

# **EL SUICIDIO INFANTOJUVENIL, UN PROBLEMA EN LA ESPAÑA DE NUESTRO TIEMPO**

Por el Académico de Número  
Excmo. Sr. D. Helio Carpintero Capell \*

La condición histórica del ser humano se manifiesta de muchos modos en la complejidad de su vida: en las ideas y creencias, las formas de vida, sus regímenes sociales y políticos, su lenguaje. Incluso sus enfermedades y padecimientos, aunque firmemente basados, desde luego, en la condición biológica de su organismo, surgen, se extienden y en ocasiones pierden fuerza y aún llegan a desaparecer, como consecuencia de múltiples factores, unos técnicos, otros puramente naturales.

Uno de los padecimientos actuales, que preocupan grandemente al personal sanitario, a educadores, psicólogos y responsables sociales, a familias enteras, y a los medios de comunicación, es sin duda el dramático trastorno que ha crecido en tiempos recientes, el problema del suicidio infantojuvenil (Echeburúa, 2023; Fundación ANAR, 2022).

## **ALGUNAS ESTADÍSTICAS**

Es notable que, a pesar de la magnitud de los datos que vamos a ver, en países como México se introdujo el ítem de suicidio infantil en las estadísticas oficiales en 1997, esto es, hace solo un cuarto de siglo (Martínez Pulido, 2012, 66).

---

\* Sesión del día 24 de octubre de 2023

Los datos mundiales son estremecedores. *JAMA Pediatrics*, publicación científica dependiente de la Asociación Médica Estadounidense, reveló que cerca de 85.000 niños y adolescentes se quitaron la vida en el transcurso de un año al comienzo de esta década.

Los datos que hallamos sobre España son también muy reveladores. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) un total de 3475 menores españoles (desde los 5 hasta los 19 años) han fallecido por suicidio en el periodo temporal de 1980-2020, lo que supone un promedio de 86 por año, casi 2 por semana. El año pasado 2022 murieron 84. La pandemia ha sido a todas luces un factor que ha determinado en buena medida ese número.

De todos modos en 2018 y 2019 la tasa española estaba en 2.9 y 2.8 por 100.000 adolescentes, mientras en Estonia estaba en 16 y 12, en Suecia en 7.9 y 8.1 y niveles parecidos en países del norte de Europa.; en Francia se movía en 3.3 y 3.6, y Portugal, el país de menor tasa, entre 1.4 y 2.1. (Sanz et al, en prensa). Conviene, pues, relativizar un tanto nuestro problema.

La cuestión no puede desvincularse del tema más amplio de la experiencia vital de la juventud. En ese sentido, el 56, 4% de los jóvenes ha reconocido que ha sufrido algún problema mental en el último año, aunque casi la mitad de ellos (49%) no ha pedido ayuda profesional, según ha desvelado el «*Barómetro Juvenil Salud y Bienestar*», presentado recientemente por la «*Fundación Mutua Madrileña*» y «*Fundación FAD Juventud*». (*El Español*, 11 de julio de 2023).

Un último dato cuantitativo, en fin, proporcionado por la española Fundación ANAR, en su reciente y excelente informe sobre este tema: «Durante el año 2021, la Fundación ANAR pudo ayudar a 2.709 niños/as o adolescentes con conducta suicida (ideación e intento), de los cuales 748 ya habían iniciado la autolisis suicida cuando se pusieron en contacto con ANAR» (ANAR, 2022, 12). Ese dato no requiere mayores comentarios, y él solo bastaría para exigirnos como sociedad una respuesta adecuada.

## UN INTENTO DE DEFINICIÓN

Estamos ante un fenómeno complejo. El suicidio es desde luego una conducta puesta en ejecución deliberadamente por su sujeto. En su forma plena y acabada, consiste en realizar alguien una acción o acciones con objeto de poner intencionadamente término a la propia vida. También es un hecho sobradamente conocido que en muchos casos la acción proyectada no se logra. Los expertos calculan que hay del orden de cien tentativas por cada tres muertes cumplidas (Urra, 2019, 44). Errores, arrepentimientos o indecisiones sobreveni-

dos al protagonista, hacen que sea mucho mayor la ideación autolítica que el cumplimiento de la conducta propuesta. Todo ello –ideación, intentos, actos cumplidos– es lo que constituye en su conjunto la compleja conducta suicida.

El sociólogo Emile Durkheim, en su estudio sobre *El suicidio* (1897), afirmó que es esencial la propositividad del ejecutante. En su libro clásico, parte de una definición: «se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, siendo que ésta sabía que debía producir ese resultado» (Durkheim, 1928, 5). También se dio cuenta de que estaba tratando justamente con una «conducta social» en la que la normativa colectiva no era respetada. Cuando la sociedad se perturba, el individuo puede venir a situarse fuera del control de las normas dominantes en su colectividad, en una situación de anomia, en la que los valores tradicionales dejan de tener autoridad, y allí, el suicidio se multiplica (Durkheim, 1928, 355 s). Pinillos hizo, hace ya algunos años, una serie de consideraciones convergentes acerca de este tema. Y comenzó por subrayar que «el suicidio es una realidad biográfica, y no un hecho meramente biológico» (Pinillos, 1982, 140). Es, pues, asunto tanto de las ciencias naturales como de las morales y políticas.

## **UNA APROXIMACIÓN EMPÍRICA PSICOSOCIAL**

Encuentro, entre muchos otros, un estudio notable hecho por tres investigadores mexicanos, Morfin, Sánchez y Mejía, cuyo resumen permite tener una visión sintética del problema. Estos autores llevaron a cabo una investigación buscando «identificar el conocimiento cultural del suicidio que tienen niños y niñas en la infancia media, cómo saben de ello, a qué causas lo atribuyen, las emociones asociadas y sus creencias para su prevención» (Morfin *et al.* 2022). Para encontrar respuesta a esas preguntas, entrevistaron a 59 niños y niñas urbanos de entre 8 y 11 años de Guadalajara, México. Así obtuvieron los siguientes resultados: «La mayoría de los niños y niñas conocía la palabra «suicidio». Obtuvieron conocimiento de esta por medio de contenidos en Internet televisión. Como causas del suicidio infantil mencionaron los problemas emocionales, el maltrato emocional en la familia y el acoso escolar. Las emociones asociadas fueron tristeza, enojo y miedo» (*Ibidem*). Además, relacionaban aquellas emociones perturbadoras con dos marcos de convivencia: uno, el círculo de la familia, y, otro, el mundo de la escuela. También consideraron que tal situación se podría prevenir con una mayor comprensión, mayor convivencia y más vigilancia para impedir físicamente la ejecución del suicidio (Morfin *et al.*, 2022, 30).

En una tesis de psicología ya antigua sobre la muerte, se veía que desde los 8 años los niños iban teniendo idea de la muerte como amenaza de su

mundo y su familia, y en la adolescencia, como algo inevitable pero lejano, aunque también podía llegar a significar «un escape en situaciones intolerantes, un castigo, una aventura atractiva» (Urraca, 1982,659).

## **VÍAS PRINCIPALES HACIA EL SUICIDIO**

Vemos, pues, que a la adopción de una conducta autolítica se llega por distintas puertas o situaciones. En el caso de una situación familiar insoportable se puede llegar a desear tal solución tal vez estimulado por la existencia de suicidios previos en la familia, que marquen una incipiente tradición; o por la falta de apoyo familiar y de recursos para dar cumplimiento a los deseos; por rechazo de la violencia o maltrato de los adultos, o por la pérdida del *status* familiar que se tenía –por ejemplo, por llegada de nuevos miembros a la familia que desplazan a los más antiguos–; o después de un intento de fuga que termina en fracaso.

En los casos propios del mundo escolar el desencadenante puede ser un cambio importante en rendimiento académico, la aparición de un proceso de acoso, o el surgimiento de problemas de aprendizaje; también un cambio de escuela, o la adopción de conductas de riesgo, como el uso de drogas o alcohol, la iniciación de actividades de grupo asociadas con muerte o un uso anómalo de Internet.

En fin, en relación con el ámbito de los problemas amorosos, puede que esta conducta se adopte tras una ruptura amorosa súbita, o un caso de embarazo no deseado; puede también deberse a la vivencia de una homosexualidad con estrés social. Y como factores más genéricos, que pueden darse en todos esos casos, cabe mencionar la aparición de un sentimiento de inferioridad y de ineficacia en la vida, o el brote de una tendencia a reaccionar con ira violenta ante los problemas y dificultades que surgen en la vida cotidiana.

Dejo aparte, desde luego, todos aquellos casos debidos a un trastorno psiquiátrico o enfermedad mental, que hacen del suicidio un elemento patológico más, que se añade al resto de alteraciones.

## **TRES MOTIVOS DE SUICIDIO**

Examinemos brevemente las líneas básicas de esos tres tipos de casos que hemos mencionado.

Comencemos por el caso de violencia y abuso sexual familiar. En el seno de la familia acontece la primera maduración afectiva y cognitiva de la

persona a través de lo que Rof Carballo llamó la «urdimbre afectiva» (Rof, 1961) que se establece entre los padres, - y principalmente la madre -, y el nuevo ser que en ella nace y crece, y va desarrollando las dimensiones biopsicosociales de su personalidad natural y social. Cuando surgen problemas en la inserción familiar, el muchacho o muchacha adolescentes pueden sentir que se tambalean los cimientos de su mundo, y llegar a desear abandonarlo

Como ejemplo del suicidio o intento de suicidio por maltrato, recogeré aquí el resumen de un estudio sobre este problema llevado a cabo en un centro pediátrico de Paraguay, el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu situado en la ciudad de San Lorenzo, (Paraguay) entre 2011 y 2012 (Zelaya *et al.*, 2012).

En el mismo se describen las características clínicas y epidemiológicas que se daban en un grupo de niños y adolescentes con intentos de suicidio que eran asistidos en el centro mencionado. La muestra incluía 102 casos. La mayoría (90.5%) de los pacientes eran de sexo femenino y el resto (9.5%) de sexo masculino. El grupo de edad más numeroso correspondía a un rango entre 15-19 años (61.8%). En relación a los tipos de maltrato, se encontró que la mayoría de los casos (68.6%), se debían a negligencia, abandono, y violencia intrafamiliar, seguido del grupo correspondiente al abuso sexual (52%). Las víctimas habían sido maltratadas con mayor frecuencia por ambos padres (45.1%). El estudio tomó en cuenta los problemas psíquicos más frecuentes entre los miembros de la muestra. Estos fueron los trastornos depresivos graves (72.5%), acompañados o no de síntomas psicóticos. El método de autoagresión que había sido más utilizado era la ingestión de medicamentos (77.6%) seguido por la utilización de objetos cortantes (9.9%). En la totalidad de los casos existían situaciones de trato de índole violenta.

El informe de la Fundación ANAR llega a cuantificar las distintas agresiones en función de las consultas recibidas en su servicio de llamadas. Así, habría unos casos de «maltrato físico» (14'7%), «maltrato psicológico» (10'4%), «agresión sexual» (7'2%), «abandono» (1'7%), incluso «expulsión del hogar» (0'3%), como situaciones que tienen fundamentalmente ese carácter agresivo e hiriente (ANAR, 2022, 123). Y añaden: «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 tonto», «inútil», «no vales para nada», «todo lo haces mal», «eres una decepción», y «no vas a ser nada en la vida»... (o) «eres tonta, pareces inútil, estoy cansada de ti, vete con tu padre, ojalá te mueras» (ANAR, 2022, 69). El abuso sexual estable y prolongado tiende normalmente a generar una grave pérdida de autoestima y de confianza en los adultos, volviéndose quien lo sufre en un ser retraído y deprimido.

Veamos ahora lo que sucede en los casos de violencia mediante *bullying* o matonismo escolar.

Hay una amplia literatura que afirma que una de las principales causas del suicidio infantojuvenil se encuentra en este fenómeno del acoso o matonismo escolar. (Smith, 2007; Andreato, 2022).

Con ese término se designa toda forma de maltrato físico, verbal o psicológico, que sufre un escolar como resultado de la acción de un compañero o grupo de compañeros, durante un cierto tiempo, y durante su jornada escolar. Cuando esa agresión se produce a través de las redes sociales, se denomina «ciberacoso» o *cyberbullying* (Garaigordobil, 2013; Carpintero, 2017). Es un fenómeno cuya caracterización es bastante reciente. A principios de los años 1970, el noruego Dan Olweus inició el estudio de esa forma de violencia que tiene la escuela por escenario principal, y a los escolares por sus protagonistas, unos por padecerlo y otros por practicarlo con sus compañeros más débiles o singularizados por algún rasgo o defecto sobre el que fijan su atención agresiva sus compañeros.

El acoso, como han señalado algunos autores, supone la práctica de un comportamiento hostil hacia algún compañero de la escuela, «abusando de un poder real o ficticio, ... de forma repetitiva y duradera con la intención de causarle daño» o excluirlo intencionalmente del grupo (García Peña *et al.* 2013; Carpintero, 2017).

La ONG *Bullying sin fronteras*, en su informe de 2023, da estos cinco países donde el fenómeno habría sido, en el último año, superior a los 50.000 casos: México, Estados Unidos, España, Brasil y Argentina (Bullying sin fronteras, 2023).

Recordaremos, a guisa de ejemplos personalizadores, el dramático suicidio del niño vasco Jokin CL, que montado en su bicicleta, se arrojó desde la muralla de su ciudad natal, pronto harán 20 años (2004), o el de una adolescente de quince años, (Kira L.), que en 2021 se arrojó por el hueco de la escalera de su casa, ambos como consecuencia de sendos acosos que les resultaban insostenibles. En ambos casos los padres denunciaron a sus centros escolares implicados, y el padre de esta última, recientemente, ha recogido miles de firmas tratando de reclamar una base jurídica para lograr que el acoso escolar llegue a ser considerado delito y sea penado (Bracho Abogados, 2016; Pereda, 2022).

Por otra parte, el estudio del fenómeno del *cyberbullying* ha mostrado el grave impacto que ese singular acoso tiene sobre la población escolar que está cada vez más pendiente de las redes sociales y de la imagen personal que el individuo tiene dentro de ese contexto. Los especialistas han subrayado oportunamente que el abuso de Internet y de los computadores que se produjo en el país a consecuencia del COVID 19 tuvo efectos múltiples, no solo porque abrió la puerta a un crecido *cyberbullying*, sino porque los aparatos se convirtieron en un medio para obtener información sobre el suicidio, y una vía

de escape para disminuir el malestar que los adolescentes experimentaban, mediante el envío de mensajes a las redes sociales, en los que podían dar explicaciones, manifestar sus intenciones autolíticas, pedir perdón o despedirse de sus compañeros cercanos (ANAR, 2022, 126).

Veamos, en fin, el tema del suicidio por pérdida de la persona amada. Y consideremos algunos casos literarios. El suicidio por amor, y en general por pérdida de la persona amada, ha sido apreciado socialmente y ha tenido buena suerte literaria, de modo que con facilidad vienen a la mente autores y personajes que han dado forma artística a las inquietudes y comportamientos que llevaban a la autodestrucción.

Esta forma de conducta autolítica es la que de algún modo resulta más atractiva y positiva. Aunque supone un adiós a la vida, como las otras versiones, esta se ve ennoblecida por la afirmación de los valores positivos del amor, la estimación a otra persona, y la exigencia de una cierta vida compartida con ella. En este punto, el nombre del joven Werther surge con inmediatez en el mundo de nuestra cultura. El personaje, tras enamorarse de una mujer casada fiel a su esposo, decide que es él quien sobra en ese trio, y con su sacrificio pone fin a su sufrimiento. La novela de Goethe produjo una oleada de suicidios en Europa y terminó por ser prohibida en diversos países para frenar aquel movimiento.

Uno de los más famosos suicidios de la literatura clásica española es plenamente juvenil. Me refiero al suicidio de Melibea, con el cual se cierra la gran obra de nuestro Renacimiento, *La Celestina* de Fernando de Rojas, aparecida en 1499. Enamorada de Calixto gracias a la mediación de Celestina, la caída y muerte de su amante, ante sus propios ojos, la impulsa a seguirle al otro mundo, tras despedirse de su padre: «Pues, ¿qué crueldad sería, padre mío, muriendo él despeñado, que viviese yo penada? Su muerte convida a la mía... (y) ha de ser despeñada, por seguirle en todo» (Rojas, 1991, 588-9).

El suicidio es el único camino que cree tener Melibea para lograr reencontrarse con Calixto. Sin referencia alguna religiosa, y sin la menor duda acerca de la existencia de otra vida, se despeña para poder reencontrarlo lo antes posible, y poner fin a los dolores que su pérdida le estaba causando.

Cada suicidio es un mundo en sí mismo, con sus creencias, y con el resto de detalles que lo singularizan. En muchas ocasiones se busca abandonar el sufrimiento que colma esa vida; en otras, satisfacer algunas ilusiones en otra vida. A la hora de hacer frente a estas conductas autodestructivas, importa mucho poder preverlas, para intentar detenerlas; pero también hay que procurar comprenderlas y explicarlas para poder intervenir con eficacia.

## SEÑALES Y SÍNTOMAS DE UN POSIBLE SUICIDIO JUVENIL

Las conductas de suicidio son resolutivas de situaciones emocionales y significativas, que unen ideas y sentimientos, en que la totalidad de la persona está implicada. Como procesos emocionales ideativos previos que son, conllevan vivencias subjetivas que, normalmente, encuentran algún modo de expresión gestual y verbal, aunque por lo general de manera más o menos incoativa o enigmática. En unos casos son más fáciles de interpretar esas manifestaciones, en otros depende de la sagacidad o la fortuna de quien las contempla y analiza.

Los investigadores han tratado de reconocer y destacar algunas posibles señales indicativas de la amenaza de un más o menos próximo y más o menos probable intento de suicidio en alguien del entorno. En el caso de menores y adolescentes, pueden ser bastante visibles, aunque también pueden resultar confudentes.

En bastantes ocasiones aparecen espontáneamente algunos comentarios pesimistas acerca de la vida, que para estos individuos «no merece la pena vivirla»; esas vivencias negativas suelen ser comunicadas a otra persona en un gesto de apertura confiada, que generalmente busca recibir la comprensión de la otra persona.

Son muchos los trabajos donde se ofrece un claro resumen de lo que se suele llamar las «señales de riesgo de un intento de suicidio». Los adultos con algún adolescente problemático a su cargo deberían ver estos listados (ANAR, 2022, 138; Echeburúa, 2023, 61-62; Raheb, 2007). Mencionaré aquí resumidamente sus líneas principales.

En primer lugar, se ha de atender a la aparición de posibles cambios bruscos en el estado de ánimo juvenil. La variación súbita, y no explicable en términos de algún hecho concreto conocido, debe encender una señal de alerta en el adulto que lo percibe. En particular, suele ser importante la aparición de un retraimiento social y una disminución abrupta de contactos con amigos y compañeros. El cambio frecuentemente va acompañado de un fuerte incremento del tiempo dedicado a la tecnología, y de un uso inmoderado del ordenador. También son importantes las muestras de un estado de ánimo dominado por una tristeza profunda, y una visión negativa del futuro o del entorno. En ocasiones, el adolescente deja ver que se siente estresado por un problema al que no encuentra salida, y del que no suele dar detalles ni precisiones. Es también muy relevante la aparición de un rechazo a ir al colegio, así como cualquier expresión de miedo o temor al mismo. Ello suele revelar la existencia de un conflicto allí localizado, usualmente con compañeros, y sugiere con fuerza la existencia de un posible proceso de acoso. Por lo general, semejante rechazo suele ir acompañado de un descenso notable del rendimiento académico, con pérdida de la concentración en la resolución de tareas y el estudio de las lec-

ciones del programa que tiene por delante. A las veces, se apodera del muchacho o muchacha una inquietud que suele ir acompañada de alteración de los ritmos de sueño, falta de descanso, y aparición de respuestas impulsivas que no eran antes habituales en él. Se detecta también en muchos casos cierta rigidez, en forma de una inflexibilidad cognitiva: niños o niñas a los que cuesta cambiar su comportamiento y que no ceden ante opiniones distintas a las suyas. Finalmente, hay unos rasgos sumamente específicos como son la aparición de autolesiones, las verbalizaciones sobre el tema del suicidio y una búsqueda de información sobre el mismo mediante el empleo del ordenador. También se dan a veces las conductas de regalar objetos propios a amigos, como una suerte de legado testamentario.

Por último, recordemos que, como es generalmente sabido, el hecho de haber tenido previamente un intento de suicidio no logrado es el elemento predictor más fuerte de una repetición futura de esa conducta y obliga a una observación atenta y callada. (Ver Echeburúa, 2023, 61-62)

En muchas ocasiones, los adultos tienden a minimizar la significación de las señales advertidas, y prefieren quitar importancia a las mismas. Los profesores o los compañeros más cercanos, que son los que podrían dar la alerta sobre el riesgo que se puede estar avecinando, no prestan atención a los cambios producidos, y la superficialidad de su trato frustra esa posibilidad.

El valor de las señales es siempre relativo, pero la persona que detecta algunas de las que acabamos de mencionar debería siempre situarse en la peor de las alternativas, en lugar de desatender y minimizar el posible peligro. Sólo un relación estrecha, abierta y generadora de confianza entre el adulto y el joven puede permitir una reconversión del estado de padecimiento que éste último sin duda sufre, y hacer posible que se reduzcan la ansiedad y la depresión que el protagonista está sufriendo.

## **EL RASGO DE LA DEPRESIÓN**

Hablando de señales que pueden ser avisos de un suicidio, pensamos que hay que prestar una gran atención a la presencia de la depresión. Este es un trastorno psíquico bien conocido, que conlleva un estado de ánimo de tristeza y pérdida del placer y del interés por el mundo en torno y las actividades cotidianas. Se ha dicho a veces que es el factor omnipresente en las conductas suicidas, aunque no siempre tenga un efecto causal. Las razones son evidentes. Su presencia en el sujeto le lleva a aislarse, a abandonar sus aficiones y sus relaciones, y proporciona una gran plataforma emocional para las conductas autolíticas y para una ideación recurrente en torno a la muerte. Se ha estimado que «de cada cuatro niños deprimidos, uno ha tenido pensamientos suicidas, y la

mitad de ellos ha realizado intentos (pero) también es cierto que muchos jóvenes que pensaban sobre el suicidio no estaban deprimidos en absoluto» (Urra, 2019, 48). Se sabe, desde luego, que entre un 70 y un 80% de los casos de suicidio se asocian a una depresión grave, y se ha llegado a afirmar que los deprimidos tienen 8,8 veces más de riesgo de tener ideación suicida que la población normal (Miranda de la Torre *et al.*, 2009, 500). Si bien es cierto que no todos los deprimidos terminan en el suicidio, sí parece que casi todos los suicidas comenzaron deprimiéndose por alguna causa o circunstancia de su vida.

En resumidas cuentas, el niño o el adolescente deprimido presenta una apariencia similar a la de aquellos que tiene ideaciones suicidas y pueden realizar intentos de autolisis –y en ocasiones lograrla–, Retraimiento, comportamientos solitarios, cambio de intereses, cambio en hábitos alimentarios y de sueño, consulta de páginas morbosas con el ordenador, descenso violento del nivel y calidad de sus estudios, son algunos de los rasgos de ambos grupos de individuos. Hay, no obstante, que pensar también en la existencia de un importante factor diferencial: el simplemente deprimido viene a tener una abulia generalizada, y una falta de iniciativa y de actividad, rasgos que no están presentes en el sujeto movilizado activamente hacia una conducta suicida, que se afana buscando información y que da respuestas enérgicas e incluso violentas cuando se le aconseja o reconviene por su conducta, cosas que no se dan en el individuo deprimido sin más.

En general, cabe pensar que la atención a las depresiones en los niños podría poner a los adultos de su entorno sobre la pista de un trastorno básico en la infancia inmediata, y también de posibles ruminaciones autolíticas en ella. Toda una serie de estudios que han ido creciendo en las últimas décadas han hecho que se haya ido desvaneciendo el tópico de una infancia alegre y feliz, sin los problemas de las gentes adultas. Hoy se considera que el número de niños deprimidos oscila entre un 1 y un 15% de la población infantil, y un estudio de hace algunos años sobre la incidencia de ese trastorno en diversas regiones españolas la estimaba entre un 6 y un 14,6%, y encontraba que el trastorno se cronificaba entre un 5 y un 10% de casos, convirtiéndose en un estado durable durante años (Del Barrio, 2007, 44-45; Sanz, y García-Vera, 2020). Por otra parte, hoy hay ya terapias efectivas para este problema, como la terapia interpersonal y la cognitivo conductual (Espada *et al.*, 2023, 79), pero un dato importante a tener en cuenta, y que no cabe minusvalorar, es que, según datos de especialistas, hasta un 68% de los adolescentes deprimidos no están recibiendo tratamiento alguno (Urra, 2019, 62). De situación tal puede devenir cualquier desenlace.

Por ello, y en base a esas circunstancias, parece lógico que a la hora de buscar indicadores o señales de una posible ideación suicida, convendría tal vez elegir un camino que, sin pretender ser específicamente selectivo, fuera a

la vez amplio y general, de un lado, y contara con una buena organización metodológica que facilitara su examen, despistaje y análisis.

De ahí la importancia de contar ya con instrumentos técnicos que detecten el estado afectivo y depresivo del niño o adolescente. Tales pruebas, en manos de los profesionales de la psicología y psiquiatría, ayudan a establecer un diagnóstico y a formular una cierta previsión de futuras conductas, y en particular, de un posible proyecto suicida. Aunque la evaluación no proporciona en muchos casos una certeza acerca de los comportamientos futuros, sin embargo, hace posible una intervención que conduzca a la toma de decisiones en la dirección de promover un activo apoyo afectivo y moral, y que así contribuyan a desactivar posibles ideaciones morbosas (pueden verse mencionadas algunas de esas pruebas en Del Barrio, 2007).

Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta cuando estamos básicamente interesados en la prevención de la conducta autolítica en niños y adolescentes.

## **HACIA UNA POLÍTICA DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN**

Dejando a un lado los suicidios amorosos, hemos visto que nuestro problema tiene dos principales vías de incursión en nuestra sociedad contemporánea: la del acoso escolar y la de la violencia familiar. Consideremos ahora algunas de las medidas que se sugieren en ambos casos para hacer frente al problema. Empecemos por los de violencia familiar.

La violencia parental contra los niños e hijos, ha sido rechazada en múltiples ocasiones, y de manera solemne se ha proclamado públicamente el apoyo y defensa de la infancia en las sociedades que han asumido los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño aprobados en 1989. Entonces se llegó a un acuerdo generalizado acerca de que todos los niños y las niñas tienen el derecho de vivir libres de todas las formas de violencia, incluida naturalmente la familiar. La Organización Mundial de la Salud defiende la necesidad de que las actividades educativas, las diversas formas de crianza, y en general la convivencia familiar se realicen sin recurrir al uso de la violencia. En un informe suyo de 2016, reconoce que el problema no es pequeño, pues calcula que «mil millones de niños y niñas en todo el mundo, es decir, más de la mitad de la población infantil de 2 a 17 años de edad, sufrieron violencia emocional, física o sexual en el último año» (Hillis *et al.*, 2016).

Hay, por de pronto, una serie de programas estructurados de intervención para padres, que cabe aplicar en diferentes casos, y en ellos se procura fortalecer la estructura familiar y gestionar los conflictos emocionales que allí

puedan surgir. Cabe mencionar el programa *INSPIRE*, potenciado por la Organización Mundial de la Salud (WHO), en 2016, o aquellos otros promovidos por la Unicef, y puestos en práctica en algunos países iberoamericanos. Con ellos se busca producir cambios en las actitudes y creencias de los núcleos familiares, de modo que se evite ahí la violencia (Urrea *et al.*, 2015, 76-77).

Hay también organismos, como el estatal norteamericano «Administration for Children and Families», creado en 1991, o instituciones privadas como la española Fundación ANAR, que mantienen una línea específica de intervención y contribuyen con acciones resolutivas frente a este tipo de violencia.

Toda acción social en este campo procura fomentar la toma de conciencia pública acerca de la gravedad del problema.

La otra gran causa de suicidios infantojuveniles radica, según va ya dicho, en el fenómeno del *bullying* escolar. Aunque hay normas como la referida a la responsabilidad penal del menor, del año 2000, y la «Instrucción» 10/2005 de la Fiscalía General del Estado «sobre el tratamiento del acoso escolar desde el sistema de justicia juvenil», que tratan de poner algún remedio a la situación (ver Urrea, 2015, 318 ss.; Hernández y O'Reilly, 2015; más detalles en Esteban, 2016), eso no basta. Se requiere que haya sobre todo una conciencia colectiva y explícita acerca de la gravedad de fenómenos como el acoso escolar en cualquiera de sus formas, y que exista frente a él una posición de rechazo total en todos los sectores implicados en la marcha de los centros educativos –directivos, profesores, asociaciones de padres– y, que cuente, especialmente, con el apoyo de los alumnos, de modo que todos se sientan implicados en esa lucha.

También cabe promover, como forma de prevención primaria, una detección temprana de la posibilidad de futuras agresiones. Entre otras medidas, en todas las clases debería hacerse, antes de la mitad de cada curso un sociograma de las relaciones entre los alumnos siguiendo las reglas que propuso en su día Moreno (Moreno, 1954), donde se visibilicen las posibles filias y fobias existentes entre ellos, y alerte a los responsables del orden escolar sobre posibles enfrentamientos. Esa información permitiría prevenir ataques y modificar actitudes donde y cuando fuera menester.

Hoy hay ya muchos y buenos programas específicos para facilitar la lucha contra el matonismo escolar. En España son conocidos y eficaces, entre otros que cabría citar, el programa SAVE (Sevilla Anti-Violencia Escolar) de Ortega (1977), o los diseñados y ordenados por Díaz Aguado en Madrid (Díaz Aguado 2016, I y II), Garaigordobil (2013, 2020), o la técnica EMDR de Piñuel y Cervera (2016), por citar algunos. Son instrumentos que parecen poder reducir entre un 17 y un 23% los casos de «bullying», si se compara resultados de grupos entrenados frente a otros de control (Jimerson *et al.*, 2012). Pero es

preciso, sobre todo, que los centros educativos respalden plenamente la lucha contra esos comportamientos agresivos. La lucha contra el matonismo es a la postre una lucha contra el suicidio juvenil.

## **EL PAPEL DE LOS PSICÓLOGOS**

Como vemos, el problema del suicidio infantojuvenil es asunto con muchas caras, que afecta a muy diversos sectores de la sociedad. Educadores, pediatras, médicos, jueces, asociaciones de padres, profesores y familiares en general, tienen en un asunto de tanta complejidad un papel que jugar y una responsabilidad a la que hacer frente, siempre que nos las habemos con un caso que requiere solución.

En este punto, no puedo dejar de preguntarme por el papel que puede caber a los psicólogos. Es evidente que una cuestión como ésta, desde el principio al fin, está mediada y sustentada por toda suerte de procesos mentales –cognitivos, emocionales, afectivos, y en ocasiones psicopatológicos–.

Evidentemente, es necesario incorporar a los psicólogos en todos los centros educativos complejos como profesionales con especialización en salud mental infantil y juvenil, y con las habilidades necesarias para fomentar el bienestar emocional y la salud mental en la comunidad educativa.

Igualmente debería haber centros psicológicos especializados, que podrían estar vinculados a los centros de atención primaria, y a los contados centros de salud mental hoy existentes, que pudieran asesorar a jueces y a pediatras profesionalmente implicados en casos conflictivos de padres-hijos (una información minuciosa sobre uno de esos centros dedicados al tratamiento y reeducación de casos juveniles conflictivos puede verse en Urra *et al.*, 2015, 139 ss.).

Desde 2019 se ha puesto en marcha en varios hospitales públicos el proyecto *Survive*, un programa pionero para prevenir y reducir las tentativas de suicidio entre adolescentes (Echeburúa, 2023, 113). Otra de las medidas puestas en marcha recientemente por ciertos grupos activos en estos temas es la introducción y generalización de unos «hospitales de día», según el modelo de los ya existentes para la tercera edad, pero orientados hacia las cuestiones de salud mental infanto-juvenil. Podrían cumplir un importante papel en este campo. Estos nuevos centros buscan, sobre todo, hacer posibles unos tratamientos psicológicos específicos, aplicados con inmediatez, en sesiones diarias, y con tiempo para cubrir las exploraciones y atenciones más básicas. En ellos se busca dar una atención especializada, que tenga la frecuencia, inmediatez y duración necesarias, sin romper la vida diaria familiar de los sujetos sometidos a tratamiento. En dichos centros, todavía en una fase inicial, y en ciertos casos man-

tenidos mediante iniciativa privada se potencia la presencia de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales de prevención social y sanitaria, para llevar a cabo una acción en equipo. Un ejemplo notable de este tipo de instituciones es el Hospital de día Retiro GINSO Recurra, operante en Madrid desde hace ya algún tiempo, y que ha servido de algún modo como modelo para instituciones semejantes (Serrano, 2023).

Hay también, por supuesto, programas de intervención terapéutica con base empírica, que ya han mostrado su efectividad, especialmente la de aquellos basados en una metodología cognitivo-conductual, que posibilita aplicaciones empíricamente controlables (Carrasco *et al.* 2023, 62).

Con todos estos presupuestos, cabe pensar que nuestra prevención del suicidio debería orientarse sobre todo hacia la detección de los casos de depresión infantil, como posible paso previo hacia una posible deriva suicida. Insistimos, por ello, en que el despistaje y tratamiento de la depresión infantil es una vía de primera importancia para combatir las posibles tendencias suicidas de quienes padece tal estado de ánimo. Hay ya métodos muy eficaces en esas intervenciones, a la hora de buscar e identificar errores y pensamientos negativos, promover el control emocional e ideativo, y entrenar a los individuos en auto-eficacia, y habilidades sociales (Del Barrio y Carrasco, 2013, 171 ss; Del Barrio, 2015, 317; Sanz y García-Vera, 2020; Espada *et al.*, 2023, 35; ver también el muy útil libro de Pérez Costilla y Sánchez, 2023, para tratar casos concretos).

Además, uno de los grandes desarrollos recientes en psicología, en el último cuarto del siglo pasado, ha tenido lugar en el amplio campo de la «inteligencia emocional» que potencia la autocomprensión de uno mismo, y el manejo de sus emociones. En concreto los trabajos iniciales de Howard Gardner sobre las varias inteligencias posibilitaron los desarrollos de Daniel Goleman y Peter Salovey en el campo emocional, luego seguidos por numerosos grupos de investigadores, habiendo algunos en nuestro país de muy reconocido prestigio internacional (Fernández-Berrocal, 2021). Es una vía interesante para el abordaje de los temas que venimos considerando.

## **PALABRAS FINALES**

El suicidio, como ya vimos al principio es una conducta social, que afecta no solo a su protagonista sino a todo un entorno social, e institucional en muchos casos, y ha de ser combatida atendiendo al reforzamiento de la personalidad individual afectada, y a su resocialización, para que la solución sea exitosa. De ahí que, en todo este campo de problemas, sea fundamental la coordinación y colaboración del grupo terapéutico y de apoyo, donde se impliquen las familias, los centros escolares, centros sanitarios y servicios sociales. Se requiere

información actualizada de los servicios y recursos sociales donde los niños/as, los y las adolescentes y sus familias puedan obtener apoyo, orientación y ayuda. La actuación y orientación desplegadas por centros tanto privados como públicos son esenciales en este campo. (ver ANAR, 2022, 130 ss, modificado).

Pensamos que es un problema muy grave en nuestro tiempo, al que se debería prestar más atención. La OMS considera que su prevención es hoy un imperativo global, y esta es también una prioridad para la Unión Europea. (de Agrela Gonçalves Jardim *et al.*, 2017)

Uno de nuestros más competentes especialistas en psicología clínica, el Dr. Echeburúa, en un muy reciente estudio sobre el tema del suicidio aquí considerado, ofrece al término de sus análisis unas interesantes reflexiones:

«En resumen, la conducta suicida responde a una etiología multifactorial, sin que ningún factor aislado (biológico, psicológico o social) pueda explicar por sí solo tal comportamiento. Por ello, la prevención efectiva debe ser global (no sectorial) y estar basada en programas educativos multiniveles orientados al personal clínico, a los educadores, a los padres, al personal de emergencias (policía, bomberos, etc.), a los funcionarios de prisiones, a los periodistas y a la población en general, así como a las personas con trastornos mentales graves con ideación suicida que han tenido ya una tentativa previa de suicidio. Los talleres de formación son un medio eficaz para transmitir conocimientos, mejorar la confianza y promover el cambio de actitudes» (Echeburúa, 2023, 107).

En el caso del suicidio infantojuvenil, esa lucha es tarea cuya prioridad sin duda habrá de corresponder a los padres, los educadores, los pediatras y los psicólogos de la edad juvenil, pero también a los expertos que, desde el mundo de las ciencias morales y políticas, la literatura, la sociología y las responsabilidades del gobierno, pueden ejercer una influencia moral positiva sobre las generaciones más jóvenes, y pueden potenciar formas de vida libre y responsable, de compromiso social y con sentido ético de la existencia.

Hay que hacer posible una intervención correctiva y eficaz, que convierta en infrecuente y excepcional este dramático comportamiento. Una especialista en cuestiones sobre la muerte personal ha sintetizado gran parte de su pensamiento sobre el suicidio infantil en estas palabras, «si un niño desesperado encuentra a alguien que se preocupe por él,... se puede evitar un desastre» (Kübler-Ross, 1992, 146).

Una sociedad sana y democrática tiene que atender a todos los individuos, sea cualquiera su nivel de edad y género. Y en un país como el nuestro, con uno de los índices más bajos de natalidad hoy conocidos, el cuidado y conservación de nuestra población infantil y juvenil es una necesidad de primer orden.

El suicidio infantojuvenil, además del drama que encierra cada caso individual que pretende llevarlo a cabo, es una fuente de dolor y frustración para los grupos sociales y familiares a que sus protagonistas pertenecen, y es un reto para toda política que haga del respeto y apoyo a los valores humanos un eje para su acción colectiva.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDREATO, A. (2022): *La relazione tra bullismo, ideazione suicidaria e comportamenti suicidari: fattori di rischio e di protezione*. Università degli Studi di Padova. Curso 2021-2022).
- AZÚA FUENTESA, E., ROJAS CARVALLOA, P., y RUIZ POBLETEA, S. (2020): «Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio», *Rev. Chil. Pediatr.* 2020;91(3): XX-XX DOI: 10.32641/rchped. v91i3.1230.
- BLANCO, A., (coord): *Convivir con la violencia*, Universidad de Castilla La Mancha, 135-150.
- BRACHO J. C. (2016): «¿Quién mató a Jokín Ceberio?» *Blog AME/EBE y Bracho Abogados* (25 octubre 2016).
- Bullying sin fronteras (2023): *Estadísticas-mundiales-de-bullying 2023* ver: <https://bullyingsinfronteras.blogspot.com/2023/04/estadisticas-mundiales-de-bullying.html>
- CARPINTERO, H. (2017): «El acoso escolar (bullying) en España. Consideraciones desde la psicología», *Anales de la R. Academia de CC. Morales y Políticas*, 94: 5-4.
- CARRASCO, M. A. *et al.* (2023): «Eficacia de los tratamientos psicológicos para los comportamientos autolesivos suicidas y no suicidas en adolescentes», *Rev. de Psicol. Clínica con Niños y adolescentes*, 10(1) 51-65.
- CASTELLVI, P. *et al.* (2017): «Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3): 195-211.
- DE AGRELA GONÇALVES JARDIM, M. H., SILVA, R. B., DA SILVA JUNIOR, G. B., CALDAS, J. P., SANTOS, Z., & SILVA, I. B. (2017): «Suicide: A Preventable Phenomenon in Adolescents». *Psychology*, 8, 1008-1018. <https://doi.org/10.4236/psych.2017.87066>
- DEL BARRIO, V. (2007): *Cómo evitar que tu hijo se deprima*, Síntesis.
- DEL BARRIO, V. y CARRASCO, M. A. (2013): *Depresión en niños y adolescentes*, Editorial Síntesis.
- DEL BARRIO, V. (2015): «Los trastornos depresivos y sus tratamientos», en Gonzalez Barrón, R. y Montoya, I., eds. *Psicología clínica infanto-juvenil*, Pirámide, 295-326.
- DURKHEIM, E. (1928): *El suicidio*., Madrid, Reus.
- ECHEBURÚA, E. (2023): *Muerte por suicidio. El sufrimiento de las víctimas y el duelo de los supervivientes*, Pirámide.
- ESPADA J. P., MÉNDEZ, X., ORGILÉS, M. y MORALES, A., (2021): «Conducta suicida», en Fernández-Hermida, J. R. & Villamarín-Fernández, S. (eds.) (2021) *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil*. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España, 32-37.

- ESPADA, J. P, SANCHEZ-LOPEZ, A. y MORALES, A., (2023): «Effectiveness of psychological treatments for depression in childhood and adolescence. A review of reviews», *Rev. de Psicol. Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1): 66-81.
- ESTEBAN, P. (2016): «El acoso escolar o Bullying: regulación legal y derechos de las víctimas», en *Noticias jurídicas* (10 de febrero de 2016) <http://noticias.juridicas.com/etiquetas/acoso-escolar>
- FERNÁNDEZ-BERROCAL, P. (2021): *Inteligencia emocional*, Prisanoticias Colecciones- Emse Edap.
- FERNÁNDEZ-HERMIDA, J. R. & VILLAMARÍN-FERNÁNDEZ, S. (eds.) (2021): *Libro Blanco de la Salud Mental Infante-Juvenil*. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España.
- Fundación ANAR (2022): *Conducta suicida y salud mental en la infancia y la adolescencia en España (2012-2022) según su propio testimonio*, Madrid, Fundación Anar.
- GARAIGORDOBI, M. (2013): *Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales*. Screening del acoso escolar presencial (bullying) y tecnológico (cyberbullying). Madrid: TEA.
- (2020): *Bullying y cyberbullying: análisis, evaluación, prevención e intervención*. En FOCAD Formación Continuada a Distancia. n.º 41. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. <https://www.focad.es/f.asp?file=136-FOCAD-12>
- GARCÍA PEÑA, J. J., MONCADA ORTIZ, R. M. y QUINTERO GIL, J. (julio-diciembre, 2013): «El bullying y el suicidio en el escenario universitario», *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4 (2), 298-310.
- HELLPACH, W. (1940): *Geopsique. El alma humana bajo el influjo de tiempo y clima, suelo y paisaje*, Espasa Calpe, S.A.
- HERNÁNDEZ DE FRUTOS, T. y O'REILLY, M. B. (2015): *Investigación sobre la delincuencia y el bullying escolar en España, Teoría, evolución y tendencias*, Valencia, Tirant Humanidades.
- HILLIS S, MERCY J, AMOBI A, *et al.* (2016): «Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates», *Pediatrics*. 137(3): e20154079.
- JIMERSON, S. R, SWEATER, S. y ESPELAGE, D., (2012): *Handbook of bullying in schools. An international perspective*, New York, Routledge.
- KÜBLER-ROSS, E. (1996): *Los niños y la muerte*, 2 reimp., Barcelona, Luciérnaga.
- MARTINEZ PULIDO, VL (2012): «La noción de muerte en el niño y el suicidio infantil», *Vita Brevis*, 1 (1): 46-69.
- MILNER, J. S. y CROUCH, J. L. (2004): «El perfil del niño víctima de violencia», en Sanmartín, J. o. cit., pp. 195-203.
- MIRANDA DE LA TORRE, I, *et al.* (2009): «Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados», *Salud Mental*, 32:495-502.
- MORENO, J. L. (1954): *Fondements de la sociométrie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MORFÍN-LÓPEZ, T, \*\* SÁNCHEZ-LOYO, LM., y MEJÍA-ARAUZ, R. (2022)\*\*: «Conocimiento cultural de niños y niñas sobre el suicidio infantil, sus causas y su prevención», \* *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 14 (2), julio-diciembre 2022, 15-32.
- MUSTU, G. *et al.* (2007): «Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia», en Yubero, S., Larrañaga, E. y

- PALACIO, A. F. (2010): «La comprensión clásica del suicidio. De Emile Durkheim a nuestros días», *Affectio-societatis*, 12, 1-10.
- PÉREZ COSTILLAS, L. y SÁNCHEZ ALVAREZ, N. (2023): *El suicidio en la adolescencia, Manual para docentes*. Pirámide.
- PEREDA, O. (2022): «El padre de Kira, la niña que se suicidó por “bullying”, exige que el acoso escolar sea delito», *Sport*, 3-11-2022.
- PICAZO, J. (2017): *El suicidio actual*, Madrid EOS.
- PINILLOS, J. L. (1982): «Tres lecciones sobre la psicología del suicidio», *Estudios penales y criminológicos*, IV, 138-168.
- PIÑUEL, I. y CERVERA, M. (2016): *Tratamiento EMDR del mobbing y el bullying*, Madrid EOS.
- RAHEB, C. (2007): *Suicidio y conducta suicida en la infancia y la adolescencia*, Univ. Autónoma de Barcelona.
- ROCAMORA, A. (2013): *Intervención en crisis en las conductas suicidas*, Desclée de Brouwer.
- ROF CARBALLO, J. (1961): *Urdimbre afectiva y enfermedad*, Labor.
- ROJAS, F. DE (1991): *La Celestina. Comedia o tragicomedia de Calixto y Melibea*, ed. P. E. Russell, Clásicos Castalia (orig. 1499).
- SANMARTÍN, A. et al. (2022): *Barómetro juvenil 2021. Salud y bienestar. Informe sintético de resultados*. Madrid, Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD juventud.
- SANMARTÍN, J. (coord) (2004): *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*, Ariel.
- (2005): *Violencia contra niños*, 3 ed. actual.<sup>a</sup>, Ariel.
- (2004): «Agresividad y violencia», en Sanmartín, J. o. cit., pp. 21-46.
- SANZ, J. y GARCÍA-VERA, M. P. (2020): «Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento», *Clínica y Salud*, 31(1), 55-65. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a4>
- SANZ, J. et al. (en prensa): *Tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés post-traumático en niños y adolescentes*. Madrid, Pirámide.
- SERRANO, R. (2023): «Hospitales de día: el salvavidas para la “zona gris” de la salud mental infanto-juvenil», en <https://www.diario-medico.com/> 21-3.
- SHARIFE, A. (2020): «El tabú de los filicidios: incómodos datos de una lacra que afecta a ambos géneros», *El Confidencial*, 13-01-2020.
- TORRES FALCÓN, M. (2004): «Familia», en Sanmartín, J. (coord) o. cit., 77-88.
- SHARIFE, A. (2022): «El “agujero negro” de los filicidios en España: 17 niños fueron asesinados en 2021 pero sólo se contabilizaron siete», *El Mundo*, 31 enero 2022.
- SMITH, P. K. (2007): «Investigación sobre “bullying en los centros educativos”: los primeros 25 años», en Yubero, S., Larrañaga, E. y Blanco, A.,(coords.), *Convivir con la violencia*, Cuenca, Univ. De Castilla-La Mancha, 165-190.
- URRA, J., et al. (2015): *Violencia filio-parental. Teoría, evaluación y tratamiento*, Klinik.
- URRA, J. (2019): *La huella de la desesperanza. Estrategias de prevención y afrontamiento del suicidio*, Morata.

- URRACA, S. (1982): *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad*, Facultad de psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- YUBERO, S., LARRAÑAGA, E y BLANCO, A., (COORDS.) (2007): *Convivir con la violencia*, Eds. Universidad Castilla La Mancha, 165-190.
- ZELAYA DE MIGLIORISI, L, PIRIS, L. Y MIGLIORISI, B (2012): «Intentos de suicidio en niños y adolescentes», *Pediatr. (Asunción)*.39, (3) Dec. 2012 (sesión del 24 de octubre de 2023).

---

\* Una versión ampliada del trabajo se ha publicado en el volumen de Urrea, J. , coord. (2024), *Intentando interpretar y prevenir el aumento de suicidio*, Sanz y Torres, Academia de Psicología de España, pp. 73-96.