

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN DE LA FUNDACIÓN ANAR

ESTUDIO ANAR:
CONDUCTA SUICIDA Y SALUD MENTAL
EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
EN ESPAÑA (2012-2022),
SEGÚN SU TESTIMONIO

* Puede acceder al estudio completo en la web: www.anar.org

QUIÉNES SOMOS

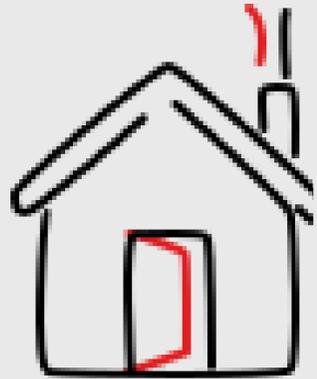
La Fundación ANAR, **organización sin ánimo de lucro**, nace en 1970. Desde entonces se dedica a la **promoción y defensa de los derechos de los niños/as y adolescentes en situación de riesgo** de sufrir cualquier tipo de violencia o situación de su vida que les afecte poniendo en riesgo su seguridad y siempre que se vulneren sus derechos. Nuestra **visión** es la de un mundo en el que esos niños/as y adolescentes tengan plenamente protegidos sus derechos.

52 años de Fundación ANAR. Nuestra Historia



QUÉ HACEMOS

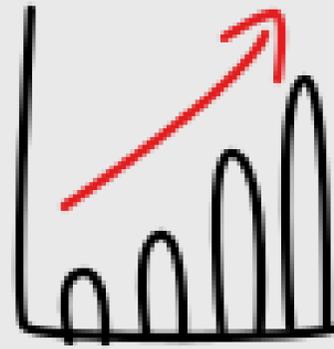
Programas **ANAR**



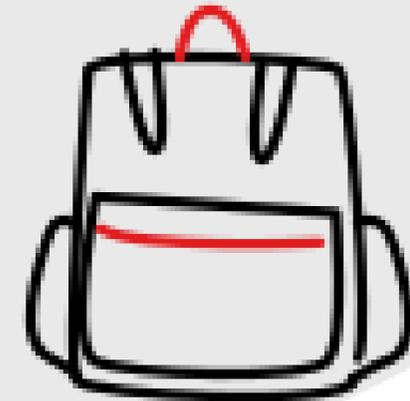
**Hogares de
Acogida**



**Líneas de
Ayuda**



**Centro de
Estudios e
Investigación**



**Colegios e
Institutos**

QUÉ HACEMOS

Líneas de Ayuda ANAR



Teléfono/Chat ANAR de Ayuda a Niños/as y Adolescentes

900 20 20 10



116 111



Teléfono/Chat ANAR para casos de Niños, Niñas y Adolescentes Desaparecidos

116 000



Teléfono/Chat ANAR de la Familia y los Centros Escolares

600 50 51 52



Teléfono/Chat ANAR de Violencia de Género en Menores de Edad

900 20 20 10

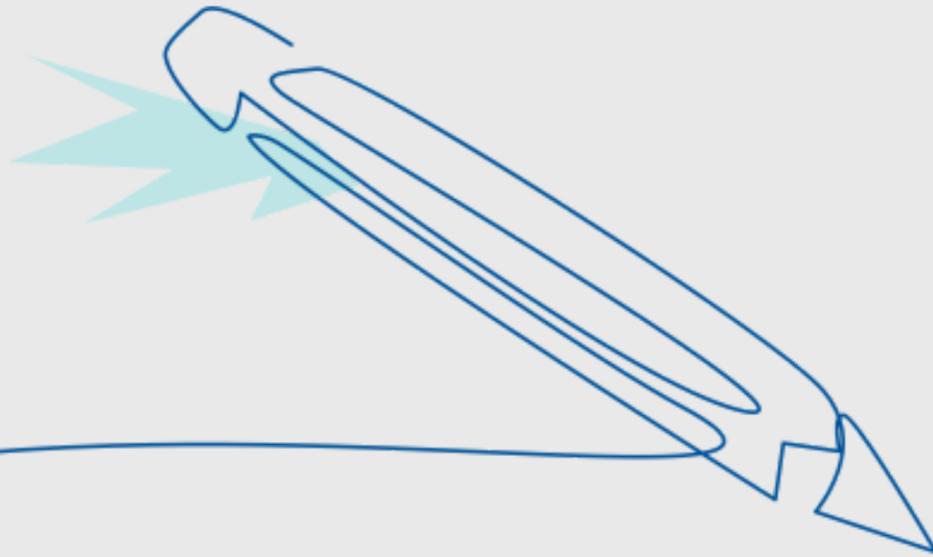


Teléfono/Chat ANAR del Acoso Escolar

900 018 018



CONDUCTA SUICIDA Y SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ESPAÑA (2012-2022), SEGÚN SU TESTIMONIO



**ESTUDIO BASADO EN LA VOZ DE LOS NIÑOS/AS
Y ADOLESCENTES AFECTADOS/AS**

Objetivos y alcance

- **OBJETIVO:** 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.
- **ALCANCE**
 - Ámbito **estatal**
 - Estudio longitudinal: **enero 2012 - agosto 2022**
 - Universo: **9.637** casos de niños/as y adolescentes con conducta suicida de la BBDD, ayudados/as por el Teléfono/Chat ANAR.
 - Han sido analizados un total de **589.255** **peticiones de ayuda** relacionadas con conducta suicida, necesarias para atender todos los casos.



DEFINICIÓN: 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.

• **IDEACIÓN SUICIDA**

• **INTENTO DE SUICIDIO**

METODOLOGÍA

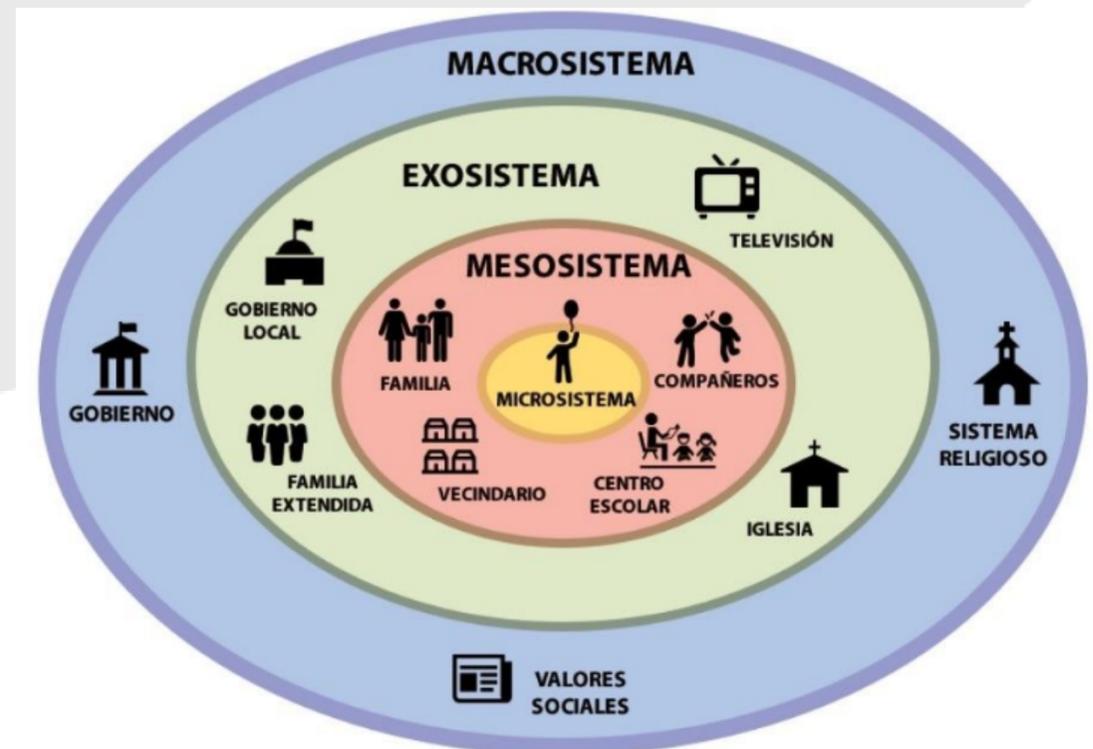
- **Metodología mixta:** combinando técnicas de recogida y análisis de datos cualitativos y cuantitativos, para poder obtener un conocimiento del fenómeno más profundo y holístico.

- **Enfoque:** Modelo Ecológico, para analizar la conducta suicida como un fenómeno complejo y sujeto a la interacción de múltiples factores (biológicos, sociales, culturales, económicos, entre otros).

• FASES Y TRABAJOS



• IMAGEN. MODELO ECOLÓGICO



METODOLOGÍA

• **Análisis cuantitativo:**

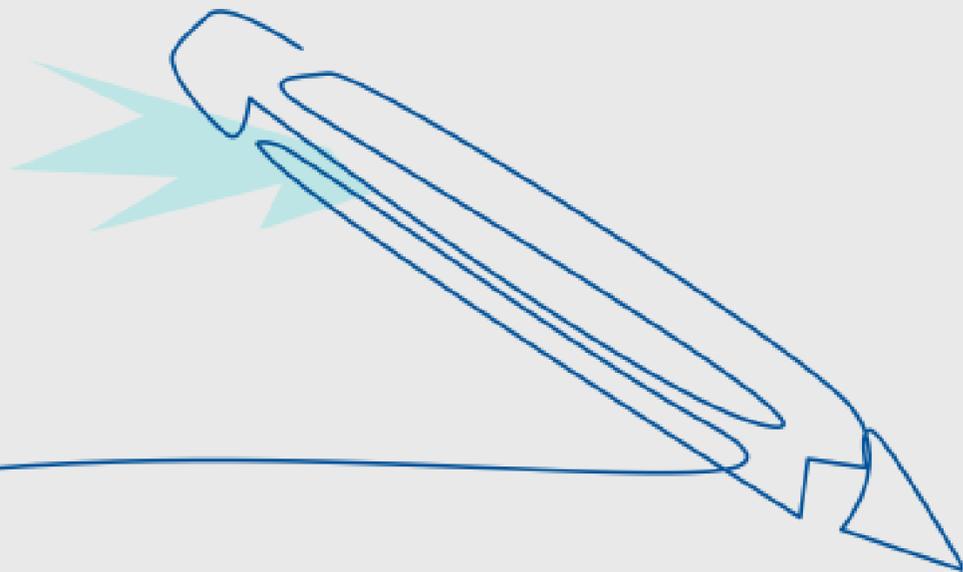
- **Descriptivo, relacional y factorial**, los datos se han obtenido a partir de las consultas que los niños/as, adolescentes y personas de su entorno han realizado a través de las Líneas de Ayuda ANAR.
- **Se estudia la totalidad del universo**: niños/as, adolescentes y personas adultas de su entorno que han utilizado las distintas Líneas de Ayuda ANAR por motivos de conducta suicida.
- **Doble temporalidad**:
 - **2012-2022**: 19.242 consultas que han requerido de orientación especial. **9.637 casos**.
 - **2019-2022**: 11.237 consultas que han requerido de orientación especial. **6.137 casos**
- **Análisis de datos obtenidos de fuentes secundarias** internacionales y nacionales (OMS, Eurostat, INE)

• **Análisis cualitativo:**

- **Análisis discursivo de una muestra de casos (134)**, para explorar las vivencias de los niños/as y adolescentes que tienen una conducta suicida.
 - **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).
 - **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 menores de edad y sus familias. Se utilizan nombres ficticios en los testimonios recogidos.
 - **Realización de un Grupo de discusión** con profesionales, de distintas disciplinas, expertos/as en conducta suicida en infancia y adolescencia.



PRINCIPALES RESULTADOS DEL ESTUDIO



EL SUICIDIO COMO SÍNTOMA DE OTROS PROBLEMAS



El suicidio es el Síntoma de otros problemas:

Desde las Líneas de Ayuda ANAR sabemos que los/as adolescentes no cuentan directamente su ideación suicida o problemática más grave, sino que **comienzan a hablar de sus preocupaciones diarias** y de su sufrimiento y detrás de su conducta suicida se encuentran situaciones de muy diversa índole como violencia o problemas de salud mental. La ideación de suicidio es el síntoma de todas sus problemáticas que hay que saber resolver. Es por ello que, para la atención de las llamadas de niños, niñas y adolescentes con pensamientos, ideaciones, riesgo de conductas suicida e incluso con el plan de suicidio iniciado, **no solo se requiere formación especializada en el manejo de situaciones de riesgo o ideación suicida sino también en relación a las distintas problemáticas que puedan afectarles.**

2. No es lo mismo ayudar a un/a menor de edad que a un adulto/a:

La población infanto-juvenil debe recibir atención por parte de profesionales especializados en infancia, que tengan en cuenta las especiales características que se tiene que prestar en este grupo de edad por su momento de desarrollo evolutivo. En la etapa adolescente, la ideación, los intentos de suicidio y las autolesiones son fenómenos que hablan de la incapacidad de los/as adolescentes para resolver sus inquietudes. Sin saber que el suicidio no aporta soluciones, detrás suele haber un esquema de pensamiento irracional/disfuncional que hay que poder abordar con profesionales ya que poseen características claramente diferenciadas tanto a nivel psicológico, como desde un punto de vista legal, como los recursos sociales existentes para dar apoyo.

3. Fundación ANAR realiza este trabajo desde hace 28 años:

Tiene firmado Convenios de Colaboración con 5 Ministerios y protocolos con Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para poder actuar ante situaciones de riesgo. Con los máximos estándares de calidad nacionales e internacionales, y en función de la valoración del caso, se coordina las 24 horas con los organismos competentes a nivel nacional (112, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, etc.). **Tan sólo entre 2019 y 2022, se han realizado 6.970 derivaciones y 939 intervenciones en casos de conducta suicida.**

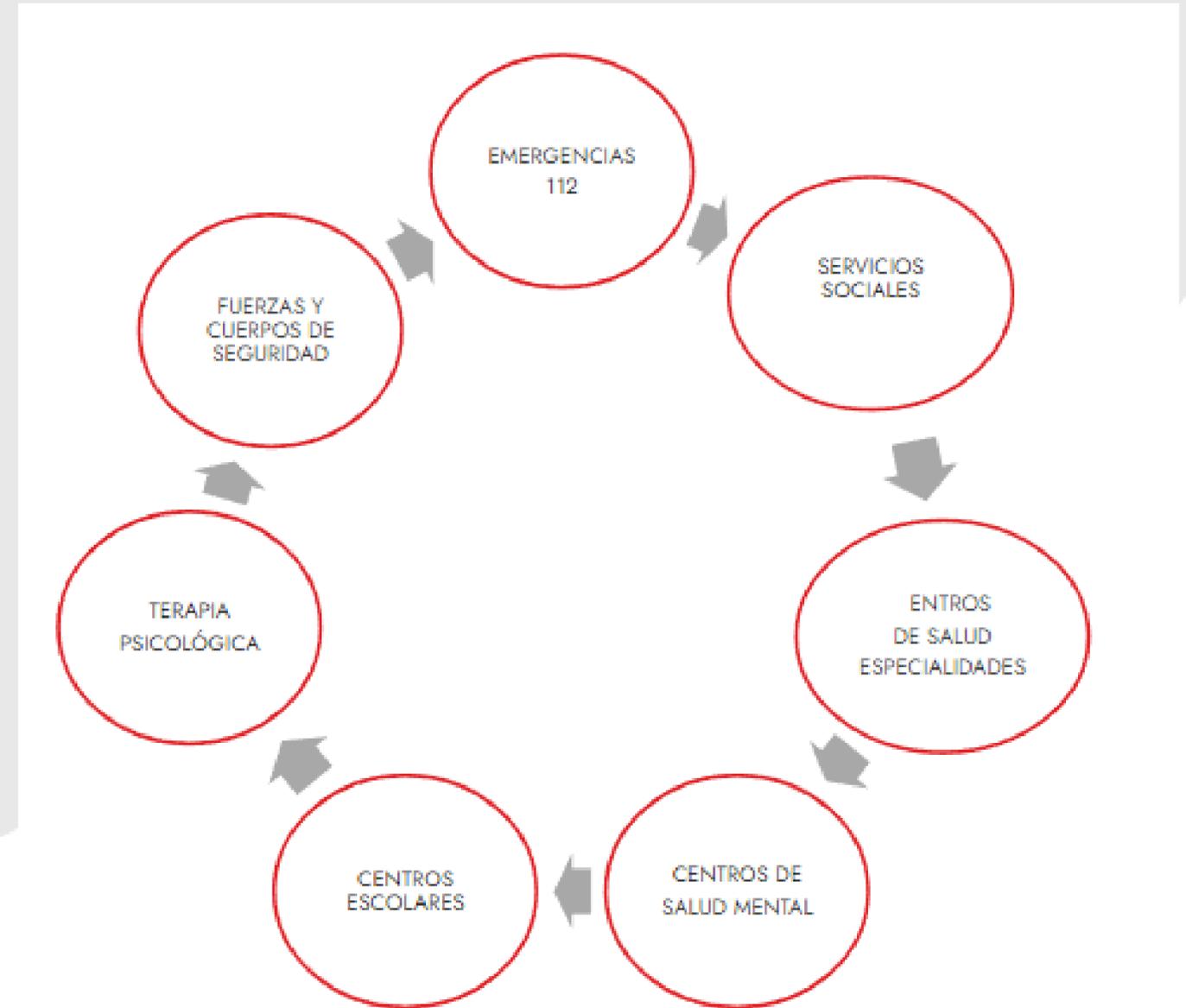
EL SUICIDIO COMO SÍNTOMA DE OTROS PROBLEMAS

4. Gracias a la pericia y formación de nuestro equipo de psicólogos/as expertos/as en infancia (de 400 horas) apoyados por abogados/as y trabajadores/as sociales:

Los/as menores de edad se atreven a verbalizar sus pensamientos relacionados con el suicidio, y sus mecanismos nocivos de huida y escape como el suicidio o fugas. **El/la adolescente puede presentar planteamientos extremos e irracionales** como solución drástica a sus problemas, que el psicólogo/a de ANAR abordará, adaptando la información a su comprensión y evaluando sus recursos personales y familiares.

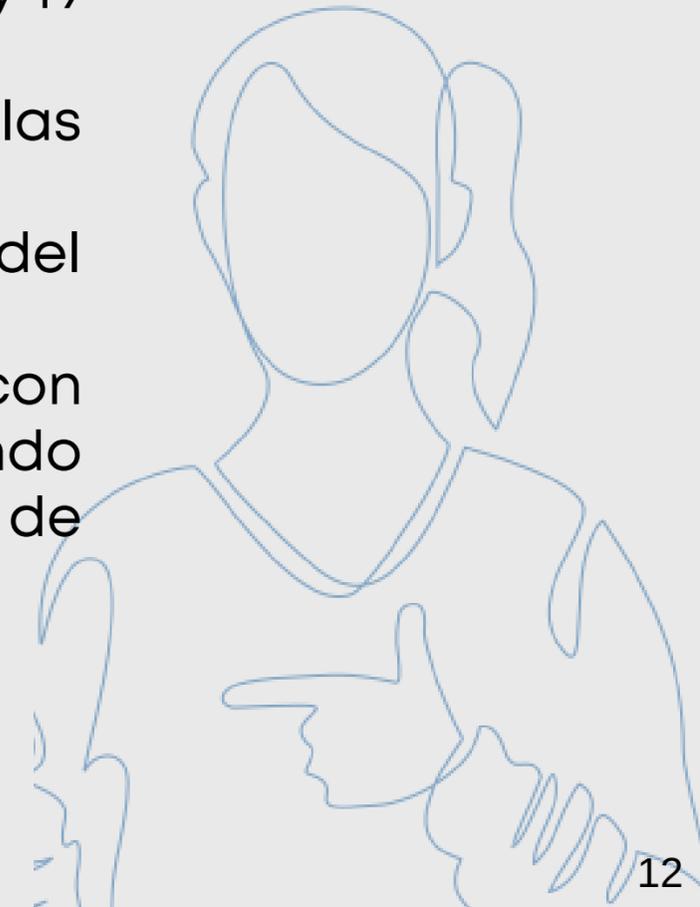
5. Cuando desde las Líneas de Ayuda de ANAR se valora que el/la adolescente se encuentra en una situación de riesgo o emergencia, por intento de suicidio ya iniciado, el desafío de nuestro equipo de psicólogos/as poder actuar inmediatamente.

Después de la Emergencia hay que dar una continuidad a esos casos dando traslado a los organismos ya que el problema que ha motivado ese intento de suicidio sigue ahí. Fundación ANAR cuenta con una guía de Recursos de Infancia y Adolescencia, con más de 17 mil recursos de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas de España.



PRINCIPALES RESULTADOS

- **Epidemiología del suicidio en niños/as y adolescentes, según fuentes secundarias**
 - **OMS (2019)**: cuarta causa de muerte entre 15 y 29 años en el mundo. 10.196 en niños/as menores de 15 años y 157.751 en jóvenes entre 15 y 29 años.
 - **Eurostat (2019)**: España ocupa el lugar 25 en el ranking de suicidios de jóvenes entre 15 y 19 años y el 20 en menores de 15 años.
 - **INE (2020)**: 314 suicidios, 14 de niños/as menores de 15 años y 300 de jóvenes entre 15 y 19 años.
 - Los varones presentan sistemáticamente tasas de suicidio más altas que las mujeres.
 - 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.
 - **Fundación ANAR (2021)**: sólo en 2021 atendió 2.709 casos de menores de edad con conducta suicida, de los cuales 748 en el momento de la llamada estaban intentando terminar con su vida, evitando así que se incrementara sustancialmente el número de suicidios consumados en la infancia y adolescencia.



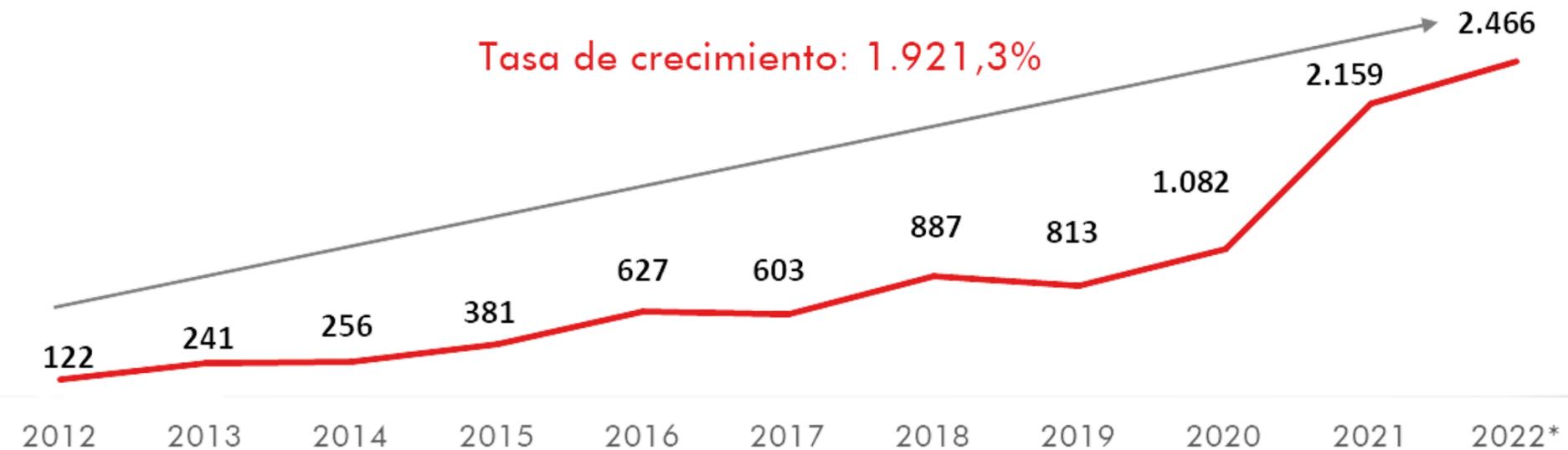
IMPORTANTE CRECIMIENTO:

Desde enero 2012 hasta agosto 2022, el número de casos atendidos por ANAR de conducta suicida (ideación e intento) **se ha incrementado 1.921,3%.**

Número de casos con conducta suicida atendidos: **9.637, de los cuales 3.097 habían iniciado el intento de suicidio.**

Número de consultas que han requerido de una orientación especial (psicológica y/o social y/o jurídica): **19.242. (+1.271,5% en este periodo).**

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



IMPORTANTE CRECIMIENTO:

Las ideaciones suicidas se han multiplicado por **23,7%** y los intentos de suicidio por un **25,9%**.

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%**).

Crecimiento sustancial de las ideaciones suicidas (**146,8%**) y de los intentos de suicidio (**207,1%**), tras la pandemia COVID-19 (2020-2022).

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



FINALIDAD Y MÉTODO UTILIZADO:

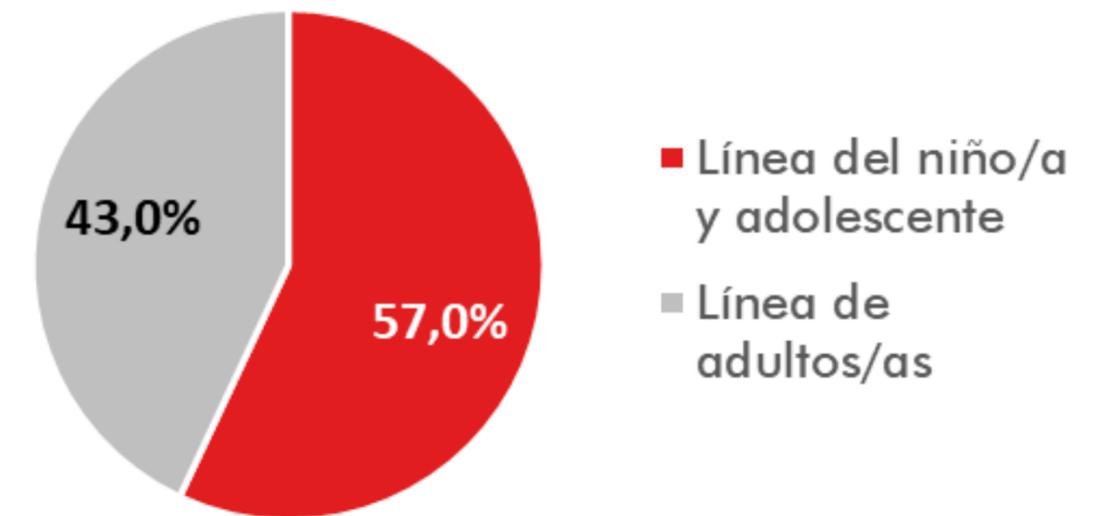
Este dato se ha omitido en esta presentación para evitar su publicación por parte de los medios de comunicación, tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).



PERFIL DE LAS LLAMADAS: ¿Quién nos pide ayuda?

- El **57%** de las llamadas han sido realizadas por los **niños/as o adolescentes** y, además, en los últimos años se han incrementado.
- Han crecido las llamadas de “**no familiares**”, tales como un amigo/a o conocido/a (**45,3%**) o un/a 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%**). En el **71,2%** es la madre.

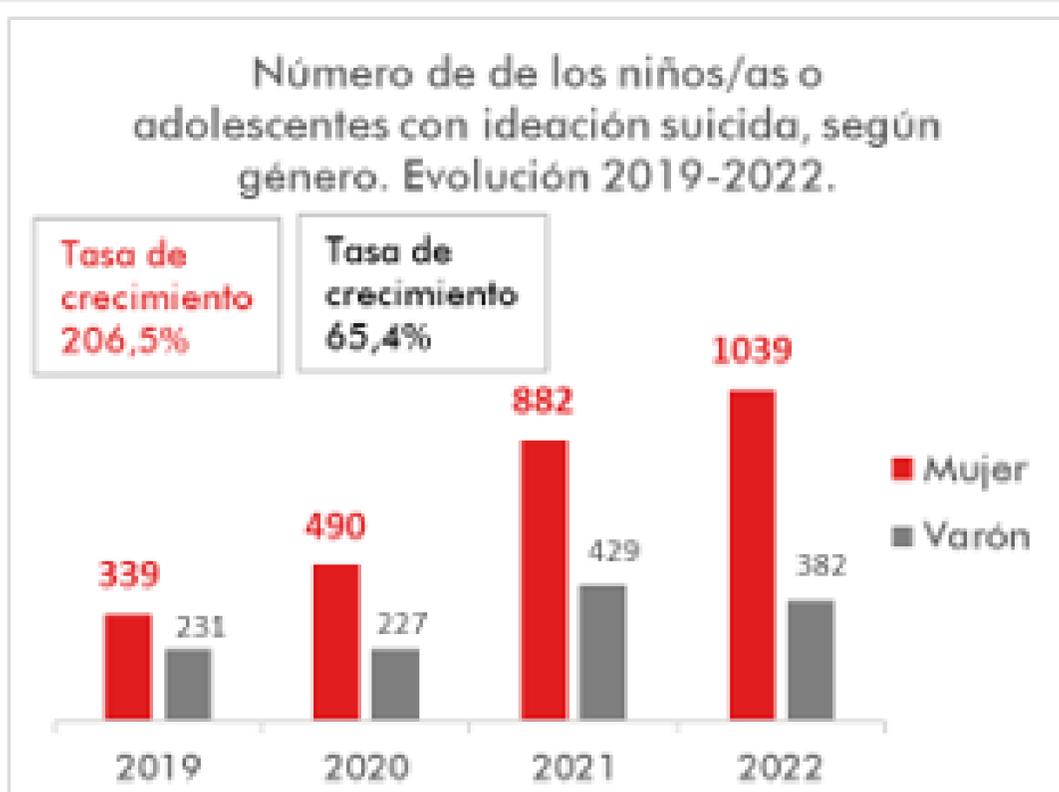
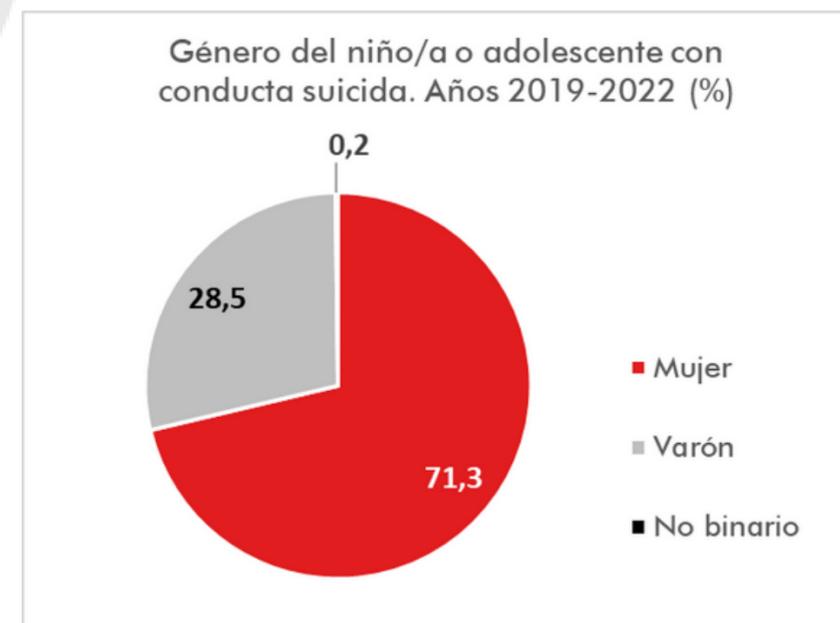
Procedencia de las consultas sobre conducta suicida realizadas a través del Teléfono/Chat ANAR. Años 2019-2022 (%)



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE CON CONDUCTA SUICIDA

GÉNERO:

- **Mujeres o respecto a mujeres (71,3%)**. Además, se ha apreciado una tendencia creciente en el periodo 2019-2022 (**ideación 206,5% e intento 270%**).
- Los **varones** se suicidan más (INE) y solicitan ayuda en menor medida que las mujeres.



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE CON CONDUCTA SUICIDA



EDAD:

15 años de media (14 en ideación suicida) en el intervalo de edad de **13 a 17 años**, que se ha incrementado en los últimos años, pasando de **594 casos en 2019 a 1.940 en 2022**.

NIVEL DE ESTUDIOS:

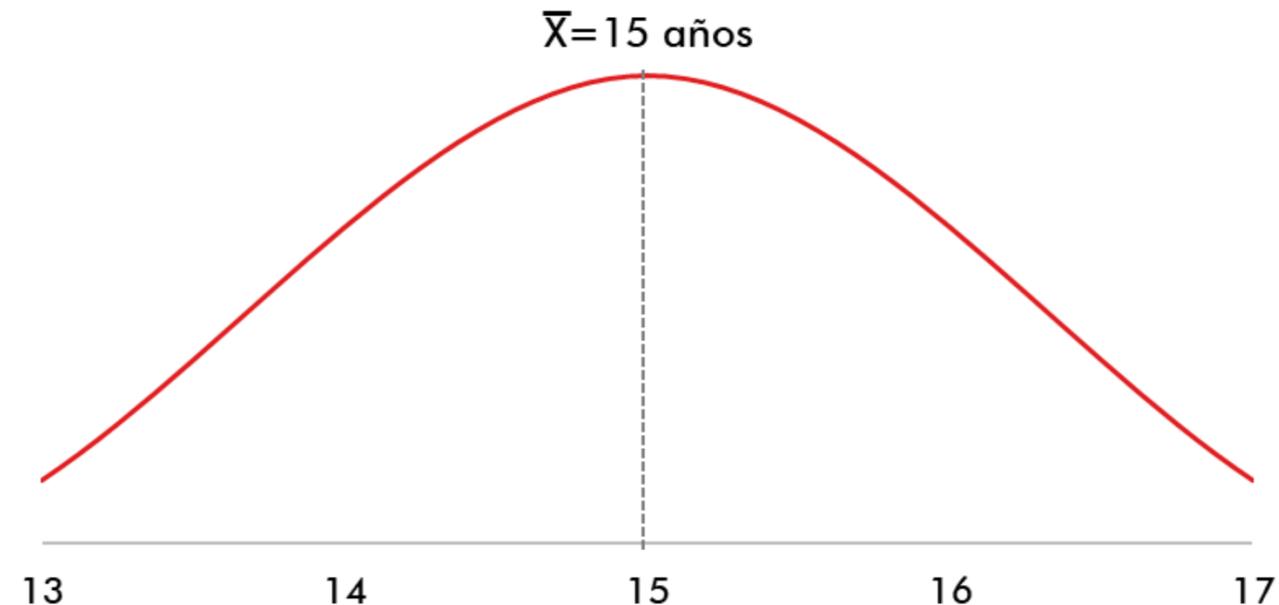
Alumnos/as de **Educación Secundaria (62,6%)**. Un 14,8% son alumnos/as de Educación primaria y un 13,9% de Bachillerato.

RENDIMIENTO Y SATISFACCIÓN ESCOLAR:

“bajo” (56,1% rendimiento y 66,7% satisfacción escolar), y ha experimentado un crecimiento desde 2020 a 2022.

No obstante, destaca que entre los **menores de 10** años su rendimiento y satisfacción escolar es **“alto”**.

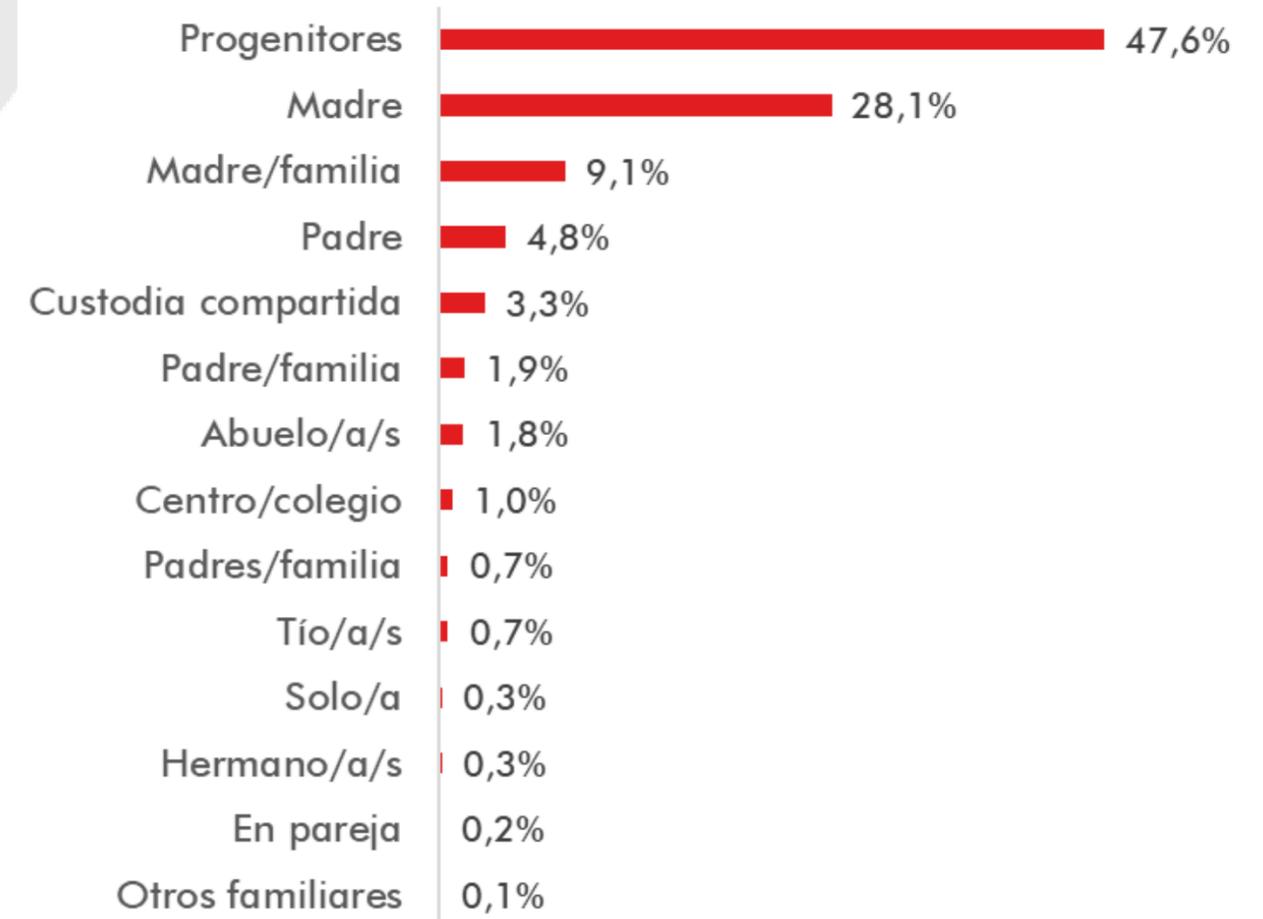
Edad más frecuente de los niños/as y adolescentes con conducta suicida. Periodo 2019-2022.



TIPO DE FAMILIA:

- El **98,4%** vive con algún familiar, 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.
- Las consultas de niños/as o adolescentes de **familias migrantes** han ido aumentando en el período 2019 (**24,7%**) a 2022 (**40,9%**).

Con quien vive el niño/a o adolescente con ideación o intento de suicidio (%)



CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS QUE GENERA LA CONDUCTA SUICIDA

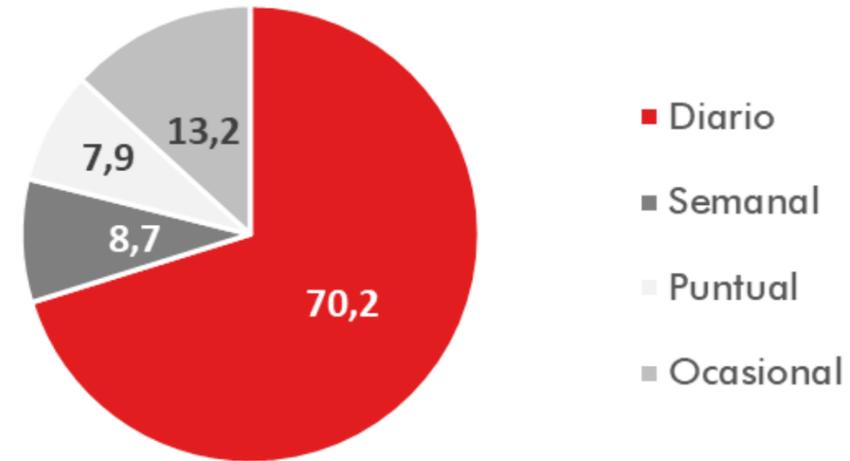
- **FRECUENCIA Y DURACIÓN:**

- Frecuencia **DIARIA** (70,2%)
- Duración **MÁS DE UN AÑO** (68,4%)

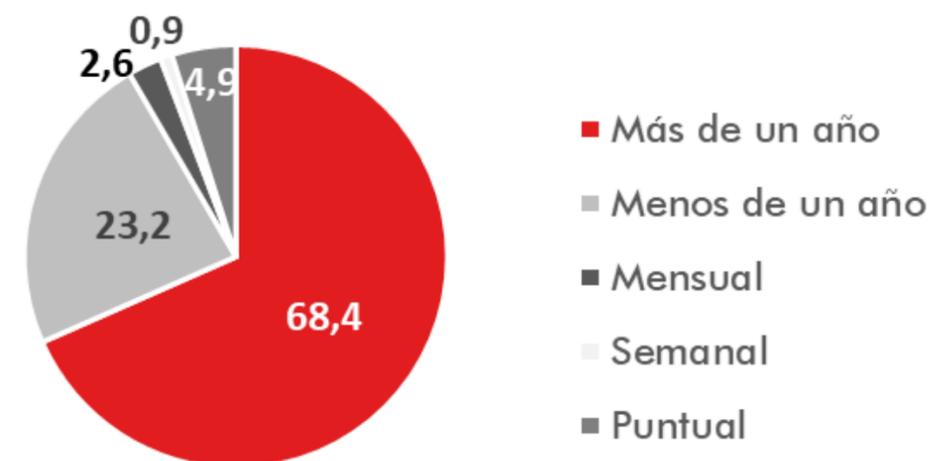
- **GRAVEDAD Y URGENCIA:**

- Gravedad **ALTA** (86,2%)
- Urgencia **ALTA** (72,6%)

Frecuencia del problema detectado en niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio (%). (n=5.287)



Duración del problema detectado en niños/as o adolescentes con ideación o intento de suicidio (%)



PROBLEMAS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA:

- **VIOLENCIA CONTRA UN NIÑO/A O ADOLESCENTE: 60,9%**

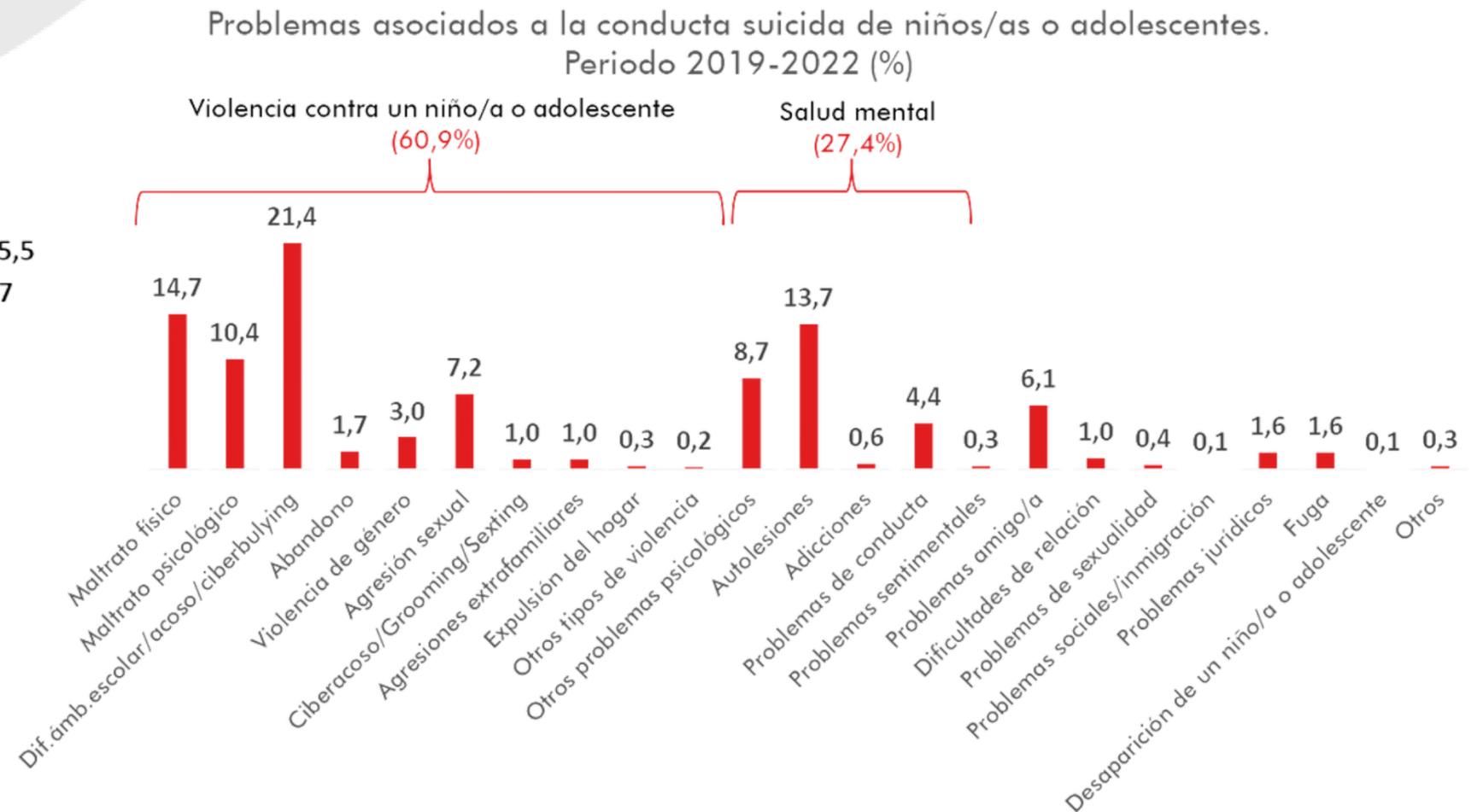
Las más frecuentes: Dificultades en el ámbito escolar, acoso y ciberbullying, Maltrato físico y psicológico, Agresión sexual y Violencia de género. Decrece **19,8 puntos porcentuales** entre 2019 y 2022.

- **SALUD MENTAL: 27,4%**

Destacan las Autolesiones, Otros problemas psicológicos como la tristeza/depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria, y los Problemas de conducta. Aumenta **+16,6 puntos porcentuales** entre 2019 y 2022.

Ideaciones suicidas: se relaciona más con problemas relacionados con la Violencia contra un niño/a o adolescente (61,9%).

Intento de suicidio: se relaciona más con problemas de Salud mental (27,7%).



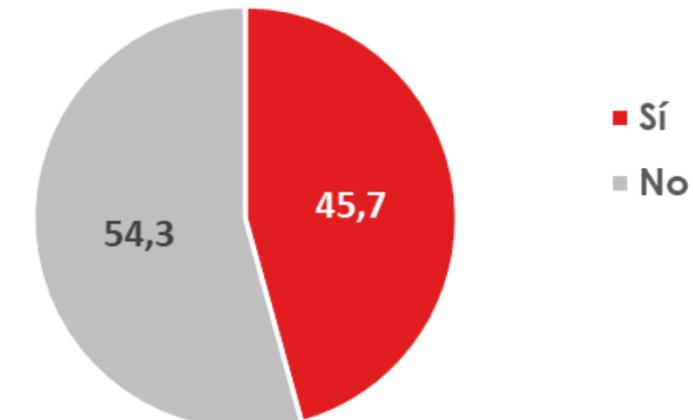
• TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

- Sólo el **44%** de los niños/as o adolescentes con conducta suicida ha recibido tratamiento psicológico.
- **No todos los/as menores de edad valoran positivamente** el tratamiento psicológico: falta de empatía, dilatada lista de espera, elevado coste privado.

• 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.
- El papel de las tecnologías ha ido creciendo en los últimos años: 2019 (33,5%) y en 2022 (51,5%), 18 puntos porcentuales, especialmente en el periodo post confinamiento.
- Las redes sociales más utilizadas de forma habitual son: **Whatsapp, Instagram, Tik-Tok y Videojuegos.**
- Medio para obtener información, efecto Werther (imitación-contagio), para sentirse escuchado/a, pedir perdón y despedirse.

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



• COLECTIVOS VULNERABLES

NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS



- Varones
- Rendimiento escolar “Alto”
- Familias no migrantes
- Problemas asociados: Acoso escolar,
- Maltrato físico y psicológico, Agresión sexual
- y Abandono

NIÑOS/AS O ADOLESCENTES DE FAMILIAS MIGRANTES



- Tienen más intentos de suicidio
- Mujeres
- Entre 13 y 17 años
- Rendimiento escolar “Bajo”
- Tienen 3 o mas hermanos/as
- Implicación de las tecnologías
- Problemas asociados: Maltrato psicológico, Autolesiones, Otros problemas psicológicos, y Problemas de conducta.



NIÑOS/AS O ADOLESCENTES LGTBI

- Tienen más intentos de suicidio
- Varones
- Rendimiento escolar “Alto”
- Falta de apoyo y comprensión familiar
- Problemas asociados: Maltrato físico y psicológico, Acoso escolar y Ciberacoso y Agresión sexual

NIÑOS/AS O ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

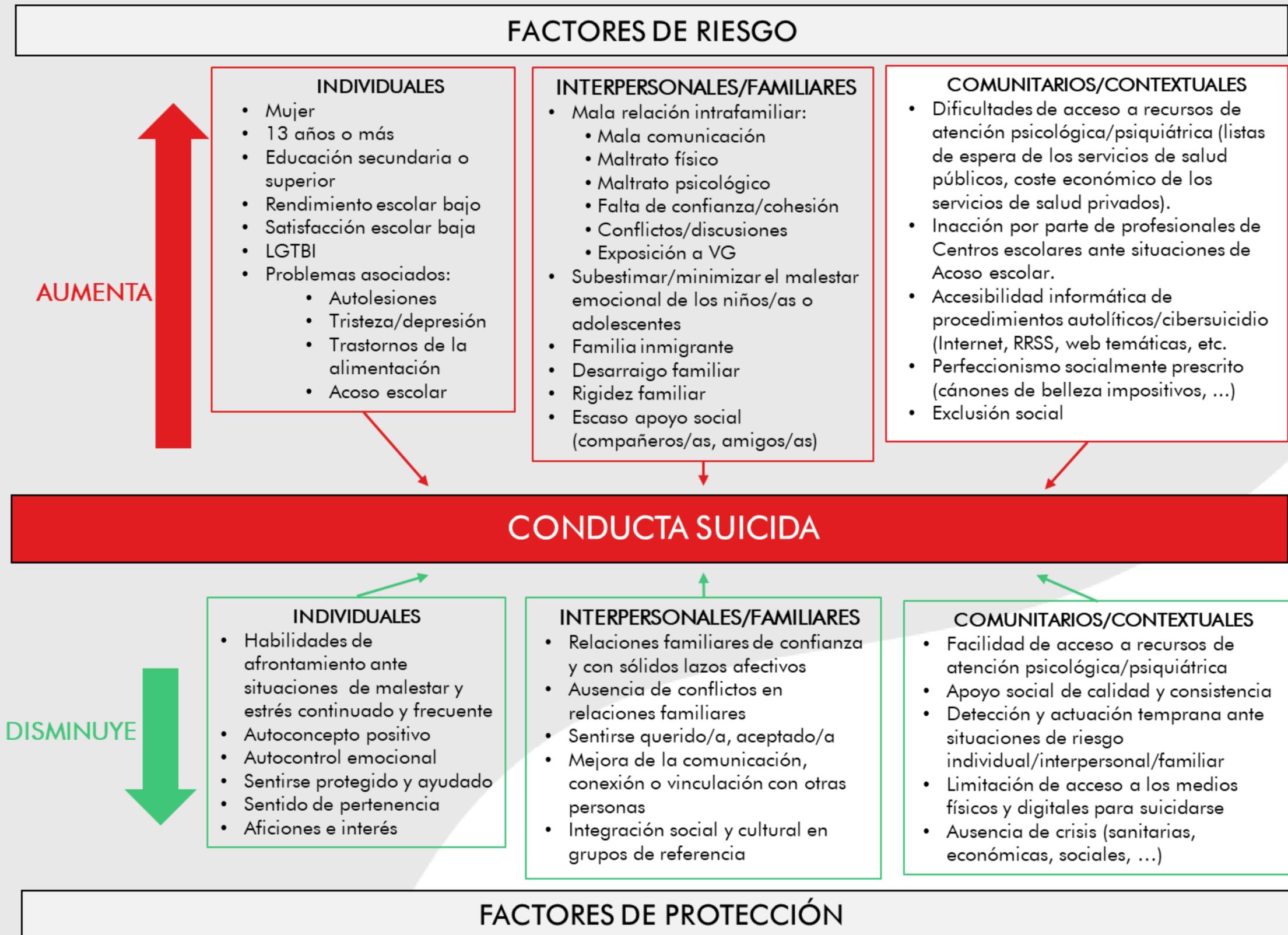


- Varones
- 18 o más años
- Reciben tratamiento psicológico
- Problemas asociados: Acoso escolar, Cyberbullying y dificultades en el ámbito escolar, Maltrato físico y Problemas psicológicos

PRINCIPAL PERFIL: MUJERES ENTRE 13 Y 17 AÑOS CON INTENTO DE SUICIDIO (71,3%)

MUJER
13-17 AÑOS
DE FAMILIA MIGRANTE
VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL
ANTECEDENTES DE FUGA
SE AUTOLESIONA
CUANDO NOS LLAMÓ YA HABÍA INICIADO EL PROCESO DE INTENTO DE SUICIDIO

• **FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN**



RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES GENERALES

1. Información, **sensibilización** y participación ciudadana
2. Detección y atención precoz y prevención
3. Coordinación y enfoque multidisciplinar
4. **Orientación** y apoyo a las familias
5. Formación: niños/as y adolescentes; familias; los/as profesionales; medios de comunicación; sociedad en general
6. **Atención específica** a los perfiles más vulnerables
7. Mayor implicación del sistema educativo
8. Mayores **recursos**
9. Control de las tecnologías

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA MADRES Y PADRES: SEÑALES

1. Cambios en el estado de ánimo y la conducta
2. **Aislamiento** social prolongado
3. **Tristeza/ desesperanza**, sintomatología psicopatológica o perturbación emocional
4. Sentirse inmerso en algún problema que no encuentra salida
5. Sueño inquieto, **falta de descanso** y problemas de alimentación
6. Problemas de rendimiento y absentismo
7. **Autolesiones** o intentos previos de suicidio
8. Si tiene un PLAN, medios y actitud de llevarlo a cabo
9. Si vuestro/a hijo/a se comporta de forma impulsiva y/o agresiva en su forma de actuar o consume sustancias de manera compulsiva
10. **Haber verbalizado** con relación al suicidio
11. No se aprecia que los factores protectores contrarresten el riesgo

RECOMENDACIONES

• CONSEJOS PARA FAMILIARES PARA PREVENIR UNA CONDUCTA SUICIDA

1. Siempre hay que hacer caso y **darle importancia si os verbaliza** o descubris que vuestro/a hijo/a tiene una ideación suicida
2. Validad sus emociones
3. **Enseñadle a pedir ayuda** de manera adecuada y a manejar sus frustraciones
4. Evitad momento de tensión familiar
5. **Tratad de comunicaros** con vuestro/a hijo/a para encontrar las causas de esa ideación
6. Enseñadle la temporalidad de las situaciones
7. Compartid los problemas nos ayuda a solucionarlos
8. Si vuestro hijo/a pasa mucho tiempo **«enganchado» a las redes**
9. Si está aislado socialmente de forma prologada
10. Tratad **que esté acompañado/a** el mayor tiempo posible
11. Buscad ayuda psicológica
12. **Cuidado con los MITOS** con relación al suicidio

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS ADOLESCENTES

- 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: 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: La tristeza, la frustración, el miedo y la ira son emociones muy necesarias para nuestra vida.

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS ADOLESCENTES

- La importancia de la **regulación emocional**, que supone una habilidad para poder manejar las 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.
- Podemos **hallar consuelo y confort al compartir nuestro dolor** con las personas de confianza (amigos/as, familia...).
- Tu familia necesita tener la oportunidad de poder ayudarte y a veces también necesita contar con herramientas para saber ayudarte. 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.
- No te aisles, ni pierdas el contacto con fuentes de apoyo o actividades agradables. Practica deportes, actividades al aire.

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS ADOLESCENTES

- **No pases por la crisis sólo/a:** Es importante permanecer siempre acompañado/a de personas de confianza, preferentemente familiares, en espera de que la crisis pase.
- **Cuidado con la tecnología:** 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**, 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.⁴⁵
- **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.

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS PROFESIONALES

- **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 LOPIVI 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.

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS PROFESIONALES

- **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.

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- **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.

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- **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.

RECOMENDACIONES

• RECOMENDACIONES PARA LOS/AS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- **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.

CONCLUSIONES

CONDUCTA SUICIDA Y SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ESPAÑA (2012-2022)



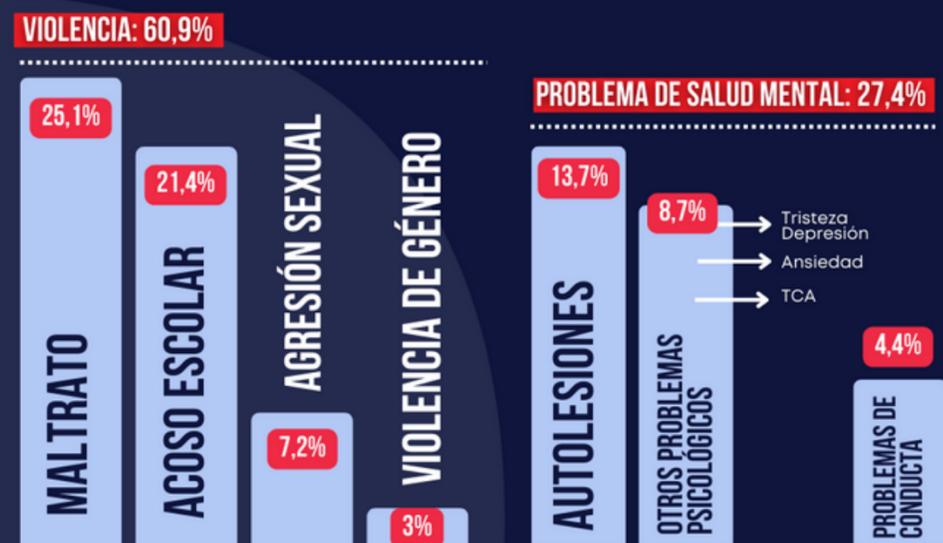
PERFIL MÁS COMÚN: 71,7%



En menores de 12 años el motivo principal es el acoso escolar y tienen rendimiento escolar alto

PROBLEMAS ASOCIADOS

(No existe una motivación para el suicidio pero sí problemas asociados que no saben resolver)



• EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA

- En la última década, ANAR ha analizado **589.255 llamadas necesarias** para poder atender a **9.637 menores de edad con conducta suicida** (ideación o intento). El 63,8% de casos concentrados en los últimos 3 años (post-pandemia COVID-19).
- Además, **3.097** niños/as o adolescentes nos llamaron **habiendo iniciado el intento de suicidio**.
- Del total de llamadas, **19.242 han requerido de una 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.
- Los casos atendidos por **ideación suicida se han multiplicado por 23,7** y los **intentos de suicidios por 25,9**.
- 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**.

CONCLUSIONES

• PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE CON CONDUCTA SUICIDA

- Mujeres (71,3%). Los varones se suicidan más y solicitan ayuda en menor medida que las mujeres.
- Edad media 15 años, 14 en aquellos casos que presentan sólo ideación suicida.
- Educación secundaria (62,6%).
- Rendimiento y satisfacción escolar “bajo” (56,1% rendimiento y 66,7% satisfacción escolar)
- Tipo de familia: 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%). A lo largo de estos años, el porcentaje de familias monoparentales se ha ido reduciendo, mientras que el de familias migrantes ha ido aumentando.
- 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 incompreensión.

CONCLUSIONES

• CARACTERÍSTICAS DE LOS PROBLEMAS QUE GENERAN LA CONDUCTA SUICIDA

- **FRECUENCIA:** El 70,2% de estos niños/as o adolescentes lo sufre diariamente.
- **DURACIÓN:** El 68,4% lleva más de un año con el problema.
- **GRAVEDAD:** Alta (86,2%), que ha ido creciendo a lo largo del periodo analizado.
- **URGENCIA:** Alta (72,6%), que ha ido creciendo a lo largo del periodo analizado.
- **EN CONCLUSIÓN:** 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.

CONCLUSIONES

• PROBLEMAS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

- **Violencia contra un niño/a o adolescente (60,9%)**
- **Acoso escolar:** 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.
- **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.
- **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.
- **Violencia de género padecida en el entorno,** puede tener un efecto traumático en los 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 esta violencia. 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.

CONCLUSIONES

• PROBLEMAS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

- **Salud Mental (27,4%)**
- **Autolesiones:** es uno de los principales predictores de estos comportamientos suicidas. 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.
- **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.

CONCLUSIONES

• PROBLEMAS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

- **Salud Mental (27,4%)**
- **Trastornos de la conducta alimentaria:** 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.
- **Problemas de conducta:** 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/as, como conducta suicida. Además, algunos/as 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.
- son las autolesiones.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.
- **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.
- **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.
- **Violencia de género padecida en el entorno,** puede tener un efecto traumático en los 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.

CONCLUSIONES

• TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- Destaca que sólo el 44% de los niños/as o adolescentes con conducta suicida, ha recibido tratamiento psicológico, máxime cuando hablamos de un fenómeno que si no se trata bien puede terminar con la vida de estos menores de edad.
- 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.

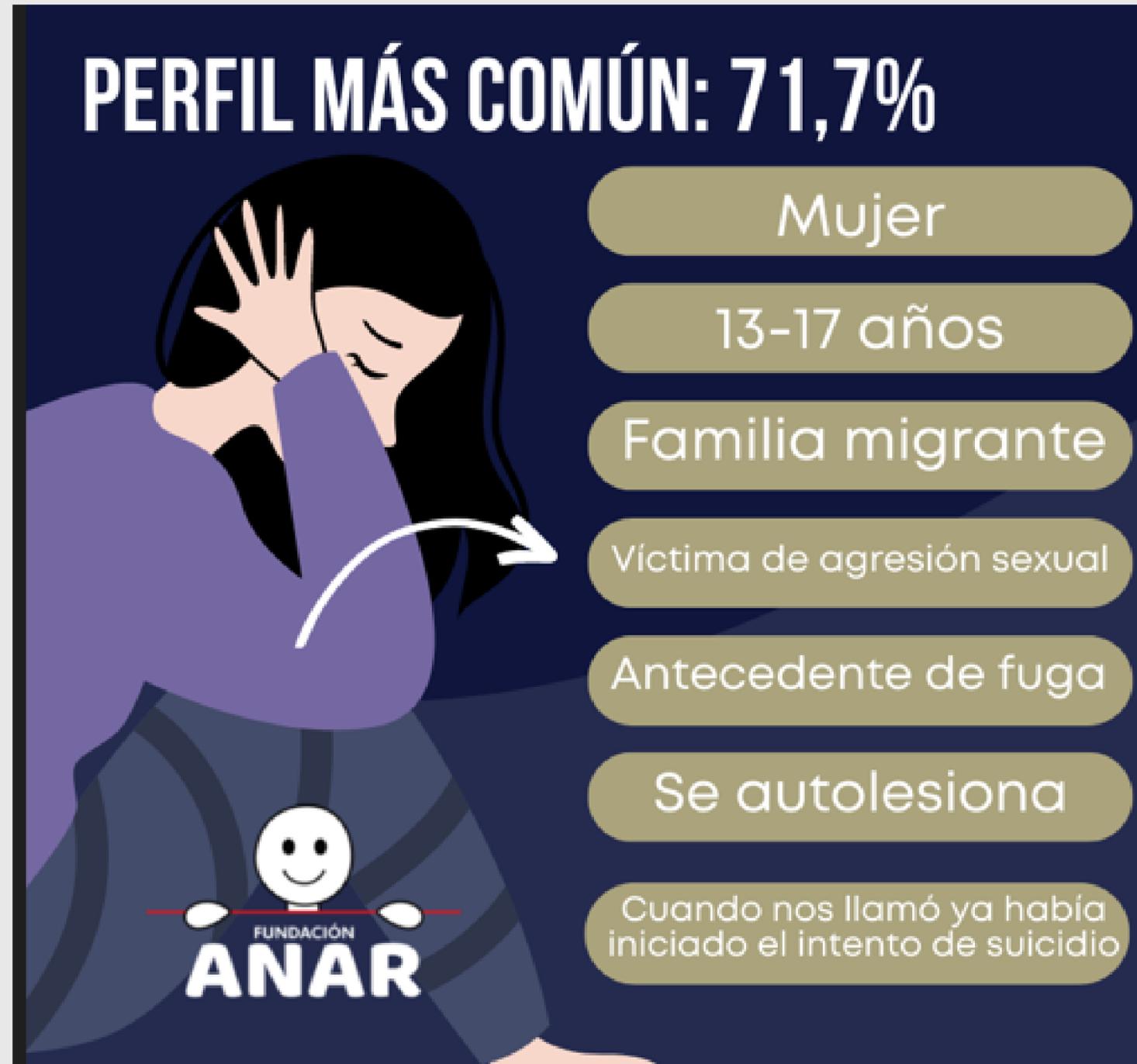
CONCLUSIONES

• 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.
- El papel de las tecnologías ha ido creciendo en los últimos años, produciéndose un mayor incremento entre 2020 y 2021 (**57,1%**).
- Las tecnologías no son utilizadas únicamente como herramienta a través de la que se generan situaciones de malestar y violencia (sextorsión, grooming, ciberacoso). Otros usos 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 adolescente se sienten escuchados/as, piden perdón o se despiden.

CONCLUSIONES

- **PRINCIPAL PERFIL ENTRE LOS/AS MENORES DE EDAD (71,7% del total)**



CONCLUSIONES

• FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

- 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**.
- Pertener 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**.
- Ser parte de un sistema familiar disfuncional en donde hay maltrato físico o psicológico, mala comunicación, exposición a violencia 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**.

CONCLUSIONES

• FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

- Los factores comunitarios o contextuales 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.

CONCLUSIONES

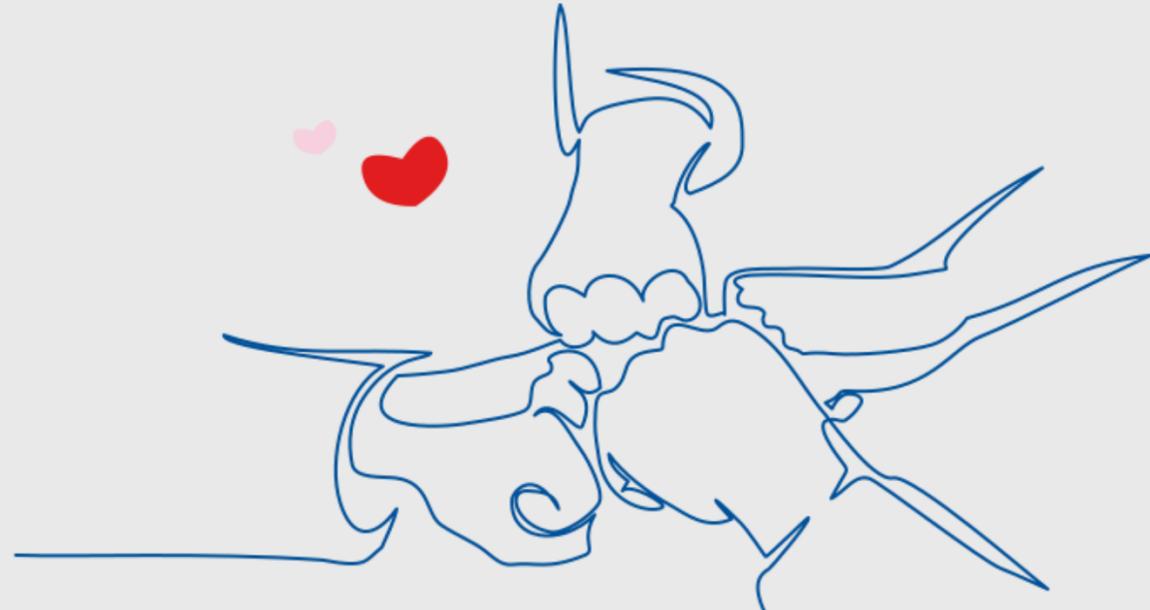
• RECURSOS Y SERVICIOS DISPONIBLES

- Una **buena coordinación y derivación** entre centros escolares, centros sanitarios y servicios sociales.
- La mejora de la **formación de los/las 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.

CONCLUSIONES

• 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, entre otras:
 - Método usado
 - Fotografías
 - Terminología
 - Entrevistas
 - Testimonios
 - Recursos de ayuda



¡Gracias!