más potente y así también quitamos el miedo a los profesionales, desestigmatizamos y generamos mucha más confianza.”

“Creo que a veces hay descoordinación porque si en el colegio se detecta, a veces no se informa al centro de salud, o no se informa a servicios sociales, o al revés, lo puede detectar el pediatra, pero no informa al colegio, y no informa a servicios sociales.”

Estos/as profesionales coinciden en que en este proceso de detección de casos en riesgo la **escasez de personal suficiente en los Servicios Públicos y la falta de formación** sobre el tema de los/as profesionales que los atienden repercute de forma directa en que pasen desapercibidos o se detecten tardíamente.

Grupo de profesionales de ANAR

“Si tú tienes una visita de 11 minutos, ¿Cómo detectas?, si tú eres una monitora del comedor que está completamente desbordada, ¿Cómo gestionas?, (...) Pero, llega un momento que es que esa enfermera está viendo eso como otras doscientas mil cosas... entonces yo creo que el problema está en la falta de recursos.”

“La semana pasada o la anterior que estuve en un congreso sobre la mesa del suicidio y es algo que me llamó mucho la atención... había enfermeras de hospital infantil que estaban realmente desesperadas porque no sabían cómo gestionar, no sabían cómo actuar cuando había autolesiones, cuando había suicidio.”

En opinión de los/as profesionales participantes, **focalizar la atención en la salud mental y específicamente en conductas suicidas en niños/as y adolescentes es relativamente reciente**. En el momento en el que se detecta que ha habido un aumento de estas conductas en estos grupos de edad y saltan las alarmas es cuando surge la necesidad de mayores conocimientos por parte de los/as profesionales sobre estos temas en niños/as y adolescentes.

Grupo de profesionales de ANAR

“El foco en la salud mental y las ideaciones suicidas hace muy poco, entonces nos hemos encontrado ya con “el boom” de no sé cuántos niños/as que se autolesionan, que se suicidan... y muchos/as profesionales se han quedado atrás en cuanto a conocimientos y atención.”

Todos ellos/as comparten también la **necesidad de formación y mayores conocimientos**, no solo de los/as profesionales sanitarios/as, sino también de quienes están y se relacionan habitualmente con el niño/a o adolescente, sobre algunos aspectos de la conducta suicida, salud mental, mitos sociales respecto a estas conductas y las actuaciones a realizar en caso de detectarla.

Grupo de profesionales de ANAR

“Todas aquellas personas que están alrededor de niños/as que, obviamente no tienen que tener la formación de un psicólogo o psiquiatra, pero si tienen que conocer cosas de la ideación suicida o mitos que la población tiene muy instaurada y a partir de ahí, un mínimo protocolo e informar y esto creo que eso sí que es importante.”

“Las escuelas de padres se enfocan directamente a riesgos sobre si tu hijo respeta los límites, cómo poner los límites, educación en positivo. Poner un área más de salud mental de ideación, detección, como gestionar cuando se pide ayuda... me parece fundamental que esté recogido en esas escuelas y talleres para padres.”

Existe un gran consenso entre los/as profesionales participantes en lo relativo a que **la educación y formación a los niños/as y adolescentes, sobre recursos emocionales para afrontar situaciones de dificultad, así como información sobre posibles servicios públicos a los que acudir a solicitar ayuda, también facilitaría una detección precoz y derivaciones más efectivas** desde el recurso con el que contacten en un primer momento.

Grupo de profesionales de ANAR

“A los niños/as nadie les ha preguntado si te ocurre esto puedes pedir ayuda aquí. También el normalizar con ellos que pedir ayuda puede ser bueno.”

“En los colegios, aunque se podía hacer muchísimo más, creo que a nivel de emociones sí que se está haciendo cosas.”

En este sentido, los/as profesionales participantes ven necesario que se produzca un **cambio de concepción con relación a los Servicios sociales**, viéndolos como un recurso universal, no necesariamente vinculados a personas con escasos recursos económicos, y como un recurso a los que se puede acceder siendo menor de edad. Ello les ampliaría el abanico de servicios de apoyo a los que acudir en caso de necesidad ante situaciones de malestar importante.

Grupo de profesionales de ANAR

“No se identifica a Servicios Sociales con un adolescente, da mucho miedo cuando se oye hablar de Servicios Sociales; como voy a ir a Servicios Sociales a decir que me quiero morir.”

“No solo miedo, sino que también con Servicios Sociales hay un poco de estigma social de que no yo no voy allí porque eso es de determinado rango social.”

También en el grupo de discusión, algunos/as profesionales hacen referencia a que **los Servicios Sociales podría ser una buena opción de recurso en primera instancia** a partir del que se podría hacer una buena labor preventiva, que minimice la posibilidad de alteraciones en salud mental consecuentes a situaciones personales, familiares o escolares negativas que generan un alto nivel de sufrimiento.

Grupo de profesionales de ANAR

“Es esencial poner el foco en la prevención porque además es más barato a largo plazo y la ideación suicida es el síntoma... a lo mejor si desde Servicios Sociales se puede trabajar a nivel familiar, abuso, acoso escolar o a nivel familiar...no habría que llegar hasta ese extremo de la psicoterapia y a largo plazo sale más barato...”

4.4.3. Intervenciones

Además, de esta labor de información y derivación, desde los Departamentos social y jurídico de ANAR se interviene directamente en aquellos casos en los que la gravedad de la situación lo requiere. Así, tras obtener los datos y el consentimiento de la persona que llama, se ponen en contacto con los servicios públicos de la Comunidad Autónoma que consideran competentes y oportunos en cada situación.

A lo largo del periodo 2019-2022 se han llevado a cabo un total de 939 intervenciones, 854 cuando el motivo de la consulta era ideación suicida y 85 cuando se trataba de intento de suicidio.

Desde el **Departamento social** se han realizado 570 intervenciones, 504 cuando el motivo de la llamada es por ideación suicida y 66 cuando hace referencia a un intento de suicidio. Y desde el **Departamento jurídico** se han gestionado un total de 369 intervenciones, 350 por ideación suicida y 19 por intento de suicidio.

Tabla 24. Intervenciones con motivo de consulta ideación suicida, según año de llamada. Años 2019-2022 (N° absoluto)

Departamentos	Años				Total
	2019	2020	2021	2022	
Departamento social	42	93	215	154	504
Departamento jurídico	12	58	161	119	350
TOTAL	54	151	376	273	854

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Tabla 25. Intervenciones con motivo de consulta intento de suicidio, según año de llamada. Años 2019-2022 (N° absoluto)

Departamentos	Años				Total
	2019	2020	2021	2022	
Departamento social	10	12	21	23	66
Departamento jurídico	6	2	8	3	19
TOTAL	16	14	29	26	85

Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Según muestran los datos, desde 2019 a 2022¹⁹ se ha producido un incremento en el número de intervenciones por motivo de ideación suicida (406%), pasando de 54 en 2019 a 273 en 2022 y, en el caso de intento de suicidio también han crecido las intervenciones en un 63%, pasando de 16 en 2019 a 26 en 2022.

Si se tienen en cuenta las intervenciones relacionadas con la conducta suicida (ideación e intento) realizadas por el **Departamento social**, estas se han incrementado en el periodo analizado un 240%, pasando de 52 en 2019 a 177 en 2022. En cuanto a las intervenciones desarrolladas por el **Departamento jurídico**, también han aumentado (578%), pasando de 18 en 2019 a 122 en 2022.

¹⁹ Los datos del año 2022 no recogen todo el año completo sino sólo de enero a agosto.

Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

1. Objetivo

La conducta suicida es un fenómeno invisibilizado y estigmatizado, que ha aumentado exponencialmente en los últimos años.

Gracias a que ANAR tiene una base de datos única que recoge “la voz de los niños, niñas y adolescentes afectados/as”, el Centro de Estudios e Investigación ha llevado a cabo este estudio con el **objetivo** de contribuir a ampliar y enriquecer el conocimiento que se tiene sobre el fenómeno de la conducta suicida en la infancia y adolescencia, con el fin de concienciar a la sociedad en su conjunto respecto a esta problemática, y así optimizar los recursos existentes para su prevención, intervención y visualización. Específicamente, los principales objetivos del estudio fueron analizar de forma descriptiva y evolutiva la conducta suicida de niños/as y adolescentes con la finalidad de identificar los problemas de salud mental asociados, conocer el perfil de los niños/as y adolescentes con esta conducta poniendo principal atención en los colectivos vulnerables, analizar la implicación de las tecnologías en la conducta suicida y detectar los factores de riesgo y protección de estos comportamientos.

2. Alcance

Tiene un **alcance estatal**, ciñéndose al estudio de la conducta suicida en niños/as y adolescentes residentes en España. Se trata de un **estudio longitudinal (2012-2022)**, que se basa en un total de 589.255 llamadas que fueron necesarias, para atender 9.637 casos, ayudados por ANAR en este periodo.

3. Metodología

Se ha aplicado el **Modelo Ecológico**, para analizar la conducta suicida y la salud mental como un fenómeno complejo y sujeto a la interacción de múltiples factores (biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, entre otros), que influyen en el desarrollo del niño/a y adolescente.

Para ello se ha empleado una **metodología mixta**: combinando técnicas de recogida y análisis de datos cualitativos y cuantitativos, para poder obtener un conocimiento del fenómeno más profundo y holístico.

Inicialmente, se ha realizado un **análisis documental y estadístico**, que ha permitido redactar el marco teórico y conocer los datos de otras fuentes secundarias nacionales e internacionales para contextualizar y contrastar los datos obtenidos mediante el análisis de los datos de la base de datos ANAR.

Para el **análisis cuantitativo**, descriptivo, relacional y factorial, los datos se han obtenido a partir de las consultas, que los/as menores de edad y las personas adultas de su entorno, han realizado a través del Teléfono/Chat ANAR. Se ha estudiado la totalidad del universo, abarcando, para el estudio longitudinal de la incidencia, desde 2012 a 2022, **9.637 casos**, y para la radiografía más profunda del fenómeno, desde 2019 a 2022, **6.137 casos**. También se ha extraído una muestra de 4.721 (10% del total de casos atendidos entre 2019-2022) como grupo de control.

Las **variables/dimensiones incluidas** en el análisis hacen referencia a la siguiente información: conducta suicida; consulta realizada; perfil sociodemográfico del niño/a o adolescente afectado/a; LGTBI, discapacidad; tipo de familia; características de los problemas de conducta suicida (duración, frecuencia, gravedad y urgencia); problemas asociados a la conducta suicida; tratamiento psicológico; implicación de las tecnologías; áreas implicadas en la resolución del caso; derivaciones a recursos específicos; intervenciones de ANAR.

El **análisis cualitativo**, por su parte, ha consistido en el **estudio discursivo** de una muestra de casos de niños/as y adolescentes con conducta suicida (134 casos, distribuidos en base a las variables año, género y edad) y en la realización de un **grupo de discusión** con profesionales expertos/as que atienden las Líneas de Ayuda ANAR.

Finalmente, se ha realizado una **síntesis de ambos análisis (cuantitativo y cualitativo)** a través de la “triangulación”, proceso que permite combinar distintas fuentes de datos, teorías o métodos en el estudio de un fenómeno.

4. Epidemiología del suicidio en niños/as y adolescentes, según fuentes secundarias

En 2019, el suicidio fue la cuarta **causa de muerte entre 15 y 29 años en el mundo** (167.917 suicidios, 10.196 en niños menores de 15 años y 157.751 en jóvenes entre 15 y 29 años), la tercera en mujeres y la cuarta en varones, produciéndose entre 2015 y 2019 un ligero incremento entre los varones menores de 15 años (OMS, 2021).

En el contexto europeo, **España ocupa el lugar 25** entre los países europeos que aportan datos sobre suicidios de jóvenes entre 15 y 19 años y el 20 entre suicidios entre menores de 15 años (Eurostat, 2019).

En España, **según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el periodo 2015-2020, los suicidios de menores de 29 años crecen en España un 3,3%**. Especialmente entre los/as menores de 15 años (tasa de variación 2015-2020: +75%). Concretamente, **en el año 2020 hubo un total de 314 suicidios, 14 de niños/as menores de 15 años y 300 de jóvenes entre 15 y 29 años**. Aunque durante la realización del presente estudio, el INE no dispone aún de los casos de suicidios referidos al año 2021, **la Fundación ANAR atendió, ese año, a 748 casos de menores de edad, que en el momento de la llamada estaban intentado terminar con su vida, evitando así que se incrementara sustancialmente el porcentaje de suicidios en estos colectivos**.

En los 4 últimos años disponibles, 2017, 2018, 2019 y 2020, en menores de 15 años se contabilizaron 13, 7, 7 y 14 muertes por suicidio y en el grupo de 15 a 29 años se registraron 273, 268, 309 y 300 suicidios, respectivamente. Durante estos mismos años (2017 a 2020) la Fundación ANAR pudo ayudar a **2.736 niños/as o adolescentes con conducta suicida (ideación e intento), de los/as cuales, 930 ya habían iniciado la autolisis suicida** cuando se pusieron en contacto con ANAR, evitando así que se incrementara significativamente el porcentaje de suicidios consumados en estos colectivos.

Los varones presentan sistemáticamente tasas de suicidio más altas que las mujeres. En 2017 y 2020 se aproximan las tasas entre ambos géneros llegando a situarse las niñas menores de 15 años ligeramente por encima de las de niños de este grupo de edad.

La población de **niños/as o adolescentes extranjeros/as**, independientemente del año y género, presentan **tasas de suicidio más altas** que las de los españoles/as.

El método más empleado entre quienes tienen de 15 a 29 años es el consumo de fármacos (antiepilépticos, sedantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y drogas psicotrópicas). Tanto en menores de 15 años como entre los que tienen entre 15 y 29 años los métodos más empleados son por ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación o saltar desde un lugar elevado.

5. Concepto y teorías explicativa

La conducta suicida podría definirse como un continuo que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o el suicidio consumado. Aunque los pensamientos suicidas no siempre conducen a la conducta suicida, son un factor de riesgo para esta última.

Tras la revisión documental de las distintas teorías en torno a la conducta suicida (teoría interpersonal del suicidio, modelo integrado motivacional-volitivo, teoría de los tres pasos, teoría del caos, teoría del contexto suicida, etc.) que se ha llevado a cabo, se puede concluir que **actualmente no existen teorías que puedan predecir con exactitud quién morirá por suicidio y quién vivirá libre de conductas suicidas**. El suicidio es un **fenómeno causado por múltiples interacciones complejas** entre las características de las personas, sus experiencias de vida y el contexto social, económico y cultural en el que vive.

A modo de conclusión, se recoge la siguiente imagen con los componentes de la conducta suicida fruto de la revisión de las distintas teorías sobre este fenómeno.

Imagen 6. Componentes de la conducta suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión documental realizada en este estudio.

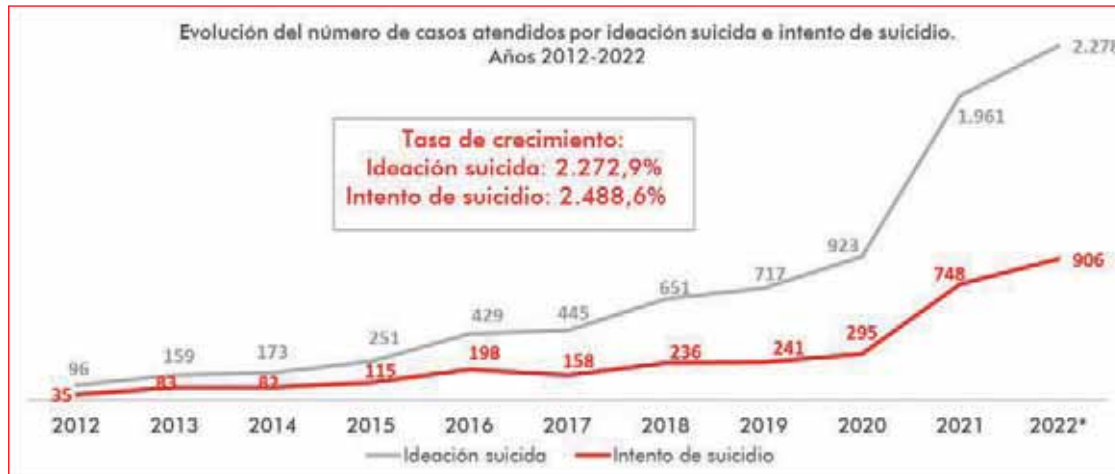
6. Evolución de la incidencia de la conducta suicida, según datos ANAR

La Fundación ANAR en la última década (de enero de 2012 a agosto de 2022) ha recibido **589.255 llamadas de niños/as, adolescentes y adultos/as de su entorno, relacionadas con la conducta suicida**. Del total de llamadas, **19.242** han requerido de orientación especial por parte de un/a profesional, consultas que han experimentado una **tasa de crecimiento en este periodo de 1.271,5%, multiplicándose por 13,7**.

El **número de casos** con conducta suicida (ideación o intento) asciende a **9.637**. Este fenómeno ha experimentado un **acentuado crecimiento** en el periodo 2012-2022 (**1.921,3%**), destacando el incremento producido en el **periodo post-COVID-19**, ente 2020 y 2022 (**128%**). La situación de crisis sanitaria producida por la pandemia ha supuesto una ampliación de los riesgos psicosociales (aislamiento, maltrato intrafamiliar, hacinamiento, abuso de las tecnologías, barreras asistenciales a la salud mental, pobreza) que influyen en las conductas suicidas de niños/as o adolescentes.

Entre 2012 y 2022, **los casos atendidos por ideación suicida se han multiplicado por 23,7 y los intentos de suicidios por 25,9**. Además, en el periodo **post-COVID-19**, la tasa de crecimiento ha sido del **146,8%** en las **ideaciones suicidas** y del **207,1%** en los casos de **intento de suicidio**.

Gráfico 54. Evolución del número de casos²⁰ atendidos por ideación suicida e intento de suicidio. Años 2012-2022



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Respecto al perfil de las consultas, en este periodo, **han aumentado aquellas que realizan directamente los niños/as o adolescentes más que las de adultos/as, además, también han crecido las llamadas de “no familiares”,** tales como un “amigo/a o conocido/a” (45,3%) o un profesional de la comunidad educativa (43,8%).

Cuando la consulta la realiza una persona adulta por un/a menor de edad frecuentemente es un familiar (84,9%), normalmente la madre (71,2%), lo que permite concluir que siguen siendo las mujeres las que en mayor medida piden ayuda y realizan las tareas de cuidado y protección de los/as menores de edad a su cargo.

²⁰ Se trata de casos totales, es decir, casos nuevos sumados a los casos de seguimiento (situaciones atendidas con anterioridad).

7. Finalidad y método utilizado²¹

Aunque de forma irracional, la conducta suicida en niños/as o adolescentes tiene como **objetivo eliminar el dolor y sufrimiento** frecuente y continuado al que se encuentran expuestos/as. Método de reducción del malestar asociado a una idea “romántica” de la muerte.

Los **métodos más utilizados que aparecen en las ideaciones suicidas y al llevar a cabo los intentos de suicidio son los fármacos en mayores de 12 años y el “tirarse desde un lugar elevado” entre los/as que tienen 12 años o menos.**

8. Perfil sociodemográfico del niño/a o adolescente con conducta suicida

Género

Las consultas por conducta suicida son realizadas fundamentalmente por **mujeres o respecto a mujeres (71,3%)**. Además, se ha apreciado una **tendencia creciente** en el periodo 2019-2022.

Los **varones se suicidan más y solicitan ayuda en menor medida** que las mujeres.

El mayor número de casos de varones que consuman el suicidio frente al mayor número de consultas realizadas por mujeres o respecto a mujeres lleva a hipotetizar que **existen diferencias culturales entre ambos géneros** al afrontar situaciones que generan altos niveles de malestar o estrés.

Edad

La **edad media** de los niños/as o adolescentes con conducta suicida es de **15 años**, 14 en aquellos/as casos que presentan sólo ideación suicida.

La mayor proporción de menores de edad con conducta suicida se sitúa en el intervalo de edad de **13 a 17 años**. Mientras las conductas suicidas de este grupo de edad **han ido aumentando en los últimos 4 años** (2019-2022), se ha producido un descenso progresivo en el grupo de edad de 12 años o menos y de 18 o más.

Nivel de estudios

La conducta suicida se da en mayor medida en alumnos/as de **Educación Secundaria (62,6%)**.

Se aprecian diferencias a lo largo de estos cuatro años: se da una **relación significativa entre 2019 y los niños/as de educación primaria**, tanto en ideación como en intento de suicidio; y **otra entre el año 2022 y los/as adolescentes que cursan Educación secundaria**, fundamentalmente en el caso de las ideaciones suicidas.

Rendimiento y satisfacción escolar

En ambos casos, el nivel mostrado por los niños/as o adolescentes con conducta suicida es **“bajo” (56,1% rendimiento y 66,7% satisfacción escolar)**, y ha experimentado un crecimiento desde 2020 a 2022. Aunque no es de extrañar que los/as menores de edad, que sufren es-

²¹ Este estudio analiza la finalidad y el método utilizado, sin embargo, conviene señalar que **son dos aspectos que nunca deben ser mencionados por los medios de comunicación cuando tratan un tema de suicidio**, tal y como se recoge en el Anexo I del presente documento, dedicado al Papel de los medios de comunicación en el suicidio.

tas situaciones problemáticas, tengan un nivel bajo en estas dos variables, **destaca que entre los/as menores de 10 años, el nivel de rendimiento y satisfacción escolar es “alto”**.

La mayor gravedad de los casos atendidos por conducta suicida, tras la pandemia COVID-2019, repercute en unos peores resultados académicos y de satisfacción escolar.

9. Tipo de familia del niño/a o adolescente con conducta suicida

Prácticamente la totalidad de los niños/as o adolescentes con conducta suicida **vive con algún familiar (98,4%)**, habitualmente con **ambos progenitores (47,6%) o con la madre (28,1%)**.

La **media de hermanos/as es 2** y normalmente quien tiene conducta suicida es el/la mayor. Se trata fundamentalmente de **familias numerosas (de 3 hermanos/as)**, y el hecho de que estas familias estén por encima de la media de 1 hijo por pareja de la población general española puede deberse a que en muchos de estos casos se trata de familias reconstituidas²², o migrantes, o con bajo nivel económico y cultural.

En el año 2019, la convivencia en **familias monoparentales** de los/as menores de edad con conducta suicida ha sido más frecuente que en 2022.

Las consultas de niños/as o adolescentes de **familias migrantes** han ido aumentando progresivamente en el período 2019-2022. En 2022 (40,9%) las llamadas se han incrementado 16 puntos porcentuales respecto a 2019 (24,7%). Se trata fundamentalmente de familias que presentan dificultades económicas.

Las ideaciones e intentos de suicidio de los niños/as o adolescentes con frecuencia surgen a partir de las **malas relaciones intrafamiliares o falta de apoyo** por parte del núcleo familiar ante situaciones de dificultad. Estas malas relaciones se manifiestan bien en discusiones con el niño/a o adolescente con el que los progenitores/as descargan su tensión, estrés del día a día o bien discusiones con las que no se sienten comprendidos y terminan en insultos, sollozos, lamentos provocándoles sentimientos de culpabilidad e infravaloración.

Los niños/as o adolescentes reaccionan ante las discusiones con agresividad, golpeando a quienes les agrede o retirándose y no contestando a la agresión para evitar una agresión más intensa.

La **violencia de género** en la familia también es una fuente importante de sufrimiento que puede llevarlos/as a intentar evitar el malestar con ideas e intentos de suicidio.

Por último, hay que remarcar que muchas de estas familias, aunque cubren las necesidades básicas de sus hijos/as (alimentación, vestido, estudios), **no ocurre así con las emocionales**, generando en los niños/as o adolescentes sentimientos de soledad e incomprensión.

10. Características de los problemas que genera la conducta suicida

Frecuencia y duración

Los problemas detectados en más de dos tercios de las consultas por conducta suicida tienen una duración **superior al año (68,4%) y se produce con una frecuencia diaria (70,2%)**.

²² La formada por una pareja en la que uno o ambos miembros tienen hijos o hijas de una relación anterior, pudiendo residir con ellos o bien con sus otros progenitores.

A lo largo de los años han ido aumentando los casos con problemas detectados con una duración superior al año (tasa de variación 2019-2022: 220,1%) y frecuencia diaria (tasa de variación 2019-2022: 195,1%).

Gravedad y urgencia

La gravedad y urgencia de los casos con conducta suicida es “alta” (gravedad: 86,2%; urgencia: 72,6%).

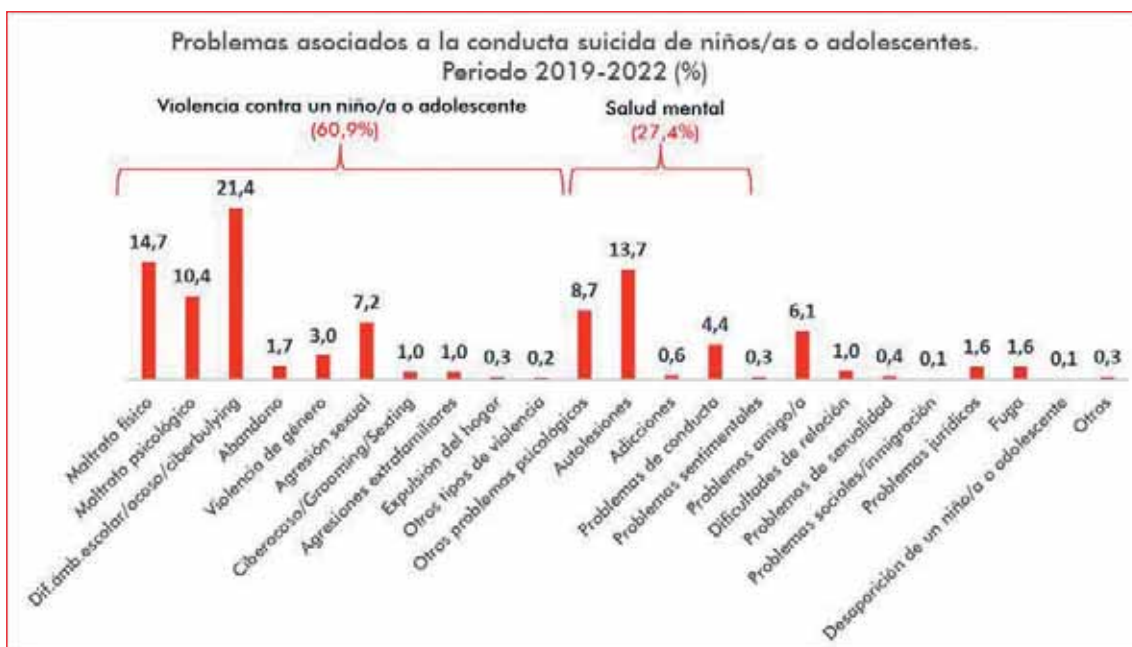
Ambas han experimentado un crecimiento a lo largo de los cuatro años analizados (más marcado en el periodo post-pandemia COVID-19, 2021-2022) con un incremento de la gravedad “alta” del 221% entre 2019 y 2022 y del 305% en el caso de la urgencia “alta”.

En definitiva, se puede concluir que muchos niños/as y adolescentes presentan problemas, graves y urgentes, asociados a la conducta suicida, que están viviendo a diario y desde hace más de un año. Esta situación de ideación persistente y prolongada en el tiempo podría incrementar la probabilidad de terminar en un intento de suicidio o peor, en un suicidio consumado.

11. Problemas asociados a la conducta suicida

En el periodo 2019-2022, la Violencia contra un niño/a o adolescente (60,9%) y la Salud mental (27,4%) son los problemas asociados a la conducta suicida más destacados.

Gráfico 55. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Sin embargo, llama la atención como a lo largo de este periodo, los casos de conducta suicida asociados a la **Violencia contra un niño/a o adolescente**, aún, siendo el tipo de problema más frecuente, ha seguido una **tendencia decreciente, pasando de representar en 2019 el 74,4% y en 2022 el 54,6%**. En cambio, con los problemas de **Salud mental** ha ocurrido lo contrario, se observa una **tendencia creciente, pasando de alcanzar el 17,9% en 2019 al 34,5% en 2022**. Además, este incremento es mayor tras la pandemia del COVID-19 y en la actualidad se sigue manteniendo. Esta crisis sociosanitaria ha tenido un impacto importante en la población infantil y adolescente a causa del gran estrés que ha ocasionado a nivel general, contribuyendo a visibilizar los problemas de salud mental.

Violencia contra un niño/a o adolescente

Entre todas las violencias, son las más frecuentes: **Dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying (21,4%), Maltrato físico (14,7%), Maltrato psicológico (10,4%), Agresión sexual (7,2%) y Violencia de género (3%)**.

El **Acoso escolar** es el problema de “Dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying”, que más predomina entre los niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio.

El **Maltrato físico y psicológico** además de ser una conducta grave que impacta de forma traumática en el desarrollo de los niños/as y adolescentes, también es el segundo motivo por el que los/as menores de edad piensan o intentan acabar con su vida.

La **Agresión sexual** sufrida por los niños/as y adolescentes con conducta suicida ha sucedido por alguien cercano a la víctima: padre, padrastro, tío, hermanastro, siendo en la mayoría de los casos, las víctimas mujeres adolescentes.

La **Violencia de género** padecida en el entorno, puede tener un efecto traumático en los/as menores de edad, generándoles miedo, terror, desamparo, impotencia, etc., lo que produce, en muchas ocasiones, que las víctimas menores de edad piensen en el suicidio como una forma de acabar con su vida. La percepción de imposibilidad de escape que sufren las víctimas menores de este tipo de violencia provoca en ellos/as la ideación suicida y los intentos de suicidio.

Salud mental

En Salud mental, se pueden destacar tres grandes problemas asociados a la conducta suicida:

1. Autolesiones (13,7%)

Cuando el/la adolescente se siente superado/a por las circunstancias que está padeciendo y se ve sin recursos para poder afrontarlas, se siente amenazado y recurre, de forma impulsiva, al pensamiento suicida como una búsqueda irracional de solución. En este sentido, se puede concluir que uno de los **principales predictores de estos comportamientos suicidas** son las autolesiones.

2. Problemas psicológicos (8,7%)

Entre los problemas psicológicos con proporciones más elevadas destacan: **tristeza/depresión (25,5%), ansiedad (24,7%) y trastornos de la alimentación (12,7%)**.

Gráfico 56. Problemas psicológicos asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos ANAR.

Tristeza/depresión: la conducta suicida surge, en muchas ocasiones, como un síntoma del padecimiento anímico de los/as menores de edad que se sienten indefensos/as (indefensión aprendida) o sin posibilidad de salida (visión túnel).

Ansiedad: cuando el/la adolescente se siente superado/a por las circunstancias que está padeciendo, y se ve sin recursos para poder afrontarlas, se siente amenazado/a y recurre, de forma irracional, al pensamiento suicida como una búsqueda irracional de solución.

Trastornos de alimentación: el rechazo al propio cuerpo, en los trastornos de alimentación, genera sentimientos de tristeza y variaciones bruscas del comportamiento, como los intentos de suicidio. Los/as adolescentes sienten la necesidad de control, que a veces lo externalizan a través del control de su cuerpo y su imagen. En muchas ocasiones, este control los/as lleva hasta el extremo de terminar con su vida. También la ideación suicida puede ser consecuencia de la culpabilidad de realizar conductas purgativas y lesivas contra su organismo, llegando a ser otra forma de autolesión.

3. Problemas de conducta (4,4%)

Los niños/as o adolescentes con trastorno de conducta tienen un **problema de gestión emocional y control de impulsos**, lo que en muchas ocasiones se muestra hacia fuera con **agresividad hacia los demás y en otras ocasiones hacia dentro con agresividad y violencia hacia sí mismos, como conducta suicida**. Además, algunos de estos/as menores de edad, que viven en un **entorno de violencia de género**, presentan problemas de conducta, llegando a **normalizar la violencia** en sus relaciones interpersonales.

4. Tratamiento psicológico

En el periodo analizado (2019-2022), **sólo el 44%** de los niños/as o adolescentes con conducta suicida, **ha recibido tratamiento psicológico**.

Destaca una **tendencia creciente**, a partir del año 2021, de casos que han requerido un tratamiento psicológico. En 2022 el 46% de los casos precisaron de este tipo de tratamiento, un 174% más que en 2020. A partir del análisis cualitativo es posible observar algunos aspectos interesantes sobre la opinión de los niños/as, adolescentes y sus familias sobre esta temática.

- No en todos los casos se valora positivamente este tratamiento. Se demanda de los/as profesionales de la psicología/psiquiatría mayor empatía, capacidad de escucha y valoración de lo que se les está transmitiendo.
- Las dilatadas listas de espera del Sistema sanitario público para recibir atención psicológica y el elevado coste de este tratamiento, en la sanidad privada, dificulta que puedan recibir este tipo de atención cuando realmente se necesita y, por tanto, la posibilidad de prevención de que la ideación derive en intento de suicidio y el intento en suicidio consumado.

5. Implicación de las tecnologías

Entre 2019 (33,5%) y 2022 (51,5%) ha aumentado 18 puntos porcentuales la implicación de las tecnologías en los intentos de suicidio.

La crisis sanitaria producida por la COVID-19 ha aumentado el riesgo de abuso de las tecnologías y ha facilitado un menor control parental a contenidos digitales por parte de niños/as o adolescentes. El mayor incremento interanual se produce en el período 2020-2021, con un aumento del 85,6% que se eleva al 116,2% en el caso de los intentos de suicidio.

Las tecnologías no son utilizadas únicamente como herramienta a través de la que se generan situaciones de malestar y violencia (sextorsión, grooming, ciberacoso). Otros de los usos que se dan en los casos estudiados son:

- Como medio para obtener información sobre métodos para llevar a cabo el suicidio, lo cual propicia el *efecto Werther* (de contagio e imitación).
- Para disminuir el malestar que le generan los pensamientos de intento de suicidio, mediante publicaciones en redes sociales (Instagram y Tik Tok) donde los niños/as y adolescentes se sienten escuchados/as, piden perdón o se despiden.

6. Colectivos vulnerables

Como se evidencia en la siguiente tabla, **niños/as o adolescentes pertenecientes a colectivos vulnerables como tener menos de 10 años, poseer alguna discapacidad, provenir de familias migrantes o formar parte del colectivo LGTBI** aumentan su riesgo de intento o ideación suicida por encontrarse más expuestos a discriminaciones y exclusiones. Como planteamos metodológicamente en base a la interseccionalidad, **pertenecer a más de un colectivo, aumenta las vulnerabilidades y probabilidades de ideación o conducta suicida**, por lo que los esfuerzos tienen que enfocarse en disminuir especialmente el riesgo de estos grupos.

Tabla 26. Caracterización de colectivos vulnerables con propensión a ideación o intento de suicidio

Caracterización de colectivos vulnerables con propensión a ideación o intento de suicidio			
Niños/as menores de 10 años	Niños/as y adolescentes con discapacidad	Niños/as y adolescentes de familias migrantes	Niños/as y adolescentes LGBTI
Mayores ideaciones suicidas	Son varones mayores de 18 años o más	Presentan mayores intentos de suicidio	Alta frecuencia en intentos de suicidio
Se da en varones con rendimiento escolar alto	Son casos valorados con urgencia “baja”	Son principalmente mujeres entre 13 y 17 años con rendimiento escolar bajo	Son principalmente varones mayores de 9 años
Viven con la madre y algún miembro más de la familia	Reciben tratamiento psicológico	Familia monoparental	Los problemas de salud mental asociados son autolesiones y problemas de sexualidad
En general los casos son de urgencia “media”, con una frecuencia semanal		Tienen 3 o más hermanos/as	El rechazo de los padres genera importante sufrimiento. Se traduce en insultos, humillaciones y negación de su identidad
No están implicadas las tecnologías		Hay implicación de las tecnologías	Alto acoso escolar por su condición sexual
Influye fuertemente el acoso escolar		La urgencia del problema es “alta”, se produce ocasionalmente durante un año	
		Sufren maltrato físico y abuso sexual	

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos ANAR.

7. Perfiles de niños/as y adolescentes con conducta suicida

En total, en el presente estudio se han identificado **cinco agrupaciones (clústers)** de perfiles de niños/as y adolescentes que presentaban conducta suicida, **siendo el principal** el de una mujer adolescente, de entre 13 y 17 años (media 15), de familia migrante, que cuando se puso en contacto con ANAR ya había iniciado el intento de suicidio y que presenta bajo rendimiento escolar. Sufre problemas de Salud mental, principalmente se autolesiona, para controlar sus emociones y aliviar el dolor y sufrimiento que vive, tiene antecedentes de fuga y es víctima de agresión sexual. Requieren de intervención psicológica, y su problema de conducta suicida se caracteriza por una urgencia y gravedad alta, frecuencia diaria y duración superior a un año.

A continuación, en formato tabla, se recogen los cinco perfiles identificados con sus respectivas características.

Tabla 27. Perfiles de niños/as y adolescentes con conducta suicida

Perfiles de niños/as y adolescentes con conducta suicida					
Perfiles	Mujeres entre 13-17 años con intento de suicidio	Varones con ideaciones suicidas que tienen rendimiento escolar “medio”	Varones con 12 años o menos con rendimiento escolar “alto”	Varones con 18 años o más con ideación suicida	Varones con problemas de urgencia y gravedad “baja”
Muestra	Representan el 71,7% de los casos	Representan el 13,7% de los casos	Representan el 11,3% de los casos	Representan el 2,4% de los casos	Representan el 1,0% de los casos
Género	Mujeres	Varones	Varones	Varones	Varones
Edad	Entre 13 y 17 años	De 10 a 12 años	Con 12 o menos años	Con 18 o más años	Esta variable no es significativa
Rendimiento escolar	Rendimiento escolar “bajo”	Rendimiento escolar “medio”	Rendimiento escolar “alto”	Esta variable no es significativa	Esta variable no es significativa
Tipo de familia	Migrante	Esta variable no es significativa	Monoparental	Esta variable no es significativa	Esta variable no es significativa
Urgencia, gravedad y duración	La urgencia o gravedad del problema es “alta”. La frecuencia diaria y duración superior a un año	La urgencia y gravedad del problema es “media”, la frecuencia puntual y duración menos de un año	La urgencia es nivel “medio”, gravedad “alta” y se produce con una frecuencia semanal	La urgencia y gravedad está en un nivel “medio” o “bajo”, la duración del problema es “puntual”	Duración “mensual” y frecuencia “puntual”
Problemas asociados	Problemas de “salud mental” (autolesiones), fuga y agresión sexual	Violencia, acoso escolar, maltrato psicológico, trastornos de conducta, abandono y ciberacoso	Violencia, acoso escolar, maltrato físico y/o psicológico y abandono	Problemas de sexualidad, problemas jurídicos, sentimentales y sociales/ inmigración	Problemas de sexualidad, problemas jurídicos, problemas sentimentales o problemas sociales/ inmigración
Áreas intervinientes	Área psicológica	Área jurídica y psicológica	Área jurídica, psicológica y social	Área jurídica/ psicológica, psicológica o psicológica/social	Área psicológica
Observaciones				Se asocia con casos pertenecientes a colectivos LGTBI y discapacidad	Se asocia con casos pertenecientes a colectivos LGTBI y discapacidad

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos ANAR.

8. Factores de riesgo y protección

Respecto a los factores de riesgo y protección a nivel individual, el estudio ha dado cuenta de que **son las mujeres las que mayormente tienen conducta suicida** (ideación e intento), mientras que la literatura científica e internacional demuestra que son los varones los que llevan a cabo el suicidio en mayor medida, lo que permite inferir una problemática cultural de imposibilidad masculina para expresar sus emociones y solicitar ayuda.

Además, **pertenecer a colectivos vulnerables, tener problemas asociados como sufrir acoso escolar o inferirse autolesiones**, también aumenta los peligros de idear o consumir suicidio, por eso es fundamental desarrollar como compensación **factores de protección basados en un manejo equilibrado de la emoción, sentido de pertenencia, aficiones e intereses**.

En términos interpersonales o familiares, se observa que ser parte de un **sistema familiar disfuncional en donde hay maltrato físico o psicológico, mala comunicación, exposición a vio-**

lencia de género, provenir de un país extranjero, entre otras razones, aumenta los riesgos de conducta suicida. En esos casos se debería reforzar los lazos de confianza, la comunicación y la integración social y cultural, así como ayudar a las familias para desarrollar competencias parentales.

Por su parte, lo comunitario o contextual evidencian que la dificultad de acceso a recursos de atención psicológica o psiquiátrica, acceso desmedido a plataformas de redes sociales y exclusión social ponen mayormente en riesgo a niños/as y adolescentes en estos términos, teniendo que reforzar un apoyo social de calidad, además de la detección a tiempo de comportamientos disruptivos y eventos grupales asociados a conducta suicida.

Es interesante que los tres niveles de factores intervinientes en riesgo y protección (individual, social y cultural), den cuenta de la importancia de sostener un trabajo sistémico en torno a la conducta suicida, que permita enfrentar de mejor manera las dificultades y malestares de niños/as y adolescentes, pero que también intervengan en su entorno, a nivel colectivo y comunitario. El enfoque metodológico ecológico utilizado ha contribuido a generar este tipo de análisis relacional.

A continuación, se muestra una tabla con los factores de riesgo y de protección, detectados a lo largo del presente estudio, en la conducta suicida de la infancia y adolescencia.

Tabla 28. Factores de Riesgo o Protección que influyen en la conducta suicida de un niño/a o adolescente

Factores de Riesgo o Protección que influyen en la conducta suicida de niños/as o adolescentes		
Tipo	Factores de Riesgo	Factores de Protección
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> - Género: Mujer - Grupo de edad: 13 años o más - Nivel de estudios: Educación secundaria o superior - Rendimiento y satisfacción escolar: “Baja” - LGTBI - Problemas asociados: Autolesiones, Tristeza/Depresión, Trastorno de la alimentación, Acoso escolar 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de afrontamiento ante situaciones de malestar y estrés continuado y frecuente - Reducción del dolor - Autoconcepto positivo - Autocontrol emocional - Sentirse protegido/a y ayudado/a - Sentido de pertenencia - Aficiones e intereses
Interpersonales/ Familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Mala relación intrafamiliar: mala comunicación, maltrato físico, maltrato psicológico, falta de confianza/cohesión, conflictos/discusiones, exposición a VG - Subestimar/minimizar el malestar emocional de los niños/as o adolescentes - Familia migrante - Desarraigo familiar - Rigidez familiar - Escaso apoyo social (compañeros/as, amigos/as) 	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones familiares de confianza y con sólidos lazos afectivos - Ausencia de conflictos en relaciones familiares - Sentirse querido/a, aceptado/a - Mejora de la comunicación, conexión o vinculación con otras personas - Integración social y cultural en grupos de referencia
Comunitarios/ Contextuales	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades de acceso a recursos de atención psicológica/psiquiátrica. - Inacción por parte de profesionales de Centros escolares ante situaciones de Acoso escolar - Accesibilidad informática a información sobre procedimientos autolíticos/cibersuicidio (Internet, RRSS, VWebs temáticas, etc.) - Perfeccionismo socialmente prescrito (cánones de belleza impositivos, ...) - Exclusión social 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad de acceso a recursos de atención psicológica/psiquiátrica - Apoyo social de calidad y consistencia - Detección y actuación temprana ante situaciones de riesgo individual/interpersonal/familiar - Limitación de acceso a los medios físicos y digitales para suicidarse - Ausencia de crisis (sanitarias, económicas, sociales...)

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de datos ANAR.

9. Resolución, derivaciones e intervenciones

Resolución

Las **intervenciones** llevadas a cabo por los Departamentos social y jurídico de ANAR, en relación con esta problemática, **han aumentado significativamente en estos 4 años**, debido no sólo al incremento experimentado de las peticiones de ayuda, sino por la alta gravedad y urgencia de los casos atendidos. **En el 70% de las llamadas recibidas a través del Teléfono/Chat ANAR han intervenido las áreas jurídica, psicológica y social.**

Derivaciones

Desde 2019 a 2022, para atender a los niños/as y adolescentes con conducta suicida, ANAR ha llevado a cabo **6.970 derivaciones, 5.829 en el caso de ideación suicida y 1.141 en intento de suicidio**. Desde el Departamento social se han gestionado 5.049 derivaciones, 4.233 de ideación suicida y 816 de intento de suicidio; y desde el Departamento jurídico, 1.921, 1.596 de ideación suicida y 325 de intento de suicidio.

Las derivaciones se han realizado a los siguientes servicios y organismos externos: Servicio de Emergencias (112), Servicios Sociales Municipales, Centros de Salud de Especialidades, Centro de Salud Mental, Centros escolares y Terapia psicológica. Las derivaciones desde el área jurídica, independientemente de que se trate de casos de ideación o intento de suicidio y del año en las que se realicen, se hacen fundamental a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Autonómica, Municipal, Guardia Civil).

Intervenciones

Durante este periodo, ANAR ha realizado **939, de las cuales 854 intervenciones por ideación suicida -con un incremento del 406% en 2022 respecto a 2019- y 85 por intento de suicidio -con un aumento de un 63%-**. Desde el departamento social se ha intervenido en 570 casos (504 por ideación suicida y 66 por intento de suicidio), mientras que en el departamento jurídico ha sido una cifra menor, que alcanza 363 casos, 350 por ideación y 19 por intento de suicidio.

10. Recursos y servicios disponibles

Para los/as profesionales expertos/as de ANAR, además de las derivaciones a servicios y organismos especializados, resulta fundamental la detección precoz de los casos de niños/as o adolescentes con conducta suicida, para actuar con la mayor celeridad posible, reduciendo cuanto antes el daño a los/as menores de edad. Para ello, ven necesario:

- Una buena coordinación y derivación entre centros escolares, centros sanitarios y servicios sociales.
- La mejora de la formación de los/as profesionales que trabajan con niños/as o adolescentes y sus familias.
- Personal suficiente y preparado en los servicios públicos.
- Tratamiento psicológico especializado con la frecuencia, inmediatez y duración adecuada al tratarse de menores de edad.
- Información actualizada de los servicios y recursos disponibles para que los niños/as y adolescentes y sus familias puedan solicitar apoyo y ayuda.

Medios de comunicación

La forma de comunicar sobre el suicidio puede ayudar a prevenirlo o, por el contrario, puede conllevar un mayor riesgo de provocar el efecto imitación/contagio. Por ello, es fundamental que los medios de comunicación tengan especial cuidado a la hora de tratar las noticias sobre suicidios, respetando las recomendaciones que recoge la OMS respecto a:

- Método usado
- Finalidad perseguida
- Fotografías
- Terminología
- Entrevistas
- Testimonios
- Recursos de ayuda
- Etc.

5.2. Recomendaciones

5.2.1. Recomendaciones generales

Las siguientes propuestas surgen a raíz del proceso de análisis conjunto llevado a cabo por los investigadores/as del presente Estudio, a partir de la revisión documental y estadística previa, del análisis, tanto de los datos cuantitativos de la Base de datos ANAR, como del discurso de los/as profesionales que atienden las Líneas de Ayuda ANAR, y que han participado en el grupo de discusión, y de las aportaciones y sugerencias realizadas por las personas responsables de las áreas psicológica, social y jurídica de esta Fundación.

A partir de la información recogida y el análisis llevado a cabo, se proponen una serie de recomendaciones en torno a los bloques que se enumeran a continuación (algunas de las iniciativas recopiladas han sido mencionadas previamente a lo largo del documento):

1. Información, sensibilización y participación ciudadana

La escasa atención prestada a la salud mental en cuestiones tan delicadas como la conducta suicida es probablemente un fiel reflejo del estigma presente todavía en la sociedad que aún hoy no se atreve a pedir ayuda.

Por ello, se ve necesario desarrollar campañas para sensibilizar a la población general y la sociedad en su conjunto sobre los mitos y sesgos existentes en relación con el suicidio que inciden en que el fenómeno se convierta en tabú y las familias no soliciten ayuda a tiempo. En definitiva, realizar campañas de alfabetización en salud mental y conducta suicida contra el estigma.

2. Detección y atención precoz y prevención

Detectar y comprender las señales previas a las conductas suicidas en los niños/as o adolescentes es de gran relevancia para poder realizar las acciones preventivas necesarias que

limiten el llevar a cabo estas conductas. Los familiares y otras personas cercanas a los/as menores de edad han de prestar especial atención a su comportamiento y a sus actividades de forma que sea posible detectar signos que constituyan indicios de depresión o pensamientos suicidas. En este sentido, es muy importante la atención de los/as miembros de la familia, amigos/as y del personal educativo que han de estar pendientes de posibles señales (aislamiento, agresividad física o psicológica, trastornos en la alimentación, tristeza, pensamientos negativos, interés por la muerte, etc.), y apoyar al menor de edad en estas situaciones sin descuidar ni desacreditar sus problemas y sentimientos.

Igualmente, deben considerarse seriamente todas las amenazas o intentos de suicidio. Es fundamental no minimizar el riesgo, porque los niños/as y adolescentes que amenazan con suicidarse, con frecuencia, están pidiendo ayuda y apoyo, y, el suicidio es un fenómeno previsible, y, por tanto, conocer las señales puede facilitar la detección y atención precoz del problema.

Es necesaria una detección y atención precoz tanto desde el ámbito educativo como desde el sanitario. Ambas áreas se han de convertir en agentes prioritarios de detección.

Las situaciones negativas, en numerosas ocasiones, comienzan a edades tempranas y no salen a la luz hasta la adolescencia, momento en el que empiezan a ser conscientes de las situaciones vividas o que continúan viviendo que les genera un elevado nivel de sufrimiento y malestar. Por este motivo es de gran importancia estudiar las fases previas de la conducta suicida (ideación e intento) para conocer mejor y poder actuar con mayor eficacia en la prevención del proceso suicida.

Se recomienda desarrollar una estrategia de prevención, que se aborde desde distintas disciplinas, orientada a: reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección; informar adecuadamente sobre los recursos y servicios de ayuda disponibles; sensibilizar a la sociedad acerca de la necesidad de dar apoyo social; dotar a las personas de los recursos necesarios para mejorar su acceso a los servicios sanitarios en situaciones de crisis; acabar con el estigma asociado a la conducta suicida; concienciar sobre los riesgos de los fármacos como medio para llevar a cabo el suicidio; fomentar las habilidades socioemocionales de los/as adolescentes; potenciar campañas de sensibilización; educar a los medios de comunicación para que informen de forma adecuada y responsable sobre el suicidio; Sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de ofrecer apoyo social sobre todo en momentos de desesperanza.

A nivel estatal, la prevención de este fenómeno requiere de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio que se lleve a cabo de manera efectiva, dotándolo de los recursos necesarios.

Por último, conviene señalar que en temas de salud mental y de conductas suicidas, no es importante sólo la detección y prevención, sino también la intervención y posterior seguimiento. Por ello, es fundamental la realización y seguimiento de protocolos de actuación posterior al ingreso hospitalario por conducta suicida o en procesos de tratamiento farmacológico.

3. Coordinación y enfoque multidisciplinar

Se requiere de una mejor coordinación y enfoque multidisciplinar, que trascienda la esfera sanitaria y abarque los ámbitos escolar y social. En el que se contemple en su conjunto el malestar provocado por situaciones socio-económicas adversas. Es decir, es esencial mejorar la coordinación entre recursos escolares, sanitarios y sociales.

Se ha de promover un abordaje multidisciplinar y un trabajo coordinado y corresponsable en el que estén presentes todos los colectivos implicados: médicos/as, pediatras, psicólogos/as, psiquiatras, enfermeros/as, docentes, trabajadores/as sociales, familiares y los propios usuarios/as (infancia y adolescencia).

Para lograr la prevención del suicidio se requiere, además, de la mejor coordinación entre recursos escolares, sanitarios y sociales se ha de trabajar a nivel individual, relacional, familiar, comunitario y social, y han de estar involucrados todos los sectores: público, privado y tercer sector.

4. Orientación y apoyo a las Familias

La prevención primaria debe ser llevada a cabo desde la propia familia, por lo que es preciso apoyar a las familias en esta tarea. En este sentido, es necesario desarrollar programas de promoción de la parentalidad positiva basados en el desarrollo de apegos y vínculos seguros, y formar a los padres y madres en habilidades parentales de crianza segura y creación de sentido de pertenencia. Afianzar los vínculos familiares del niño/a y adolescentes redundará en una minimización de los sentimientos de soledad ante las dificultades que también se ha visto, en las consultas realizadas a ANAR, que son un motivo de conducta suicida.

Por un lado, hay que tener en cuenta que por debajo de 16 años los/as menores de edad no pueden acceder a la red sanitaria por sí mismos/as y si no existe una familia protectora, que haya identificado la necesidad de que éstos y éstas reciban asistencia psicológica, se queda fuera de la atención.

En familias donde los progenitores están separados, y el niño/a y adolescente necesita asistencia psicológica, si existe un conflicto entre ambos progenitores y uno de ellos se niega o resiste, deben acudir al procedimiento legal para manifestar su discrepancia en cuestiones de patria potestad, demorando la urgencia de que el niño/a o adolescente sea atendido/a y reciba la asistencia psicológica necesaria. Este tema aún resulta más grave cuando son víctimas de algún tipo de violencia filioparental, donde el/la progenitor se niega a que el niño/a o adolescente pueda ser valorado/a y tratado/a. Por ello, es fundamental que sea suficiente con el consentimiento de uno de los progenitores para acudir al centro de salud.

Por otro lado, hay que prestar especial atención a las situaciones de maltrato intrafamiliar muy relacionados con problemas de salud mental en general y, con conductas suicidas en concreto, debido al impacto emocional que genera, sobre todo en una población en vías de desarrollo. Como indica el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General número 13 de 2011, sobre el derecho del niño y la niña a no ser objeto de ninguna forma de violencia, las graves repercusiones de la violencia y los malos tratos sufridos por los niños, niñas y adolescentes son sobradamente conocidas. Esos actos, entre otras muchas consecuencias, pueden causar lesiones que pueden provocar discapacidad; problemas de salud física, como el retraso en el desarrollo físico y la aparición posterior de enfermedades; dificultades de aprendizaje incluidos problemas de rendimiento en la escuela y en el trabajo; consecuencias psicológicas y emocionales como trastornos afectivos, trauma, ansiedad, inseguridad y destrucción de la autoestima; problemas de salud mental como ansiedad y trastornos depresivos o intentos de suicidio, y comportamientos perjudiciales para la salud como el abuso de sustancias adictivas o la iniciación precoz en la actividad sexual.

5. Formación

La formación en materia de conducta suicida ha de abarcar a:

- a) **Los niños/as y adolescentes:** hay que educar a la población infantojuvenil en relación con sus derechos y habilidades para pedir ayuda cuando la necesiten, el pensamiento positivo, la gestión emocional, los recursos disponibles a los que acudir en caso de malestar emocional/psíquico y sobre los canales existentes, como las Líneas de Ayuda ANAR.
- b) **Las familias:** es importante fomentar la organización de programas de “escuela de padres”, en los que se promueva la formación y adquisición de conocimientos sobre la crianza, las etapas de la adolescencia, cómo comunicarse con sus hijos/as, habilidades emocionales, la educación en positivo, el uso de las drogas, la sexualidad, la violencia intrafamiliar, la detección de la conducta suicida, el respeto a las diferencias, etc.

Dar información a quienes conviven con estos menores de edad sobre variaciones en la conducta, indicativas de dificultades o malestar importante, contribuiría a minimizar que las ideaciones suicidas deriven en intentos de suicidio o consumación de suicidio en este grupo de edad.

- c) **Los y las profesionales que trabajan con la infancia y adolescencia:** la pandemia ha puesto de manifiesto la formación precaria de estos colectivos: pediatras, profesores/as, psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, etc. Se echa en falta la existencia de protocolos de detección y actuación, una ampliación del tiempo de atención en consulta, formación psicosocial y mayor coordinación y especialización de los/as profesionales que atienden estos temas, así como la existencia de equipos multidisciplinares. En concreto se ve necesaria la formación en competencias emocionales que les capacite para desarrollar una mayor sensibilidad ante los testimonios de menores de edad y otorgar mayor credibilidad a sus declaraciones.

En este sentido, se ve necesaria la formación a profesionales para que desarrollen competencias emocionales que les capacite para el desarrollo de una mayor sensibilidad y credibilidad de los testimonios de menores de edad al reconocer la sintomatología propia y característica de una patología.

- d) **Los/as profesionales de los medios de comunicación:** la formación en materia de difusión de noticias relacionadas con casos de conducta suicida es fundamental para que estas tengan un efecto papageno, es decir, que las personas con ideaciones o intentos de suicidio conozcan a otras personas que si bien inicialmente querían morir finalmente han cambiado de opinión y superado la crisis, la angustia o los problemas que generaron el deseo suicida. Es decir, la formación es fundamental para comunicar esta temática de forma responsable.
- e) **La sociedad en general:** la conducta suicida es un problema social y no exclusivamente sanitario y, por tanto, la sociedad debe ser formada para fomentar la empatía social en relación con esta problemática.

6. Atención específica a los perfiles más vulnerables

Los niños/as y adolescentes procedentes de familias migrantes, con discapacidad o con identidades sexuales diferentes a las más habituales presentan con mayor frecuencia dificultades de integración social y son sometidos/as en mayor medida a conductas violentas por parte de los pares o de la familia lo que incide en el deterioro de su salud mental limitando un adecuado desarrollo personal y social.

Otro colectivo que se ha detectado como especialmente vulnerable es el de los/as menores de 10 años. Estos niños y niñas tienen, por una parte, dificultad para expresar adecuadamente el origen de su malestar y por otra, por su corta edad se tiende en ocasiones a no dar credibilidad o quitar importancia a conductas que les hacen sentir mal.

A la vista de la información analizada, ANAR recomienda que se lleven a cabo estudios centrados en población especialmente vulnerable (tales como: familias migrantes, LGTBI, menores de 10 años, personas con discapacidad) y que se adopten medidas concretas para estos colectivos con el fin de reducir los riesgos existentes.

ANAR solicita que se regulen los Centros de internamiento de Salud Mental Infanto-Juvenil, puesto que este vacío legal se traduce en un vacío de instituciones que pueden atender a estos menores especialmente vulnerables y en una masificación del sistema público de salud.

Más grave aún resulta el problema cuando se trata de menores que presentan una sintomatología autolítica en la que, como ya hemos explicado anteriormente, compartir experiencias con otros/as menores potencia las probabilidades de suicidio. Para estos casos, debido a su especial vulnerabilidad, solicitamos que se evite el contacto con otros/as menores de edad que presenten estos síntomas. Además, solicitamos que exista en todo el proceso de internamiento la posibilidad de ser acompañados por un familiar y, en los casos en los que esto nos sea posible, se garantice una supervisión sanitaria.

7. Mayor implicación del sistema educativo

Es recomendable alentar la implicación del profesorado, tutores/as y dirección de los centros educativos, para desarrollar competencias emocionales, ya que el centro escolar, además del centro de salud, es un observatorio privilegiado.

Se trata de promover en el ámbito educativo los factores de protección necesarios para prevenir la conducta suicida entre los y las menores de edad: educación en los centros educativos para que los niños/as y adolescentes desarrollen habilidades para gestionar adecuadamente emociones, resolver conflictos, autoestima, asertividad, habilidades prosociales como la empatía y el respeto.

El acoso escolar es un problema asociado y factor de riesgo de la conducta suicida, desencadenado en especial por la vulnerabilidad frente al maltrato por parte de los pares. Por ello, se ve necesario la implementación de estrategias en las instituciones educativas que promuevan la tolerancia y el respeto por la diferencia. Esta problemática actual se genera mayormente en centros escolares que no cuentan con planes de acción o protocolos efectivos para enfrentarlo, generando en las víctimas sentimientos de culpabilidad, soledad, tristeza/depresión, ansiedad/miedos elementos asociados fuertemente a problemas de salud mental, que derivan en autolesiones, trastornos de la alimentación e ideas/intentos de suicidio.

8. Mayores recursos

Desde la Fundación ANAR se identifica la necesidad de más recursos especializados y profesionales destinados/as a atender temáticas sensibles que suponen un riesgo para la salud de niños/as y adolescentes: suicidio, autolesiones, agresiones sexuales, adicciones a tecnologías, para que no exista tanta demora en la atención.

En este sentido, se recomienda reducir las desigualdades y las brechas de acceso de la población infantojuvenil al sistema sanitario. Además, niños/as y adolescentes sin suficientes recursos económicos se encuentran en desventaja al ver limitada la posibilidad de atención

y asistencia psicológica que precisan ante las listas de espera y dilatación de las citas entre consultas en el sistema sanitario público.

Atender con prontitud y prioridad a los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia es fundamental. Ello es especialmente relevante tras los síntomas que indican la aparición de trastornos mentales graves. Por este motivo es de gran importancia reducir las listas de espera y frecuencia de las citas.

En general, las mejoras en los recursos públicos de atención psicológica están relacionadas con:

- Reducir las listas de espera.
- Reducir el espacio de tiempo entre consultas de atención psicológica.
- Fomentar la terapia psicológica frente a la prescripción farmacológica.
- Estabilizar y mejorar las líneas de bajo coste de atención psicológica.
- Crear la figura del psicólogo/a especialista en infancia y adolescencia.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI), dedica el Capítulo VI al Ámbito Sanitario estableciendo que las administraciones sanitarias competentes facilitarán el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la información, y a los servicios de tratamiento y recuperación, garantizando la atención universal y accesible a todos aquellos/as que se encuentren en las situaciones de desprotección, riesgo y violencia a las que se refiere esta Ley, otorgando especial mención a la garantía de una atención a la salud mental integral reparadora y adecuada a su edad.

En cuanto al ámbito educativo, se indica que todos los centros educativos donde cursen estudios personas menores de edad, independientemente de su titularidad, deberán tener un Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección del alumnado, que actuará bajo la supervisión de la persona que ostente la dirección o titularidad del centro y que se configura como referente para todo lo relativo a los protocolos mencionados.

Finalmente, esta Ley reconoce a las líneas telefónicas gratuitas de ayuda a niños, niñas y adolescentes como herramienta esencial a disposición de todas las personas para la prevención y detección precoz de situaciones de violencia sobre los niños, niñas y adolescentes. Los centros educativos, además, han de facilitar información sobre las líneas de ayuda existentes, así como permitir el acceso a las mismas. También prevé protocolos de actuación ante las diferentes formas de violencia, así como en materia de suicidio y autolesión.

9. La influencia de las tecnologías

Tal y como Fundación ANAR ha venido reivindicando en los últimos años, abalándolo con sus estudios e informes, es fundamental regular el acceso, por los niños/as y adolescentes, a Internet y medios digitales para evitar que se vean expuestos a contenidos inapropiados y esta implicación también es clave desde las familias que desconocen los riesgos existentes.

Por ello, se sugiere desde ANAR el desarrollo de programas educativos dirigido a las familias, pero también a los/as profesionales que trabajan con la infancia y adolescencia para que sepan identificar posibles señales de riesgo.

Aparte del papel de los padres/madres, centros educativos y profesionales que trabajan con la infancia y la adolescencia, las empresas tecnológicas y de la comunicación, así como los/as

internautas también tienen un papel importante en la reducción de las conductas suicidas. Ya se están tomando medidas por parte de las principales tecnológicas (Google, Tik Tok, Instagram, Facebook, Youtube) a este respecto mediante:

- Cribado de contenidos; eliminando y limitando el acceso a determinadas publicaciones o redirigiendo a quien realiza la búsqueda de contenidos perjudiciales a páginas o teléfonos en los que puede recibir ayuda o apoyo.
- Establecimiento de una edad mínima de acceso a determinadas redes sociales.
- Incorporación de herramientas de control parental de los contenidos a los que acceden los niños/as o adolescentes.

El desarrollo y ampliación de estas medidas también redundaría en una mejora de la salud mental y bienestar de niños, niñas y adolescentes que, ante situaciones de dificultad, recurren a las redes sociales en búsqueda de apoyo.

5.2.2. Recomendaciones para madres y padres

Durante la infancia y la adolescencia, los/as menores de edad se encuentran en un periodo de desarrollo donde se dan muchos cambios a nivel físico, psicológico, emocional, social y vivencial. Supone un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta, estableciendo sus primeras experiencias fuera del seno de la familia.

Se trata de un periodo de cierta vulnerabilidad para el/la adolescente, que no cuenta con las herramientas suficientes para ser completamente autónomo e independiente. Todos estos cambios pueden suponer pasar por momentos de una alta sobrecarga emocional, que puede ser muy doloroso y no sepan cómo actuar.

Además de estos cambios propios del momento vital, nuestros hijos/as pueden verse inmersos en situaciones donde el nivel de sufrimiento sea muy alto, y la desesperanza ante circunstancias personales pueden llevarles a pensar la posibilidad de plantearse el suicidio u otros mecanismos de autorregulación emocional nocivos como la conducta suicida o las autolesiones para afrontar su sufrimiento.

El factor esencial, que determina la aparición de una crisis, es el desequilibrio entre la dificultad del problema, y los recursos que la persona dispone para afrontarla. Ante una misma vivencia crítica cada persona pueda dar una respuesta diferente y por esto, situaciones que objetivamente no son graves, pueden producir una gran crisis.

El/la adolescente a lo largo de una crisis va a intentar aliviar de manera inmediata un estado emocional y cognitivo desagradable y puede tener la percepción de falta de recursos para resolver una dificultad personal, recurriendo a mecanismos de huida o evitación.

Por lo que estemos pendientes de que si nuestros/as adolescentes están atravesando por un suceso vital estresante o acumula una historia con mucha carga de sucesos estresantes, tenga el apoyo necesario para no desarrollar sintomatología psicopatológica o perturbación emocional que no sepa cómo gestionar.

SEÑALES DE RIESGO ¿CÓMO DETECTAR UNA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES?

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el suicidio es una de las primeras causas de muerte entre adolescentes.

No todos/as los/as adolescentes llegan a tener una ideación suicida pero si se da el caso, es bueno tener en cuenta determinadas cuestiones. Y es por eso, que queremos ayudar a los padres a identificar determinados comportamientos o señales que puedan indicar que están pasando por un momento difícil y pueden estar teniendo ideación suicida.

Queremos resaltar la importancia de identificar señales de riesgo sabiendo que no sólo por tener uno de estos comportamientos hay que pensar que el/la adolescente está teniendo ideación suicida, se tienen que dar un conjunto de comportamientos no habituales. Tales como:

- **Cambios en el estado de ánimo y la conducta:**

Aunque en el/la adolescente los altibajos emocionales y del estado de ánimo son normales, cuando hay una ideación suicida estos cambios son mucho más llamativos y distintos a su forma de ser habitual. Al principio puede pasar inadvertido, pero al final vemos un cambio real en su manera de actuar por ejemplo sentirse muy ansioso o por el contrario melancólico o con sensación de indefensión.

Estar atentos a Mensajes de despedidas, cierres o cartas de despedidas.

- **Aislamiento social prolongado:**

Se relaciona menos o de manera diferente con sus amistades, compañeros/as y con sus familiares. No hablamos aquí del aislamiento del/la adolescente buscando la intimidad de su dormitorio como algo necesario y habitual en esta etapa, sino del aislamiento en el que no sólo no quiere comunicarse con vosotros/as, sus padres, sino que tampoco quiere hacerlo con su grupo de iguales.

- **Tristeza/ desesperanza, sintomatología psicopatológica o perturbación emocional:**

Si vuestro/a hijo está más triste de lo normal, tiene una visión del mundo o de sí mismo negativa y tiene una perspectiva muy pesimista respecto a su futuro; habla de desesperanza, dolor insoportable, muerte constantemente o muestra falta de interés por su día a día, sus hobbies, sus actividades anteriores. Visión negativa del presente, del futuro, de uno mismo/a.

- **Sentirse inmerso en algún problema que no encuentra salida:**

Mostrar visión de túnel y muy negativa, por ejemplo, frente a un acoso escolar cronificado. A veces se relaciona con pérdida de autoestima y un manejo inadecuado de situaciones. Duelos cronificados. (* Diferenciaríamos situaciones donde hay que hacer un duelo por ejemplo ante la pérdida de un ser querido, en el periodo estimado).

- **Sueño inquieto, falta de descanso y problemas de alimentación:**

Que durante el día va a arrastrar e influye negativamente en su desarrollo y afrontamiento de su vida. Síntomas psicossomáticos, ansiedad, nerviosismo, vómitos matinales (a menudo antes de ir a clase), dolor abdominal... Problemas en su alimentación come menos porque está desganado/a o come peor. Su aspecto físico puede verse afectado por la baja ingesta de alimentos.

- **Problemas de rendimiento y absentismo:**

Si está teniendo cambios significativos en cuanto a la concentración a la hora de hacer sus tareas escolares y ha bajado su rendimiento o habéis tenido conocimiento de que se salta clases.

- **Autolesiones o intentos previos de suicidio:**

Si os habéis enterado o habéis visto que vuestro/a hijo/a se autolesiona. Las autolesiones son comportamientos que emplean algunos/as adolescentes con el fin de poder dar salida a un malestar emocional que no saben cómo manejar. Los intentos previos también deben tomarse en cuenta y sobre todo si la persona se queja de no haberlo podido conseguir.

- **Si tiene un PLAN, medios y actitud de llevarlo a cabo:**

A veces no es fácil saberlo, por ello alertamos de la importancia de entender que hay diferentes estadios a lo largo de la conducta suicida, en los que se puede actuar en prevención, evitando que el/la adolescente llegue a plantearse ese plan de actuación

- **Si vuestro/a hijo/a se comporta de forma impulsiva y/o agresiva en su forma de actuar o consume sustancias de manera compulsiva:**

Aunque, por regla general, los/as adolescentes tienden a la impulsividad y no a la reflexión, cuanto más impulsivo/a sea un/a adolescente en su conducta habitual, más posibilidades hay de este tipo de planteamientos suicidas.

- **Haber verbalizado con relación al suicidio:**

Ideas de muerte como por ejemplo “quiero desaparecer”, “no quiero continuar”, etc.... Regalar objetos propios personales, deshacerse de pertenencias. En ocasiones tiene intensos y frecuentes pensamientos suicidas. Regalar objetos propios personales, deshacerse de pertenencias.

- **No se aprecia que los factores protectores contrarresten el riesgo:**

Entendiendo como factores de protección tener una buena red social-familiar y apoyo familiar, accesibilidad a los dispositivos sanitarios, restricciones en adquirir objetos lesivos o fármacos, tener la posibilidad de recibir tratamiento, habilidades sociales, habilidades para manejo emocional, capacidad para resolver conflictos, autoestima, flexibilidad cognitiva, entre otras.

CONSEJOS PARA FAMILIARES PARA PREVENIR UNA CONDUCTA O IDEACIÓN SUICIDA

La adolescencia es una etapa con altos y bajos emocionales, donde es importante priorizar la escucha emocional, y potenciar los vínculos para que nuestros hijos/as se muevan con una seguridad en la vida.

Por tanto, y ante todo lo anteriormente expuesto, queremos aportar algunos **consejos** para actuar ante la ideación suicida de vuestro/a hijo/a adolescente o para prevenirla:

- **Siempre hay que hacer caso y darle importancia si os verbaliza o descubrís que vuestro/a hijo/a tiene una ideación suicida:**

Es muy importante que ante una ideación suicida o signos de que pudiera haberla, no lo toméis a la ligera o penséis que “son cosas de adolescentes y que ya se le pasará”, ni tampoco reprendáis, ni os enfadéis puesto que su intención no es desafiar. Tener en cuenta que en este tipo de problemas la detección precoz puede evitar graves consecuencias.

- **Validar sus emociones:**

Es necesario que dejéis que se exprese emocionalmente como necesite y que vosotros/as le deis una respuesta empática y comprensiva. No confrontar con la idea, ni minimizar la situa-

ción o el sentimiento. Acompañarle, acogerle y contenerle en estos momentos porque, aunque no lo exprese, necesita que le transmitáis seguridad.

- **Enseñarle a pedir ayuda de manera adecuada y a manejar sus frustraciones:**

Estar cerca de ellos/as en su día a día es el mejor antídoto para que tus hijos/as entiendan que vas a tener una respuesta adecuada, incluso para enseñarles a ir tolerando sus frustraciones diarias, que es una necesaria lección que tienen que aprender.

- **Evitar momento de tensión familiar:**

En estos momentos, vuestro/a hijo/a necesita poder estar en un ambiente que le devuelva la estabilidad y tranquilidad que él mismo no tiene. Intentar evitar peleas familiares o momentos de tensión que puedan afianzarle la idea negativa del mundo que le rodea.

- **Tratar de comunicaros con vuestro/a hijo/a para encontrar las causas de esa ideación:**

Buscar momentos de tranquilidad para hablar con vuestro/a hijo/a desde la serenidad y haciéndole ver que entendéis que está pasándolo mal y que vais a estar ahí siempre que os necesite. Prestadle atención pero no le interroguéis desde vuestra angustia. Tener presente que detrás de una ideación suicida hay otro problema que hay que solucionar.

- **Enseñarle la temporalidad de las situaciones:**

Enseñarle que nada es para siempre y que los problemas tienen solución pero que hay que buscarla en el lugar y la forma adecuados. Si para ello, hay que pedir ayuda, no pasa nada. Es de personas inteligentes pedir ayuda cuando se necesita.

- **Compartir los problemas nos ayuda a solucionarlos:**

Los/as adolescentes tienden a pensar que lo que están viviendo no le sucede a nadie más, que nadie les puede comprender y se aíslan. Enseñarle que hablar de nuestros problemas nos aporta posibles soluciones que nosotros/as no habríamos descubierto solos/as.

- **Si vuestro hijo/a pasa mucho tiempo «enganchado» a las redes:**

Es necesario que tratéis de reducir el tiempo negociando con ella/el, no prohibir. Tenéis que saber que estar en contacto con páginas en las que aparecen chicos/as que han intentado el suicidio como manera de solucionar problemas, es perjudicial y puede aumentar la probabilidad de que lo haga.

- **Si está aislado socialmente de forma prolongada:**

Fomentar la práctica de aficiones saludables que puedan realizarse en grupo (deporte, música, cine, etc.). Cuando los/as hijos/as llegan a la adolescencia, las madres y los padres pensamos que ya no nos necesitan tanto y tendemos a dejar de “acercarnos” a ellos/as. Sin embargo, ellos/as necesitan saberse queridos/as y aceptados/as por eso importa expresarles que su compañía os agrada y proponerle hacer cosas en común. Esto influirá en una sana autoestima.

- **Tratar que esté acompañado/a el mayor tiempo posible:**

Si habéis descubierto señales o comportamientos que indican claramente una posible ideación suicida, tratar que vuestro/a hijo/a esté acompañado/a y quitar de su alcance cualquier medio lesivo (objeto punzante, medicamentos, etc.) y preservarle de situaciones en la que pueda hacerse daño. Si es necesario, llame o acuda al servicio de Emergencias.

- **Buscar ayuda psicológica:**

Los padres/madres no podemos hacer de psicólogos/as con nuestros hijos/as por lo que debemos de buscar ayuda profesional. Cuando las situaciones nos desbordan o no sabemos cómo solucionarlas, hay que buscar ayuda experta. La intervención externa durante la crisis (psicoterapia de crisis) puede compensar el desequilibrio que se ha producido y llevar a la persona a un nuevo estado armónico.

También es bueno buscarla para vosotros/as como adultos/as a cargo, porque es posible que las emociones derivadas de las circunstancias os superen y os afecten personalmente no dejando que veáis con claridad lo que está sucediendo. De esta manera es difícil poder ayudar bien a vuestro hijo/a.

- **Cuidado con los MITOS con relación al suicidio:**

Hay que tener cuidado con los mitos y sesgos existentes puesto que paralizan que podamos encontrar ayuda y agudizan el tabú en torno al suicidio. Uno de los mitos más extendidos es que la persona que hace un intento de suicidio es porque desea morir, y como hemos visto, normalmente lo que desea es salir de su sufrimiento que no sabe manejar.

Otro mito es pensar que hablar del suicidio es un factor precipitante, cuando hablar directamente del suicidio es una de las herramientas claves para la prevención.

5.2.3. Recomendaciones para los/as adolescentes

Queremos que tengas en cuenta:

- **La conducta suicida es un SÍNTOMA:**

La conducta suicida es un síntoma de un problema que está detrás que es el que está generándote emociones de malestar. Este es el problema que es importante resolver y aprender a gestionar.

- **Causas del malestar: identificadas o no identificadas:**

Podemos saber qué o quién nos está causando malestar, pero en ocasiones no tenemos por qué tener una razón para hacerlo. Lo único que sabemos es que nos encontramos mal y recurrimos al daño autoinfligido. Por eso es importante contar cómo nos sentimos, poner en palabra nuestro malestar, pedir ayuda. Es el mismo procedimiento que haríamos si tuviéramos un dolor físico (fiebre, golpe...).

- **Pensar en el suicidio es un mecanismo de huida y evitación:**

Debes saber que el suicidio es una solución definitiva, para problemas que en realidad son temporales. Es normal que nos cueste ver que exista una solución cuando estamos sumidos mucho tiempo en un dolor profundo, pero con la ayuda profesional adecuada, realmente es posible hallar solución.

- **Las emociones que sentimos ante acontecimientos son variadas y legítimas:**

Ninguna emoción es mala sino agradable o desagradable, pero todas son necesarias. Cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta; por ejemplo, el miedo prepara al organismo favoreciendo la respuesta de huida. La tristeza, la frustración, el miedo y la ira son emociones muy necesarias para nuestra vida.

- **La importancia de la regulación emocional:**

La regulación emocional supone por tanto una habilidad para poder manejar mis emociones tanto las desagradables como las agradables, sin tener que reprimirlas, ni tampoco intensificarlas, y sobre todo para que nos ayuden en nuestro proceso de comunicación con los/as demás y a mejorar nuestro bienestar. Se necesita entender el proceso de regulación emocional de evaluación y expresión de las emociones, pasando por comprenderlas y etiquetarlas, así como conocer las causas que las generan y las consecuencias que pueden tener a la hora de tomar decisiones.

- **Podemos hallar consuelo y confort al compartir nuestro dolor con las personas de confianza (amigos/as, familia...):**

Piensa en quién es de tu confianza y es capaz de escucharte y empatizar con lo que te ocurre. Si te da miedo contárselo a tus padres/madre, hazlo con aquel con el que tengas más confianza, u otro familiar o adulto de confianza que sientas que te ha ayudado en otras ocasiones. Puedes probar a hacerlo a través de una carta, si sientes que te sientes más cómodo/a para expresarte.

- **Tu familia necesita tener la oportunidad de poder ayudarte y a veces también necesita contar con herramientas para saber ayudarte:**

Tu sufrimiento y tu dolor es real, tienes derecho a expresar cómo te sientes sin sentirte juzgado. Si tu familia no puede ayudarte y sientes que pueden precipitar una situación de riesgo, hay profesionales, no estás solo/a.

- **De las crisis podemos salir reforzados:**

Cuando recibimos la ayuda adecuada, no solo podemos conseguir encontrarnos mejor, sino que nos sirven para conocernos mejor y sacar aprendizajes que alimentan nuestra fortaleza y crecimiento personal.

- **Ten fuera de tu alcance mecanismos con los que puedas hacerte daño o te puedan lesionar:**

Se trata de un control de estímulos por tu parte y si a ti te cuesta, pídele a alguien que te ayude, porque es fundamental. Tienes que saber que existe mayor riesgo si previamente te has autolesionado puesto que has podido adquirir una costumbre que habrá que cambiar por mecanismos sanos de regulación emocional.

- **No te aisles, ni pierdas el contacto con fuentes de apoyo o actividades agradables:**

Practica deportes, actividades al aire libre. Hay ciertas conductas que hacíamos o seguimos haciendo que también pueden ayudarnos a gestionar, puede ser el ejercicio, la música, un video, o llamar por teléfono a alguien de confianza con quien compartir los momentos que te cause malestar.

- **No pases por la crisis sólo/a:**

Es importante que no sufras la crisis solo/a, permanece siempre acompañado/a de personas de confianza, preferentemente familiares, en espera de que la crisis pase. También forma parte de la vida posponer el impulso de salir corriendo cuando las situaciones empeoran.

- **Cuidado con la tecnología:**

Como ya hemos explicado, hay una gran influencia tecnológica en todos los temas que tienen que ver con la conducta suicida y las autolesiones, por tanto entender que la tecnología se

puede volver un factor de riesgo y no de apoyo es importante, ya que podemos entrar en contacto con foros que nos alimenten ideas de hacernos daño o desaparecer.

- **Hay profesionales, recursos y servicios:**

Existen profesionales, servicios y recursos que te pueden apoyar y que pueden ayudarte a desarrollar mecanismos de autorregulación emocional aliviar tu malestar, trabajar tu AUTOESTIMA y técnicas efectivas para ti de resolución de conflictos, antes de pensar en soluciones drásticas.

- **Puedes contar con ANAR:**

En las Líneas de Ayuda ANAR encontrarás un equipo de profesionales (psicólogos/as, abogados/as y trabajadores/as sociales) que podemos ayudarte, las 24 horas al día, los 365 días del año, para toda España.

- **Servicio de emergencia 112:**

Ante situaciones de EMERGENCIA, llama al servicio de emergencia 112, como pauta de seguridad.

¿TIENES ALGUNO DE ESTOS PENSAMIENTOS Y EMOCIONES?

- o Has pasado por momentos difíciles, puede que incluso críticos, donde te has sentido desvalido/a, desprotegido/a, incomprendido/a...
- o Malestar o sufrimiento prolongado, donde sientes un gran dolor emocional interior. Puede que incluso no sepas identificar por qué o de donde viene, es normal que cueste saberlo cuando nos sentimos tan desbordados/as.
- o Sientes que has perdido la esperanza en que se solucionen los problemas, o que el futuro no va a traerte bienestar o satisfacción.
- o Sientes que no cuentas con personas de confianza a tu alrededor o piensas que nadie va a entender por lo que estás pasando, que no le van a dar importancia.
- o Tienes una imagen de ti mismo/a muy negativa o sientes baja tu autoestima.
- o Te sientes como una carga. No quieres preocupar a tus seres queridos o crees que ya tienen suficientes problemas. Puede que incluso hayas tratado de hablarlo con alguien y esa persona no le haya dado la importancia que realmente tiene.
- o Te sientes perdido/a sobre qué puedes hacer para encontrarte mejor. Crees que nadie va a poder ayudarte.
- o Te sientes culpable por no poder salir solo/a de esta situación.
- o Has perdido las ganas de pasar tiempo con tus amigos/as o de hacer actividades que antes te gustaban.
- o Te sientes más cansado/a de lo normal o duermes más de lo habitual. Puede que estés durmiendo peor o tengas más pesadillas.
- o Notas que has perdido el apetito.
- o Lloras o te sientes más triste de lo habitual.

Si sientes que a ti te está pasando algunas de estas cosas, es muy importante que pidas ayuda, que no pases tu solo/a por todo esto. Desde el Teléfono/Chat ANAR podemos ayudarte, queremos acompañarte en todo lo que podamos. Desde el momento que contactes con nuestro equipo de psicólogos/as orientadores a través de cualquiera de nuestras Líneas de Ayuda ANAR, no estarás solo/a, y te ayudaremos a encontrar soluciones a cualquier problema que nos plantees.

5.2.4. Recomendaciones para profesionales

La Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia frente a la Violencia 8/2021, de 4 de junio, combate la violencia sobre la infancia y la adolescencia desde una aproximación integral, en una respuesta extensa a la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo y consecuencias. La Ley otorga una prioridad esencial a la prevención, la socialización y la educación, tanto entre las personas menores de edad como entre las familias y la propia sociedad civil.

Si se tiene en cuenta las graves consecuencias que la violencia genera en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes que la sufren, prevenirla, es invertir en salud mental infanto-juvenil.

La Ley hace una clara apuesta por la prevención y reconoce a las líneas telefónicas gratuitas de ayuda a niños, niñas y adolescentes como herramienta esencial a disposición de todas las personas para la prevención y detección precoz de situaciones de violencia sobre los niños, niñas y adolescentes.

A través de las Líneas de Ayuda se posibilita el ejercicio del derecho fundamental de niños, niñas y adolescentes a ser escuchados/as, contar lo que les preocupa y pedir ayuda cuando lo necesitan.

Siendo el **entorno escolar** un ámbito de socialización esencial para los/as menores de edad la Ley:

- Establece que los centros educativos han de facilitar información sobre las líneas de ayuda existentes, así como permitir el acceso a las mismas.
- También prevé protocolos de actuación ante las diferentes formas de violencia, así como en materia de suicidio y autolesión.
- Como figura de referencia para alumnos/as y profesionales todos los centros educativos donde cursen estudios personas menores de edad, independientemente de su titularidad, deberán tener un Coordinador o Coordinadora de bienestar y protección del alumnado, que actuará bajo la supervisión de la persona que ostente la dirección o titularidad del centro y que se configura como referente para todo lo relativo a los protocolos mencionados.

En cuanto al **ámbito sanitario**, la Ley establece que las administraciones sanitarias competentes facilitarán el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la información, a los servicios de tratamiento y recuperación, garantizando la atención universal y accesible a todos aquellos/as que se encuentren en las situaciones de desprotección, riesgo y violencia a las que se refiere esta Ley.

Cuando la prevención no ha funcionado, la detección precoz de la situación de violencia y su traslado a los organismos competentes es esencial para minimizar los daños. En este sentido, la Ley establece un deber genérico, que afecta a toda la ciudadanía, de comunicar de forma

inmediata a la autoridad competente la existencia de indicios de violencia ejercida sobre niños, niñas o adolescentes. Este deber de comunicación se configura de una forma más exigente para aquellos colectivos que, por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad, tienen encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de personas menores de edad: personal cualificado de los centros sanitarios, centros escolares, centros de deporte y ocio, centros de protección a la infancia y de responsabilidad penal de menores, centros de acogida, de asilo y atención humanitaria y establecimientos en los que residan habitualmente niños, niñas o adolescentes.

Entre las **recomendaciones**, se pueden destacar:

- Difusión de las Líneas de Ayuda tanto en los centros escolares como en los sanitarios y en cualquier otro entorno en el que se desenvuelvan niños, niñas y adolescentes.
- Puesta en marcha de los protocolos establecidos por la Ley a nivel escolar, sanitario y social que permita una adecuada atención y a su vez, una rápida actuación en situaciones de crisis.
- Potenciar la figura del coordinador/a de bienestar en los centros escolares. Debe ser un espacio seguro para los niños, niñas y adolescentes donde poder trasladar sus preocupaciones.
- Comunicación y coordinación directa entre las diferentes áreas de protección: familiar, sanitaria, educativa, social y judicial. Cuando se detecte un caso en cualquiera de estos ámbitos, una rápida actuación y coordinación entre todos ellos, podrá garantizar una red de apoyo en la que el niño, niña o adolescente y/o su familia, dispongan de un respaldo profesional especializado.
- Formación especializada en infancia y adolescencia a todos los/as trabajadores/as que por su profesión estén en contacto directo con niños, niñas y adolescentes (personal sanitario, profesorado, Servicios Sociales, etc.).
 - Para que desarrollen competencias y herramientas que les permitan identificar indicadores de riesgo, señales de alerta y cómo abordarlas.
 - Para que conozcan y puedan aplicar los diferentes protocolos, entre ellos los de autolesión y suicidio.
 - Para que puedan acoger a un niño, niña o adolescente con autolesión/ideación suicida.
- Facilitar espacios seguros dónde el adolescente pueda expresar libremente cualquier malestar a nivel psicológico.
- Dar charlas psicoeducativas sobre gestión y regulación emocional en el centro escolar.

6

Anexos

6.1. Anexo I. Papel de los medios de comunicación en el suicidio

Los medios de comunicación tienen un papel creciente en la socialización de las personas. Junto a la familia, la escuela, el grupo de amigos/as ejercen como agentes de socialización, y ello implica que transmiten valores, patrones culturales y pautas de comportamiento de la sociedad en la se vive. Este papel significativo que juegan los medios de comunicación en la sociedad actual tiene una fuerte influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos de la sociedad. Por esta influencia, los medios de comunicación pueden tener un papel activo en la prevención del suicidio en nuestra sociedad actual (OMS, 2000).

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevention), una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. En esta estrategia se enmarca la publicación del documento Prevención del suicidio: Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación (OMS, 2000). El texto, dirigido a los/as profesionales de los medios de comunicación en periódicos, televisión, radio e Internet, resume la evidencia del impacto de los medios al informar sobre los suicidios y aconseja a los comunicadores/as cómo informar sobre los suicidios. Esta estrategia fue actualizada y ampliada en 2008 y hoy día está considerada una referencia básica para los/as profesionales de los medios en relación con la comunicación de suicidios.

Una de las claves de esta prevención, por parte de los medios de comunicación, es el enorme papel que pueden tener a la hora de informar sobre el suicidio, sensibilizar a la población sobre este problema, visibilizar la conducta suicida, levantando el tabú y estigma asociados históricamente a ella, disminuir prejuicios culturalmente vinculados a él, facilitar información sobre recursos de ayuda o divulgar testimonios de superación.

La forma de comunicar sobre el suicidio puede ayudar a prevenirlo o, por el contrario, puede conllevar un mayor riesgo de provocar el efecto contagio. En este sentido, en el entorno científico se habla de dos efectos (Herrera Ramírez et al., 2015):

1. El *efecto Werther*, conocido como de contagio o imitación, determina la concentración de conductas suicidas alrededor de la comunicación idealizada o sensacionalista de un suicidio que aumenta la tendencia de imitación en personas vulnerables. Este término fue acuñado por el sociólogo David Phillips en 1974, quien tras realizar un estudio entre 1947 y 1968 concluyó que el número de suicidios en Estados Unidos se incrementaba al mes siguiente de que el diario New York Times publicara en portada alguna noticia sobre suicidio (Pirkis y Blood, 2001).

El "efecto Werther" también se conoce como "efecto Copycat" y, según algunos estudios realizados, es más probable que se produzca cuando el modelo es una persona célebre (Blood y Pirkis, 2001).

2. El efecto Papageno, se denomina al fenómeno mediante el cual la exposición a modelos de conducta y a ejemplos de personas que inicialmente han pretendido quitarse la vida pero que finalmente han renunciado a dicha idea y superado las crisis, la angustia o las dificultades que se los provocaron genere en el espectador/a un efecto preventivo del suicidio.

Ello se produce también cuando, aunque no se haya manifestado una intención suicida, se percibe que una persona que ha sufrido grandes dificultades vitales o eventos traumáticos parecidos al propio han conseguido salir adelante y afrontar la situación con éxito y de manera positiva.

Se trata, por tanto, de una forma responsable de comunicar sobre el suicidio, y es la que muestra que todas las personas podemos ser agentes de prevención, cuando usamos la empatía social.

Según el autor Niederkrotenthaler (2012), la exposición a información sobre personas afectadas que han afrontado una situación de crisis de manera positiva y sin comportamientos suicidas, se relaciona con un descenso en las tasas de suicidio, ejerciendo, en estos casos, la información, un efecto protector. Concretamente, concluye en su investigación: “El impacto de la información sobre el suicidio no puede limitarse a los efectos nocivos, sino que la cobertura de afrontamiento positivo en circunstancias adversas, como se explica en los artículos de prensa sobre la ideación suicida, pueden tener efectos protectores”.

Entre las recomendaciones de información sobre el suicidio para los medios de comunicación destacan:

- **No buscar el sensacionalismo:** no utilizar titulares grandes, prominentes, dramáticos o morbosos, no ubicar la noticia en la portada o la contraportada, evitar emplear calificativos que lo hagan deseable y atrayente como razonado, rápido, sencillo o indoloro, y no entrevistar al entorno social de la víctima o a testigos de lo ocurrido cuando muestran una alta afectación, ni publicar testimonios que no añadan nada a la narración.
- **No asociarlo a actos de heroicidad, glorificación, romanticismo o valentía, que lo justifiquen** (“No tuve alternativas”) **o normalicen**, tampoco que sean alarmistas, dramáticos o lo exageren (“epidemia de suicidios”, “el lugar con la mayor tasa de suicidios”, etc.). Igualmente, según la OMS resulta inapropiado utilizar estereotipos religiosos o culturales.
- **No describir explícitamente el lugar, el método usado y cómo lo obtuvo la víctima**, ni otros detalles de la muerte que puedan resultar ofensivos para la ellos/as, sus familiares y entorno social. Mucho menos si pueden contribuir a su imitación. Proporcionar muchos detalles podría estimular a otras personas a probar esos métodos. Según la OMS se ha demostrado que la cobertura por parte de los medios ofrece un mayor impacto al detallar el método de suicidio adoptado. Así, la referencia a ciertos escenarios puentes, acantilados, edificios, etc. asociados con el suicidio aumenta el riesgo de que se recurra a ellos.
- **No reducir el suicidio a una única causa**, es decir, hay que evitar dar una visión simplista, ni basada en la especulación: este fenómeno es complejo y multicausal y resulta útil reconocer que una variedad de factores contribuye al suicidio. El problema está en informar sobre el suicidio sin contrastar y sin contextualizar, reduciendo el suicidio a

una sola causa con titulares como por ejemplo “se suicida por acoso”. En estos casos, es recomendable, por un lado, evitar centrarse en casos aislados, ofreciendo estadísticas y datos objetivos, de fuentes confiables, y contextualizando el problema social, analizando las progresiones en las tasas de suicidio, y por otro lado, contar con un experto/a en conducta suicida que aporte el contexto con una visión más centrada en la problemática y no en el caso concreto.

- **No utilizar fotografías** del entorno en el que se ha producido el suicidio, ni fotografías impactantes. No publicar la imagen de la persona fallecida, ni fotografías que reproduzcan la nota de suicidio, ni utilizar las fotografías de los bancos de imágenes que muestran métodos de suicidio. Lo recomendable es seleccionar una foto que transmita un mensaje de esperanza, acompañada de un recurso de ayuda o de datos objetivos de muertes por suicidio.
- **No glorificar ni banalizar el acto o la muerte**, especialmente en personas célebres o públicas, para no contribuir a la sobreexposición y a su viralización. Hay que extremar la precaución cuando el suicidio es de una persona famosa o provoca especial alarma social por su edad, el método elegido o la situación en la que se gestó.
- **Evitar términos** como “epidemia”, “crecimiento imparable”, y aquellos que lo asimilen al delito o al pecado, como por ejemplo “cometer delito”, avalando la información con datos actualizados y objetivos sobre este problema y con opiniones de expertos/as. Referirse a la muerte por suicidio como un hecho, no como un logro o forma de afrontamiento. No debe justificarse el suicidio con valores morales dignos de imitarse como el valor, amor, dignidad, honor, etc.
- **Referirse a las personas afectadas como personas con conducta suicida** y no etiquetarlas sustantivando su condición (“un/a suicida”) (López Vega et al., 2022).
- **Evitar los estereotipos** de género, étnicos, de la condición sexual, cultural o socioeconómica de las personas, tanto en la descripción que se haga como en la transmisión del mensaje.
- **Enfocar la información desde una perspectiva positiva**, de recuperación, como un problema que se puede superar. Puede resultar muy útil contar con testimonios de personas que lo hayan superado. El suicidio es un fenómeno previsible, y, por tanto, este debe ser el enfoque informativo principal o subyacente a cualquier información sobre él.
- **Informar sobre factores de riesgo o protección y señales de alarma**, también pueden contribuir a prevenir el suicidio. Y hay que evitar informar sobre el comportamiento suicida como una respuesta entendible a los cambios o la degradación social o cultural.
- **Mostrar una especial sensibilidad al tratar este tema**, y tener siempre en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento psicológico.
- Como recoge la OMS, **describir las consecuencias físicas de intentos de suicidio** (daño cerebral, parálisis, etc.) puede actuar como elemento de disuasión.
- Por último, **la noticia tiene que ir acompañada de información sobre recursos de ayuda** (con números telefónicos y direcciones actualizadas), y sobre la necesidad de pedir ayuda, enfatizando que las personas que sufren no están solas. Se recomienda la publicación de noticias sobre testimonios de personas en crisis que logran superarlas, que afrontan sus circunstancias de forma adecuada y que piden ayuda.

6.2. Anexo II. Manifiesto contra el suicidio en la infancia



CONSEJOS PREVENTIVOS:

1 SIEMPRE HAY QUE HACER CASO Y DARLE IMPORTANCIA SI OS VERBALIZA O DESCUBRIS QUE VUESTRO/A HIJO/A TIENE UNA IDEACIÓN SUICIDA:

Es muy importante que ante una ideación suicida o signos de que pudiera haberla, no lo toméis a la ligera o penséis que “son cosas de adolescentes y que ya se le pasará”, ni tampoco reprendáis, ni os enfadéis puesto que su intención no es desafiar.

Tened en cuenta que en este tipo de problemas la detección precoz puede evitar graves consecuencias.

2 HAY QUE VALIDAR SUS EMOCIONES:

Es necesario que dejéis que se exprese emocionalmente como necesite y que vosotros le deis una respuesta empática y comprensiva.

No confrontar con la idea ni minimizar la situación o el sentimiento. Acompañadle, acogedle y contenedle en estos momentos porque, aunque no lo exprese, necesita que le transmitáis seguridad.



3 IMPORTANTE EVITAR MOMENTOS DE TENSIÓN FAMILIAR:

En estos momentos, vuestro/a hijo/a necesita poder estar en un ambiente que le devuelva la estabilidad y tranquilidad que él mismo no tiene. Intentar evitar peleas familiares o momentos de tensión que puedan afianzarle la idea negativa del mundo que le rodea.

4 TRATAD DE COMUNICAROS CON VUESTRO/A HIJO/A PARA ENCONTRAR LAS CAUSAS DE ESA IDEACIÓN:

Buscar momentos de tranquilidad para hablar con vuestro/a hijo/a desde la serenidad y haciéndole ver que entendéis que está pasándolo mal y que vais a estar ahí siempre que os necesite.

Prestadle atención pero no le interroguéis desde vuestra angustia. Tener presente que detrás de una ideación suicida hay otro problema que hay que solucionar.

5 ENSEÑADLE LA TEMPORALIDAD DE LAS SITUACIONES:

Enseñadle que nada es para siempre y que los problemas tienen solución pero que hay que buscarla en el lugar y la forma adecuados. Si para ello, hay que pedir ayuda, no pasa nada. Es de personas inteligentes pedir ayuda cuando se necesita.

6 ENSEÑADLE LA TEMPORALIDAD DE LAS SITUACIONES:

Enseñadle que nada es para siempre y que los problemas tienen solución pero que hay que buscarla en el lugar y la forma adecuados. Si para ello, hay que pedir ayuda, no pasa nada. Es de personas inteligentes pedir ayuda cuando se necesita.

7 COMPARTIR LOS PROBLEMAS NOS AYUDA A SOLUCIONARLOS:

Los/as adolescentes tienden a pensar que lo que están viviendo no le sucede a nadie más, que nadie les puede comprender y se aíslan. Enseñarle que hablar de nuestros problemas nos aporta posibles soluciones que nosotros no habríamos descubierto solos.

8 SI VUESTRO/A HIJO/A PASA MUCHO TIEMPO «ENGANCHADO» A LAS REDES:

Es necesario que tratéis reducir el tiempo negociando con ella/el, no prohibir. Tenéis que saber que estar en contacto con páginas en las que aparecen chicos/as que han intentado el suicidio como manera de solucionar problemas, es perjudicial y puede aumentar la probabilidad de que lo haga.



9 SI ESTÁ AISLADO SOCIALMENTE DE FORMA PROLOGADA:

Fomentar la práctica de aficiones saludables que puedan realizarse en grupo (deporte, música, cine etc.). Cuando los/as hijos/as llegan a la adolescencia, los padres/madres pensamos que ya no nos necesitan tanto y tendemos a dejar de “acercarnos” a ellos/as. Sin embargo, ellos/as necesitan saberse queridos y aceptados por eso importa expresarles que su compañía os agrada y proponerle hacer cosas en común. Esto influirá en una sana autoestima.

10 TRATAD QUE ESTÉ ACOMPAÑADO/A EL MAYOR TIEMPO POSIBLE:

Si habéis descubierto señales o comportamientos que indican claramente una posible ideación suicida, tratar que vuestro/a hijo/a esté acompañado y quitar de su alcance cualquier medio lesivo (objeto punzante, medicamentos, etc.) y preservarle de situaciones en la que pueda hacerse daño. Si es necesario, llame o acuda al servicio de Emergencias.



11 BUSCA AYUDA PSICOLÓGICA:

Los padres/madres no podemos hacer de psicólogos con nuestros hijos, buscar ayuda profesional. Cuando las situaciones nos desbordan o no sabemos cómo solucionarlas, hay que buscar ayuda experta.

También es bueno buscarla para vosotros como padres, porque es posible que las emociones derivadas de las circunstancias os superen y os afecten personalmente no dejando que veáis con claridad lo que está sucediendo. De esta manera es difícil poder ayudar bien a vuestro hijo/a.

12 PÍDENOS AYUDA SI LA NECESITAS

Si a lo largo de todo este proceso, te surgen dudas sobre cómo actuar, puedes comunicarte con nosotros. Ayúdanos a que tu hijo/a conozca el Teléfono ANAR de Ayuda a Niños y Adolescentes 900 20 20 10. Está atendido por psicólogos, apoyados por trabajadores sociales y abogados. Atendemos las 24 horas, todos los días del año. Es una línea segura: anónima, confidencial y gratuita. Tú como adulto, también puedes encontrar asesoramiento psicológico, social y jurídico en el Teléfono ANAR del Adulto y la Familia 600 50 51 52.



6.3. Índice de tablas, gráficos, ilustraciones e imágenes

Imagen 1. Organismos y Servicios con los que trabaja ANAR	10
Imagen 2. Modelo Ecológico	16
Imagen 3. Esquema metodológico del Estudio	17
Imagen 4. Grupo de discusión	22
Imagen 5. Componentes de la conducta suicida	37
Imagen 6. Componentes de la conducta suicida	119
Tabla 1. Distribución de la muestra por tipo de conducta suicida, según año, género y grupo de edad	20
Tabla 2. Distribución de la muestra para grupos vulnerables por tipo de conducta suicida, según año, género	21
Tabla 3. Perfil de los/as participantes del Grupo de discusión	22
Tabla 4. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes de menores de 29 años en España por grupo de edad y lugar de residencia. 2015-2020.	32
Tabla 5. Rango de variación de prevalencia utilizando una misma herramienta de medición en distintos estudios sobre ideación, intento y riesgo suicida en adolescentes (%)	38
Tabla 6. Población de alto riesgo y factores de riesgo de suicidio de adolescentes	39
Tabla 7. Factores de protección de la conducta suicida en adolescentes	44
Tabla 8. Variables que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes (1980-2013) ..	45
Tabla 9. Incrementos porcentuales interanuales en casos de ideación suicida e intento de suicidio. Años 2012-2022.	49
Tabla 10. Evolución del número de niños/as o adolescentes con conducta suicida según lugar de residencia. Tasas de variación interanual y cuatrimestral. Años 2019-2022 (%).	63
Tabla 11. Evolución del número de niños/as o adolescentes según lugar de residencia. Tasas de variación interanual y cuatrimestral. 2019-2022 (%)	64
Tabla 12. Evolución de la duración del problema detectado en niños/as o adolescentes con conducta suicida según año de llamada. Años 2019-2022 (%)	75
Tabla 13. Evolución de la frecuencia del problema detectado en niños/as o adolescentes con conducta suicida según año de llamada. Años 2019-2022 (%)	76
Tabla 14. Problemas asociados en niños/as o adolescentes con ideación suicida. Años 2019-2022 (%)	77
Tabla 15. Problemas asociados en niños/as o adolescentes con intento de suicidio. Años 2019-2022 (%)	78
Tabla 16. Significatividad de las diferencias entre el grupo de control y el de ideación o intento de suicidio	101
Tabla 17. Factores de riesgo de ideación o intento de suicidio en niños/as o adolescentes que solicitan atención/apoyo de ANAR	102
Tabla 18. Áreas implicadas en la resolución del problema detectado en niños/as o adolescentes con ideación suicida según año de llamada. Años 2019-2022	109
Tabla 19. Áreas implicadas en la resolución del problema detectado en niños/as o adolescentes con intento de suicidio según año de llamada. Años 2019-2022	110
Tabla 20. Derivaciones sociales con motivo de consulta ideación suicida, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)	111

Tabla 21. Derivaciones sociales con motivo de consulta intento de suicidio, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)	112
Tabla 22. Derivaciones jurídicas con motivo de consulta ideación suicida, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)	113
Tabla 23. Derivaciones jurídicas con motivo de consulta intento de suicidio, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)	113
Tabla 24. Intervenciones con motivo de consulta ideación suicida, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)	116
Tabla 25. Intervenciones con motivo de consulta intento de suicidio, según año de llamada. Años 2019-2022 (Nº absoluto)	116
Tabla 26. Caracterización de colectivos vulnerables con propensión a ideación o intento de suicidio	127
Tabla 27. Perfiles de niños/as y adolescentes con conducta suicida	128
Tabla 28. Factores de Riesgo o Protección que influyen en la conducta suicida de un niño/a o adolescente	129
Gráfico 1. Las cuatro causas principales de muerte a nivel mundial de jóvenes entre 15 y 29 años, según género. Año 2019 (nº absolutos)	23
Gráfico 2. Tasas de variación del suicidio de niños/as y jóvenes en el mundo según regiones y grupos de edad. 2015-2019	24
Gráfico 3. Tasas de variación 2015-2019 de suicidios de menores de 15 años en el mundo según regiones y género (%)	25
Gráfico 4. Tasas de variación 2015-2019 de suicidio de jóvenes entre 15 y 29 años en el mundo según regiones y género (%)	25
Gráfico 5. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes menores de 19 años en España, por grupo de edad. Años 2015-2020 (%)	28
Gráfico 6. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes menores de 19 años en España por grupo de edad y sexo. Años 2015-2020 (%)	29
Gráfico 7. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes de menores de 29 años en España por grupo de edad, género y nacionalidad. Años 2015-2020 (%)	30
Gráfico 8. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes de menores de 15 años, según tamaño del lugar de residencia. Años 2015-2020 (%)	30
Gráfico 9. Evolución de la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en jóvenes entre 15 y 29 años, según tamaño del lugar de residencia. Años 2015-2020 (%)	31
Gráfico 10. Evolución del número de consultas de orientación especial atendidas por ideación y/o intento de suicidio. Años 2012-2022	47
Gráfico 11. Evolución del número de casos atendidos por ideación y/o intento de suicidio. Años 2012-2022	48
Gráfico 12. Evolución del número de casos atendidos por ideación suicida e intento de suicidio. Años 2012-2022	48
Gráfico 13. Evolución de los casos con ideación e intento de suicidio. Tasa de variación interanual 2019-2022 (%)	50
Gráfico 14. Procedencia de las consultas sobre conducta suicida realizadas a través del Teléfono/Chat ANAR. Años 2019-2022 (%)	53
Gráfico 15. Evolución de la vía de llamada de casos con ideación e intento de suicidio. Tasa de variación interanual 2019-2022	53

Gráfico 16. Parentesco con el niño/a o adolescente, del adulto/a que realiza la llamada. Evolución 2019-2022 (%)	54
Gráficos 17 y 18. Relación del/la llamante con el niño/a o adolescente con conducta suicida. Evolución 2019-2022 (%)	54
Gráfico 19. Género de los niños/as o adolescentes con conducta suicida. Años 2019-2022 (%)	55
Gráfico 20. Llamadas recibidas de niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio. Índice de feminidad. Evolución 2019-2022 (%)	56
Gráfico 21. Género del niño/a o adolescentes con ideación suicida. Evolución 2019-2022 (%)	56
Gráfico 22. Género del niño/a o adolescentes con intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)	57
Gráficos 23 y 24. Género del niño/a o adolescentes con ideación suicida o intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)	58
Gráfico 25. Edad más frecuente de los niños/as o adolescentes con conducta suicida. Periodo 2019-2022	58
Gráfico 26. Grupo de edad de niños/as o adolescentes con conducta suicida. Evolución 2019-2022 (%)	60
Gráfico 27. Grupo de edad de niños/as o adolescentes con ideación suicida. Evolución 2019-2022 (%)	61
Gráfico 28. Grupo de edad de niños/as o adolescentes con intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)	61
Gráfico 29. Rendimiento escolar del niño/a o adolescente con ideación suicida 2019-2022 (%)	65
Gráfico 30. Nivel de satisfacción escolar del niño/a o adolescente con ideación o intento de suicidio 2019-2022 (%)	66
Gráfico 31. Con quien vive el niño/a o adolescente con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)	67
Gráfico 32. Familia monoparental de niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Años 2019-2022 (%)	68
Gráfico 33. Número de hermanos/as y lugar que ocupan entre ellos/as los niños/as o adolescente con conducta suicida (%)	71
Gráfico 34. Familia migrante de niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio. Años 2019-2022 (%)	71
Gráfico 35. Grado de urgencia y gravedad del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)	73
Gráfico 36. Valoración de la gravedad del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)	74
Gráfico 37. Valoración de la urgencia del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)	74
Gráfico 38. Duración y frecuencia del problema detectado en niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)	75
Gráfico 39. Problema asociado en niños/as o adolescentes con conducta suicida. Periodo 2019-2022 (%)	77
Gráfico 40. Problemas psicológicos asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)	82

Gráfico 41. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)	83
Gráfico 42. Principales problemas asociados con niños/as o adolescentes con ideación suicida o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)	83
Gráfico 43. Problemas asociados a la ideación suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)	84
Gráfico 44. Problemas asociados al intento de suicidio de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)	84
Gráfico 45. Tratamiento psicológico en niños/as o adolescente con conducta suicida (ideación o intento). Evolución 2019-2022 (%)	86
Gráfico 46. Implicación de las tecnologías en el problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio. Periodo 2019-2022 (%)	89
Gráfico 47. Implicación de las tecnologías en niños/as o adolescente con ideación suicida. Evolución 2019-2022 (%)	89
Gráfico 48. Implicación de las tecnologías en niños/as o adolescente con intento de suicidio. Evolución 2019-2022 (%)	90
Gráfico 49. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as menores de 10 años. Período 2019-2022 (%)	92
Gráfico 50. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes con discapacidad. Período 2019-2022 (%)	93
Gráfico 51. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes de familias migrantes. Período 2019-2022 (%)	95
Gráfico 52. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes LGTBI. Período 2019-2022 (%)	96
Gráfico 53. Resolución del problema detectado en niños/as o adolescente con ideación o intento de suicidio (%)	109
Gráfico 54. Evolución del número de casos atendidos por ideación suicida e intento de suicidio. Años 2012-2022	120
Gráfico 55. Problemas asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)	123
Gráfico 56. Problemas psicológicos asociados a la conducta suicida de niños/as o adolescentes. Periodo 2019-2022 (%)	125
Ilustración 1. Mapa de tasa de suicidios en Europa de adolescentes menores de 15 años. Año 2019.	27
Ilustración 2. Mapa de suicidio en Europa de adolescentes entre 15 y 19 años. Año 2019.	27
Ilustración 3. Modelo teórico de la relación entre soledad, adicción a Internet e ideaciones suicidas.	41
Ilustración 4. Modelo final de efectos directos e indirectos de la victimización por ciberbullying en la ideación suicida.	42
Ilustración 5. Red estimada de conducta suicida y factores de riesgo y protección	46
Ilustración 6. ACM, medidas discriminantes	98
Ilustración 7. Factores de riesgo y protección de la ideación o intento de suicidio en niños/as o adolescentes	108



Referencias Bibliográficas

- Allen, B., y Waterman, H. (2021). *Etapas de la adolescencia*. HealthyChildren.org. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- Ballesteros, B., Díaz, D., Bayona, C., Delgado, M., Iriondo, I., Bartolomé, S., Calderón, D., Domínguez, G., Lumbreras, M., Mata, L., Méndez, J., Morán, R., Pasquín, M., Reguera, B., Saiz, E., Sánchez, L., Sánchez, M., Toledano, E., y Valladares, M. (2020). *Abuso sexual en la infancia y la adolescencia según sus afectados y su evolución en España (2008-2019)*. Fundación ANAR.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., y Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Blood, R. W., y Pirkis, J. (2001). Suicide and the media. Part III: Theoretical issues. *Crisis*, 22(4), 163-169. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.4.163>
- Boaden, K., Tomlinson, A., Cortese, S., y Cipriani, A. (2020). Antidepressants in Children and Adolescents: Meta-Review of Efficacy, Tolerability and Suicidality in Acute Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00717>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97-113. <https://doi.org/10.1177/1468794106058877>
- CAC. (2017). *Anàlisi de la presència a internet de continguts de risc en relació amb la mort per suïcidi*. Consell de l'Audiovisual de Catalunya.
- Cañón Buitrago, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina*, 11(1), 97-113.
- Castillejos, M. C., Huertas-Maestre, P., Marín, P., y Moreno-Küstner, B. (2021). Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 810-828. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>
- Christine, M. (2021). *Conducta suicida—Trastornos de la salud mental*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

- CIS. (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la Covid-19* (Encuesta Estudio nº 3312). Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Encuesta-salud-mental-covid19-cis-avance-resultados.pdf>
- Cyrulnik, B. (2014). *Cuando un niño se da muerte*. GEDISA.
- Dagnino, J. (2008). Riesgo relativo y (razón de ventajas). *Bioestadísticas y Epidemiología*, 43(4), 317-321.
- Díaz de Neira Hernando, M. (2012). *Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/661735/diaz_de_neira_monica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dorol-Beauroy-Eustache, O., y Mishara, B. L. (2021). Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. *Preventive Medicine*, 152, 106684. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106684>
- Elia, J. (2021). *Comportamiento suicida en niños y adolescentes—Salud infantil*. Manual MSD versión para público general. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/comportamiento-suicida-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>
- Espinoza-Gómez, Francisco; Zepeda-Pamplona, Víctor; Bautista-Hernández, Víctor; Hernández-Suárez, Carlos Moisés; Newton-Sánchez, Oscar Alberto; Plasencia-García, Guadalupe R. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes *Salud Pública de México*, vol. 52, núm. 3, mayo-junio, 2010, pp. 213-219. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México
- Eurostat. (2022, septiembre 30). *Cause of death -crude death rate by NUTS 2 region of residence*. Eurostat Data Browser. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_CD_ACDR2__custom_3355259/default/map?lang=en
- Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A., y Debbané, M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1784. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031784>
- Forni, P., y De Grande, P. (2019). Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Revista mexicana de sociología*, 82(1), 159-189. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.1.58064>
- FSME. (2019). *Suicidios España 2018* [Fundación Española para la Prevención del Suicidio]. Observatorio del Suicidio en España 2018. <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>
- Fundacion ANAR. (2021). *Informe del Teléfono/Chat ANAR 2021*. Fundación ANAR.
- García Bas, P. (2022). *¿Por qué es necesario el enfoque de género en la prevención del suicidio?* | Nara. Nora Psicología. <https://narapsicologia.es/publicaciones/por-que-es-necesario-el-enfoque-de-genero-en-la-prevencion-del-suicidio/>

- Gómez-Tabares, A. S. (2021). Perspectivas de investigación sobre el comportamiento suicida y factores de riesgo en la niñez y la adolescencia. *Psicología desde el Caribe*, 38(3), 408-451.
- Guerra Cid, L. R. (2018). *Palos en las ruedas: Una perspectiva relacional y social sobre por qué el trauma nos impide avanzar* (1ª ed). Octaedro.
- Have, M. ten, de Graaf, R., van Dorsselaer, S., Verdurmen, J., van't Land, H., Vollebergh, W., y Beekman, A. (2009). Incidence and Course of Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the General Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 824-833. <https://doi.org/10.1177/070674370905401205>
- Hernández-Bello, L., Hueso-Montoro, C., Gómez-Urquiza, J. L., y Cogollo-Milanés. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: Revisión sistemática. *Rev. Esp. Salud Pública*, 94, 1-15.
- Herrera Ramírez, R., Ures Villar, M. B., y Martínez Jambrina, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123-134. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
- Hink, A. B., Killings, X., Bhatt, A., Ridings, L. E., y Andrews, A. L. (2022). Adolescent Suicide—Understanding Unique Risks and Opportunities for Trauma Centers to Recognize, Intervene, and Prevent a Leading Cause of Death. *Current Trauma Reports*, 8(2), 41-53. <https://doi.org/10.1007/s40719-022-00223-7>
- Humanium. (2022). *Suicidio infantil: Un fenómeno complejo y difícil de explicar*. Humanium. <https://www.humanium.org/es/enfoques-tematicos/salud/suicidio-infantil/>
- INE. (2020). *Estadística de defunciones según la causa de muerte (2015-2020)*. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_Cycid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736194710
- Iranzo, B., Buelga, S., Cava, M.-J., y Ortega-Barón, J. (2019). Cyberbullying, psychosocial adjustment, and suicidal ideation in adolescence. *Psychosocial Intervention*, 28(2), 75-81. <https://doi.org/10.5093/pi2019a5>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Pub. L. No. Ley Orgánica 3/2018, BOE-A-2018-16673 119788 (2018). <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3>
- Keefner, T. P., y Stenvig, T. (2020). Rethinking Suicide Risk With a New Generation of Suicide Theories. *Research and Theory for Nursing Practice*, 34(4), 389-408. <https://doi.org/10.1891/RTNP-D-19-00128>
- Khatcherian, E., Zullino, D., De Leo, D., y Achab, S. (2022). Feelings of Loneliness: Understanding the Risk of Suicidal Ideation in Adolescents with Internet Addiction. A Theoretical Model to Answer to a Systematic Literature Review, without Results. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2012. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042012>
- Klonsky, E. D., y May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>

- Ledesma, R. D. (2008). *Software de Análisis de Correspondencias Múltiples: Una revisión comparativa*. 10. https://www.researchgate.net/publication/277247073_Software_de_Analisis_de_Correspondencias_Multiples_Una_revision_comparativa
- López Vega, D. J., de Quesada Herrero, M., Morell García, X., Martínez Vallier, C., Córdoba Santos, G., Tornero Pardo, D., Sánchez Alegre, C., y Serra Olives, N. (2022). *Guía de recomendaciones para comunicar sobre el suicidio*. (En mis zapatos). Papageno, La Niña Amarilla y AFASIB. <https://copcantabria.es/wp-content/uploads/2022/10/GUIA-DE-RECOMENDACIONES-PARA-COMUNICAR-SOBRE-EL-SUICIDIO.pdf>
- Martín-del-Campo, A., González, C., y Bustamante, J. (2013). El suicidio en adolescentes. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 76(4), 200-209.
- Martínez, L. F. L. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de Salud Mental*, 17(63), 25-36.
- Martinic Valencia, S. (2006). El estudio de las representaciones y el análisis estructural del discurso. En M. Canales, *Metodologías de Investigación Social. Introducción a los oficios* (pp. 299-319). LOM.
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: Aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*, 29(2), 203-224. <https://doi.org/10.18800/psico.201102.001>
- Niederkrötenhaler, T., Fu, K., Yip, P. S. F., Fong, D. Y. T., Stack, S., Cheng, Q., y Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 1037-1042. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200707>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., Girolamo, G. de, Gluzman, S., Graaf, R. de, Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- O'Connor, R. C., y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- OMS. (2000). *Prevención del Suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.apmadrid.es/wp-content/uploads/2019/03/Preveni%C3%B3n-suicidio.instrumento-medios-de-comunicaci%C3%B3n.pdf>
- OMS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Consecuencias para la salud* (WHO/RHR/12.43). Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98862>
- OMS. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
- OMS. (2019). *Estimaciones de salud mundial: Principales causas de muerte*. Observatorio de La Salud Mundial. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghel-leading-causes-of-death>

- OMS. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
- Ordóñez Carrasco, J. (2021). *Ideación suicida: Conceptualización y aspectos de la medida* (p. 1) [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad de Almería]. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=PrORmVdrOj8%3D>
- Ortín Peralta, A. (2015). Risk factors for suicidal behavior in adolescence: The role of suicidal ideation [Ph.D. Thesis, Universitat Autònoma de Barcelona]. En *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/310416>
- Paricio del Castillo, R., y Pando Velasco, M. F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: Cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), Art. 2. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
- Parra Olivares, J. (1996). Modelo de análisis de correspondencias múltiples. *Revista de Ciencias Sociales*, 183-196.
- Peñas, E. (2021). *Cuando la salud mental acaba con la infancia*. *Ethic*. <https://ethic.es/2021/10/cuando-la-salud-mental-acaba-con-la-infancia/>
- Pirkis, J., y Blood, R. W. (2001). Suicide and the Media. *Crisis*, 22(4), 146-154. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.4.146>
- Rocamora, A. (2017). *Cuando nada tiene sentido: Reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia*. Desclee de Brouwer.
- Rocamora, A. (2022). *Las tres caras de la conducta suicida*. RedAIPIS-FAeDS. <https://www.redaipis.org/las-tres-caras-de-la-conducta-suicida-alejandro-rocamora>
- Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores Protectores Que Promueven La Resiliencia Ante El Suicidio en Adolescentes y Jóvenes. *Papeles Del Psicologo*. https://www.academia.edu/30889946/Factores_Protectores_Que_Promueven_La_Resiliencia_Ante_El_Suicidio_en_Adolescentes_y_J%C3%B3venes
- Siguán, M. (2003). *Inmigración y adolescencia: Los retos de la interculturalidad*. Paidós.
- Soler, A. M., Sánchez, L. M., Monseny, A. M., Maza, V. T. S. de la, González, M. D. P., Cabeza, F. V., y Cubells, C. L. (2016). Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*, 85(1), 13-17.
- Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Roca, M., y Alonso, J. (2019). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behaviour in young people: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(1), 5-19. <https://doi.org/10.1111/acps.13036>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., y Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Varela-Besteiro, O., Serrano-Troncoso, E., Rodríguez-Vicente, V., Curet-Santisteban, M., Conangla-Roselló, G., Cecilia-Costa, R., Carulla-Roig, M., Matalí-Costa, J. L., y Dolz-Abadia,

M. (2017). Ideación suicida y conductas autolesivas en adolescentes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(4), 157-166.

Zayas, L. H., Lester, R. J., Cabassa, L. J., y Fortuna, L. R. (2005). Why Do So Many Latina Teens Attempt Suicide? A Conceptual Model for Research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 275-287. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.275>

