

Detrás de la tristeza

Claves para visibilizar,
entender y prevenir el suicidio
adolescente y juvenil



ALDEAS
INFANTILES SOS

[Siguiendo ▶](#)



1. Objetivos y metodología _____ 3

2. Contexto y cifras _____ 4

3. ¿Qué es el suicidio? _____ 5

3.1 Estigmas que matan _____ 6

3.2 Autolesiones _____ 6

3.3 Romper el silencio _____ 7

4. ¿Por qué decide alguien quitarse la vida? _____ 8

4.1 Factores de riesgo _____ 10

4.2 Vacío existencial _____ 11

4.3 Uso y abuso de internet _____ 12

5. Factores de protección _____ 13

6. Trabajo en red: prevenir, detectar e intervenir _____ 16

6.1 El papel de las familias _____ 16

6.1.1 Generaciones digitales _____ 16

6.2 El papel de los centros educativos _____ 19

6.3 El papel de los medios de comunicación _____ 21

7. Mitos que no ayudan _____ 23

8. Supervivientes de suicidio _____ 24

8.1. Cómo transmitir a un niño o a una niña _____ 25

el fallecimiento por suicidio de un familiar

9. Carencias del sistema _____ 26

10. El papel de Aldeas Infantiles SOS _____ 27

11. Recursos de ayuda _____ 28

12. Bibliografía _____ 29

Edita: Aldeas Infantiles SOS
Septiembre de 2025

C/ Angelita Cervero, 9, 28027, Madrid
Teléfono: 902 33 22 22 / 91 300 52 14
Email: aldeasinfantiles@aldeasinfantiles.es

Todos los derechos reservados. Copyright de los textos, de las fotografías: Aldeas Infantiles SOS, Iván Hidalgo y sus autores.

Coordinación: Aldeas Infantiles SOS.
Investigación, entrevistas y redacción: Laura G. De Rivera.
Edición: Mónica Revilla, Arancha Sanz y Rita Piquer.
Diseño y maquetación: Ramón Cañizares.

Queda prohibida, dentro de los límites establecidos en la Ley y bajo los apercibimientos legalmente previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

1. Objetivos y metodología

El presente informe se propone los siguientes **objetivos**:



Analizar el contexto del suicidio en España, a partir de cifras de los últimos años, para mostrar una realidad poliédrica con grandes implicaciones para la vida, no solo de las personas que cometen suicidio, sino de sus allegados y todo su entorno social.



Hacer hincapié en la importancia de la prevención de este problema sanitario de primer orden.



Mostrar las distintas caras de este problema multicausal, con incremento de suicidios entre colectivos vulnerables, como niños, niñas y adolescentes, haciendo un repaso de sus factores de riesgo y sus factores de protección.



Dar información basada en evidencias y testimonios sustentados en la experiencia. Romper el silencio como antídoto contra los mitos y los estigmas que rodean al suicidio.



Señalar herramientas esenciales para la prevención, como la importancia de la escucha activa en todas las esferas sociales e interpersonales de la persona que está sufriendo.



Ofrecer recomendaciones y propuestas de mejora para paliar las grandes carencias en el abordaje del suicidio.

En cuanto a la **metodología**, hemos recopilado y analizado diversos informes, estadísticas, encuestas y estudios españoles y europeos sobre el suicidio.

Una pieza clave de la investigación han sido las entrevistas a expertos en el tema y a sus protagonistas, que nos ofrecen una visión desde dentro y un retrato completo desde distintos puntos de vista. Hemos hablado con profesionales de salud mental especializados en suicidio, con portavoces de asociaciones dedicadas a su prevención, con supervivientes y con sobrevivientes de suicidio.



Expertos entrevistados:

■ **Andoni Anseán**

Psicólogo. Presidente de la Sociedad Española de Suicidología y de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio.

■ **Juan José Escudero**

Superviviente de suicidio. Presidente de la Asociación Sendas para la Prevención del Suicidio y de la Salud Mental.

■ **Luis Fernando López-Martínez**

Psicólogo. Coordinador del programa Hablemos de Suicidio, del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

■ **Daniel López Vega**

Psicólogo. Presidente de la Asociación Papageno de Profesionales en la Prevención y Posvención de la Conducta Suicida.

■ **Andrés Losada**

Catedrático de Psicología en la Universidad Rey Juan Carlos y vicepresidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Coordinador del programa de Soledad No Deseada del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

■ **José Antonio Luengo**

Psicólogo. Decano del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid y vicepresidente primero del Consejo General de la Psicología de España.

■ **Javier Martín**

Sobreviviente de suicidio. Colaborador en la Asociación La Barandilla.

■ **Yaiza Perera**

Periodista especializada en prevención del suicidio.

■ **Román Reyes**

Superviviente de suicidio. Fundador de la plataforma Stop Suicidios.

■ **Salvador Ríos**

Sobreviviente de suicidio.

■ **Alejandro Rocamora**

Psiquiatra. Profesor del Centro de Humanización de la Salud.

■ **Luis de Rivera**

Catedrático de Psiquiatría. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática.

■ **Carlos Soto**

Superviviente. Grupo de Autoayuda Mutua de la Asociación Princesa81.

■ **Mónica Gonzalo Caballero**

Psicóloga sanitaria experta en duelo.

■ **Laura Vallejo**

Psicóloga. Directora de Investigación de Aldeas Infantiles SOS.

2. Contexto y cifras

Once personas al día se quitan la vida en España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), lo que equivale a un suicidio cada dos horas y cuarto. Eso sin contar los intentos frustrados, que oscilan alrededor de 8.000 al año. Fallecen por esta causa el triple de personas que por accidentes de tráfico, 13,6 veces más que por homicidios y 90 veces más que por violencia de género.

Según los datos provisionales publicados por el INE en junio de 2024, hubo 3.952 casos en 2023. Por primera vez desde 2018, se produjo un descenso en la mortalidad por esta causa. En concreto, la cifra bajó un 6,5 % en relación a 2022, año en que se quitaron la vida 4.097 personas, 84 de ellas menores de 20 años. 2022 fue el año en el que más suicidios se han registrado en la historia de nuestro país, seguido de cerca por 2021 y 2020. Las cifras de menores de 15 años se triplicaron entre 2019 y 2021. El suicidio es la primera causa de muerte de los y las jóvenes entre 15 y 29 años en España

En el ámbito mundial, cerca de 800.000 personas se suicidan al año, con una muerte cada 40 segundos, lo que lo convierte en un problema de salud pública a escala global. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, según la OMS, más del 77 % de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

El suicidio es la primera causa de muerte de los y las jóvenes entre 15 y 29 años en España.



3. ¿Qué es el suicidio?

“Un grito de dolor”, así define el suicidio la periodista especializada en su prevención Yaiza Perera. Es, hasta el último segundo antes de consumarse, un grito que pide ayuda.

El psiquiatra Luis de Rivera, presidente de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, lo define como “un intento de escapar a un sufrimiento insoportable. Nadie se suicidaría si estuviera bien en ese momento”. Lo mismo opina el psicólogo Andoni Anseán, presidente de la Sociedad Española de Suicidología y de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, que desmiente uno de los mitos más arraigados, “eso de que quien se quita la vida es porque quiere. La verdad es que nadie quiere morir, ni mucho menos, matarse. Que una decisión sea voluntaria no significa que sea libre. Para eso, debe haber opciones, alternativas. La persona tiene que poder ver otras salidas”. En sus palabras, “quien está al borde del precipicio es quien más quiere vivir, pero no encuentra la manera de conseguirlo. Necesitan ayuda. Por eso, es necesario que exista una red de apoyo, igual que ocurre con cualquier otro problema social, como el maltrato, o sanitario, como el cáncer”.

La OMS lo reconoce como un problema de salud pública de primer orden. Y es que, como hemos visto en el apartado anterior, las cifras hablan por sí solas. Sin embargo, sigue estando silenciado, cargado de tabúes y estigmas que impiden su abordaje efectivo.

El suicidio es, hasta el último segundo antes de consumarse, un grito que pide ayuda.

Es, no obstante, un problema al que nadie es ajeno. Y no solo porque una de cada cuatro personas padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, con la depresión a la cabeza, según cifras de la OMS. De acuerdo con el Observatorio del Suicidio en España, nada menos que entre un 5 y un 10 % de la población ha tenido alguna vez pensamiento de acabar con su propia vida. “A cualquiera nos puede tocar alguien cercano. En la mayoría de los casos, nadie se esperaba que ese familiar, ese amigo, ese compañero de trabajo se fuera a quitar la vida”, asegura Andoni Anseán.

El dolor, la desesperanza y la desconexión de las relaciones interpersonales y el proyecto de vida son las tres grandes Ds asociadas a la conducta suicida.

Contrariamente a lo que se cree, el suicidio no necesariamente es secundario a una enfermedad psiquiátrica. “Uno de los mantras que siempre se repite es que el 90 por ciento de las personas que se suicidan padecen un trastorno mental. Pero la gente lo que tiene son problemas que generan un sufrimiento. Y, dependiendo de la ayuda que tenga, va a poder superarlos o no. Si consideran que ese problema no tiene solución, pueden entrar en una dinámica cognitiva de visión de túnel, en la que lo único que ves al final es la muerte, no ves otra salida”, explica Anseán. De igual manera, el psiquiatra Luis de Rivera corrobora que “está ligado a la imposibilidad de imaginar o predecir un futuro mejor que el presente que se está experimentando en ese momento, algo que le puede pasar a una persona sana cuando se encuentra en ciertas circunstancias. Aunque es verdad que enfermedades como la depresión mayor tienen síntomas cognitivos que les impiden imaginar un futuro mejor”.

En palabras de José Antonio Luengo, decano del Colegio de Psicólogos de Madrid, es “el final de un camino de sufrimiento que te agota. Es creer que no hay nada en tu vida, que no hay solución. El dolor te va comiendo por dentro y crea una situación de indefensión”.

El dolor, la desesperanza y la desconexión de las relaciones interpersonales y el proyecto de vida son las tres grandes Ds asociadas a la conducta suicida. El psicólogo Luis Fernando López-Martínez, coordinador del programa Hablemos de Suicidio del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid, asegura que, “al tratar estas cuestiones de manera transparente, honesta y con una comprensión humana se brinda a las personas que consideran el suicidio como una salida a su sufrimiento la oportunidad de sentirse comprendidas y de expresar sus pensamientos y emociones. Este acto de respeto y ayuda puede ser decisivo, ya que, para muchas personas, el deseo de morir no radica en querer terminar con su vida, sino en una profunda necesidad de poner fin a su dolor, para el cual no encuentran otra salida que la idea de la muerte como única solución”.

Superar la conducta suicida es posible, pero no en soledad. Ni en silencio. La persona necesita tratamiento médico, psicoterapia realizada por un psicólogo experimentado y apoyo social. Además, el paso clave pasa por una “decisión personal”: “la vida es una experiencia única y merece la pena conservarla el mayor tiempo posible, por muchas situaciones negativas en que uno pueda encontrarse. Lo que debemos hacer es aprender a protegernos, a cuidarnos”, recalca el psiquiatra Luis de Rivera.

Superar la conducta suicida es posible, pero no en soledad. Ni en silencio.

3.1. Estigmas que matan

Muchas veces, el estigma es una losa que cae sobre las personas con ideación suicida y los supervivientes, es decir, los familiares y allegados de las personas que se quitan la vida. Les impide buscar ayuda porque creen que van a ser rechazadas. Como nos recuerda el sobreviviente de suicidio Salvador Ríos, “hasta hace poco, las personas que se quitaban la vida no se enterraban en el camposanto. Hoy, sigue siendo un tema tabú en la sociedad. Apenas se habla de ello en los medios de comunicación. Es como si todo el mundo quisiera mirar hacia otro lado”.

“Estos mitos, a menudo perpetuados por la falta de información o una comprensión limitada del problema, pueden impedir que las personas afectadas busquen el apoyo necesario o que su entorno cercano reconozca las señales de advertencia que pueden preceder a un acto suicida. Por ello, es imperativo promover la educación y la sensibilización sobre este problema de salud pública, ya que son herramientas clave para identificar comportamientos que podrían indicar un riesgo inminente”, apunta el psicólogo Luis Fernando López-Martínez, coordinador del programa Hablemos de Suicidio, del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.

“Es imperativo promover la educación y la sensibilización sobre este problema de salud pública”.

La buena noticia es que, como remarca el psicólogo Daniel López Vega, presidente de la Asociación Papageno de Profesionales en la Prevención y Posvención de la Conducta Suicida, poco a poco, gota a gota, se van rompiendo esos estigmas. “En los años 1980 no se hablaba de ello. La pandemia supuso un revulsivo, en un escenario de crisis social y económica. Ha servido para dar más visibilidad a los problemas de salud mental. Antes no escuchabas a los niños hablar de estos temas en un colegio; ahora, cada vez más, se habla abiertamente. Lo mismo ocurre con las charlas que nuestra asociación da sobre el suicidio en toda España: antes era impensable que alguien del público reconociera delante de los demás asistentes a la conferencia que un familiar se había quitado la vida; ahora, no”, observa.

3.2. Autolesiones

Los comportamientos autolesivos no suicidas, en los que la persona se produce de forma intencional cortes, quemaduras o golpes en el propio cuerpo, son una forma de violencia autoinfligida que causa dolor o daño superficial, pero no tiene intenciones de quitarse la vida.

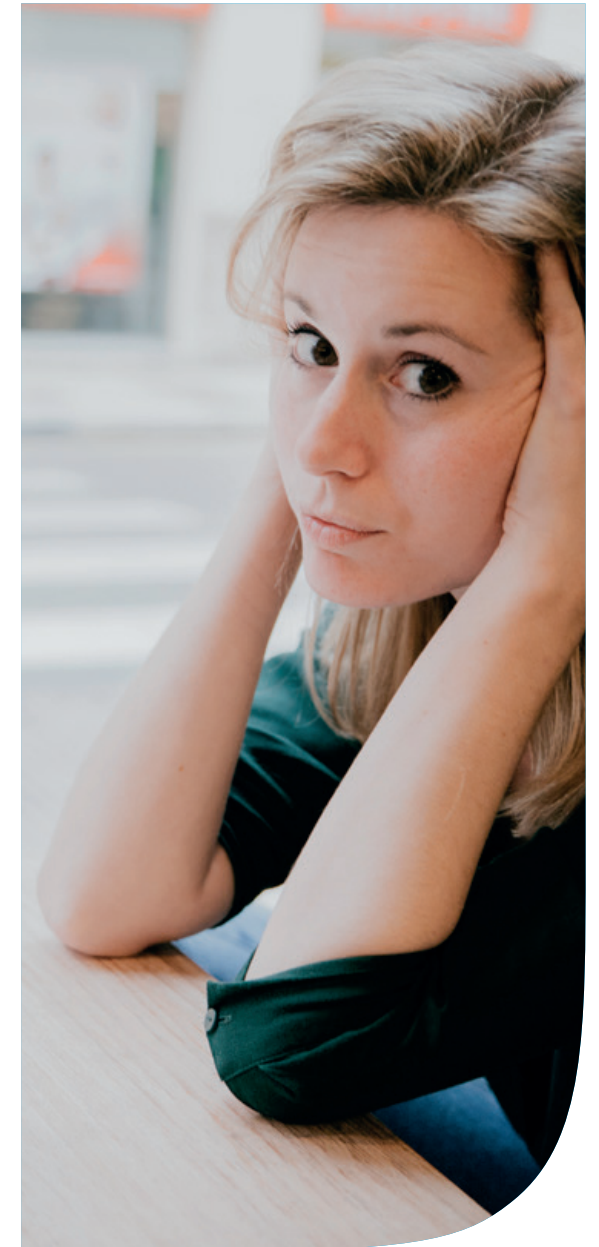
El impulso de hacerlo surge de la necesidad de aliviar un estado insoportable de sufrimiento interno. El desencadenante es un estado de ansiedad, depresión, tensión, frustración, culpa, autocastigo o rabia. “La psicopatología está sujeta a la presencia de una desregulación emocional, en la que se busca el enmascaramiento del dolor emocional con el físico”, según un estudio publicado por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en 2019. “La autolesión llega a funcionar, en ocasiones, como si de un ansiolítico de efecto instantáneo se tratara, como un medicamento para aliviar la tensión, y es casi adictivo”, alerta por su parte José Antonio Luengo en *El dolor adolescente*.

El problema es que cada vez necesita que el daño sea mayor para poder calmar su ansiedad, lo que podría derivar en daños irreversibles o conductas suicidas en el futuro. Por algo la OMS incluye las autolesiones entre las cinco mayores amenazas para la salud de los adolescentes.

Esta conducta está cada vez más extendida entre nuestros adolescentes: según otra investigación, realizada en la Universidad de Queensland con datos de dieciocho países (entre ellos España), el 17,2 % de los chavales entre 10 y 17 años lo practican, con un 18,4 % en la franja entre 18 y 24 años. El porcentaje baja a un 5,5 % entre los adultos.

Las redes sociales e internet son un caldo de cultivo e imitación de estas prácticas. Pueden encontrarse en ellas miles de fotos y vídeos de autolesiones en adolescentes, así como instrucciones de cómo infligírselas. Según la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, el 21 % de los jóvenes entre 14 y 24 años habían visitado alguna de estas páginas en 2018. En este escenario, otro estudio del Colegio Oficial de la Psicología en Tarragona advierte de que la edad media en la que ocurren por primera vez hoy es los 12 años, cuando en 2015 era a los 16 años.

La OMS incluye las autolesiones entre las cinco mayores amenazas para la salud de los adolescentes.



3.3. Romper el silencio

“La mayoría de la gente se calla. Sin embargo, necesitamos hablar las cosas que nos agobian porque pierden peso cuando las contamos. Esto es algo que sirve tanto para los supervivientes como para las personas con ideación suicida”, recalca Carlos Soto, superviviente del suicidio de su hija con 17 años. “Las cosas que se quedan dentro para uno mismo se hacen una bola muy grande”, añade.

Hablar, no obstante, no es fácil. “Hay muchos supervivientes que no han podido hablarlo y siguen con ese dolor enquistado”, apunta Juan José Escudero, superviviente de la muerte de su hijo de 19 años y fundador de la Asociación Sendas para la Prevención del Suicidio y de la Salud Mental. Sobre todo, porque no es fácil encontrar a quien quiera escuchar. “A veces, con la mejor intención, la gente que te quiere te dice ‘no, déjalo, vamos a hablar de otra cosa, que te pones triste’. Necesitas a personas que estén dispuestas a aguantar el chaparrón, a escucharte, a dejarte llorar y abrazarte o llorar contigo”.

En su caso, Carlos Soto y Juan José Escudero optaron por reconvertir su sufrimiento en una misión: hablar de ello y dar voz a las personas que piensan en suicidarse para que lo que les pasó a sus hijos no le pase a nadie más.

“Necesitamos desmitificar el suicidio. Dar herramientas y poder hablar de ello. Es el miedo -a no saber cómo abordarlo, a las posibles reacciones de los demás- lo que impulsa al silencio”, remarca Soto, experto en dar charlas sobre el tema en colegios, institutos y en cursos de formación para psicólogos y miembro del Grupo de Autoayuda Mutua de la Asociación Princesa81.



Hablemos de Suicidio

El Colegio de la Psicología de Madrid puso en marcha hace dos años el programa Hablemos de Suicidio, basado en que “la comunicación abierta sobre el suicidio no solo facilita la creación de un entorno seguro donde las personas se sientan cómodas para buscar ayuda, sino que también permite que estas se sientan vistas y escuchadas por quienes las rodean. Este reconocimiento social es fundamental porque transmite un mensaje claro de empatía, apoyo y amor, mostrando que los problemas no son solo una carga individual, sino una responsabilidad compartida por la comunidad. Así, se crea una red de apoyo social y comunitaria esencial para la recuperación de quienes están en crisis”, recalca el coordinador del programa, Luis Fernando López-Martínez.

En la práctica, el programa ha implementado talleres, seminarios y materiales didácticos que promueven una mayor comprensión sobre el tema, desmitificando creencias erróneas y brindando a las personas las herramientas necesarias para identificar señales de alerta y ofrecer apoyo adecuado. En el ámbito social, con este mismo objetivo en su diana, colabora con medios de comunicación, campañas de sensibilización y alianzas con organizaciones no gubernamentales.

Estos materiales están a disposición de la ciudadanía en la página web del Colegio de la Psicología de Madrid.

4. ¿Por qué decide alguien quitarse la vida?

Podríamos pensar que un niño o niña apenas tiene de qué preocuparse. Nos equivocáramos. Muchos viven conflictos familiares graves, separaciones traumáticas de los padres, acoso escolar, malos tratos, soledad, desengaños amorosos, muertes de seres queridos, cambios de residencia y entorno social, fracaso y presión escolar y conflictos de discriminación y/o aceptación social. Todos estos factores están entre los desencadenantes más comunes de intenciones de suicidio. Sin embargo, la clave está en cómo vive la persona esa circunstancia desagradable que le ha tocado vivir. Por lo general no se trata de un solo hecho aislado, sino de una “situación” mental, emocional y existencial.

¿Qué le lleva a alguien a tomar la decisión de quitarse la vida? La mayoría de las veces es imposible responder a esta pregunta. “No hay una sola causa. Es un problema multifactorial y poliédrico: cóctel de factores de naturaleza social, económica, cultural, experiencias personales, salud mental”, afirma José Antonio Luengo. Siempre hay, sin embargo, “elementos que pueden explicar un rastro de circunstancias que, todas unidas, pueden acabar creando una sensación de pérdida total, de ruptura con la vida. Son situaciones que afectan a lo más profundo del ser humano y provocan un desarraigo de las claves que te permiten seguir viviendo”, añade.

En el mismo sentido, el psiquiatra especializado en suicidio Alejandro Rocamora, profesor en el Centro de Humanización de la Salud, afirma que “no hay causas, hay desencadenantes. Son gotas que colman el vaso. Pero para que esa gota colme el vaso, tiene que estar rebosante”.

Por otra parte, aunque el maltrato, el *bullying*, el aislamiento social, las dificultades socioeconómicas, las agresiones sexuales o el abuso de sustancias son situaciones que suman y hacen que el riesgo de suicidio sea mayor, el perfil está cambiando en los últimos años. Cada vez más, nos encontramos con niños y niñas con un rendimiento escolar bueno y una situación familiar estable y aparentemente ningún problema. Puede tener que ver con las presiones sociales y el cambio de valores. Las tecnologías digitales han creado un escenario nuevo que no conocíamos. Muchas veces, desemboca en un uso problemático de internet o redes sociales, lo que fomenta los síntomas de depresión.

Una vivencia clave en la ecuación es la desesperanza, la falsa creencia de que ese sufrimiento extremo no tiene posibilidades de solucionarse. Como indica Rocamora, “los prisioneros en los campos de concentración nazi no se lanzaban contra la alambrada para quitarse la vida. En una situación de mucha tensión, la esperanza de solución nos mantiene con vida. Ellos esperaban la libertad. Al salir, sin embargo, y ver su casa destruida, su familia muerta, su salud destrozada, ya no tenían nada. Por eso, muchos se suicidaron una vez liberados”.

Una vivencia clave en la ecuación es la desesperanza, la falsa creencia de que ese sufrimiento extremo no tiene posibilidades de solucionarse.





Nico, 19 años

Nico era un chico maduro y sensible, muy querido por sus amigos y por sus profesores, siempre había tenido dotes de líder en la clase. A pesar de que ambos habían pasado por una pérdida dolorosa reciente -la madre de Nico había fallecido dos años antes después de tres años de tratamiento contra el cáncer-, su padre no sospechaba que estuviera pensando en suicidarse. “Nunca expresó que quisiera quitarse la vida”, recuerda. Nico recibía terapia psicológica en un centro privado, para ayudarlo a superar el duelo de su madre, pero la psicóloga tampoco detectó el peligro.

Cuando sucedió, su padre, Juan José Escudero, intentó comprender. “Busqué en todos sus papeles y en su ordenador. Por todo lo que vi, no tenía problemas con terceros, ni con desconocidos ni con amigos”. Solo encontró una carta que no había enviado, escrita meses antes a un amigo suyo. Era una carta de mucha tristeza, diciendo que ya no podía con la vida.

Su padre siguió investigando, tratando de calmar su dolor, aunque fuera solo un poco, comprendiendo y racionalizando la tragedia. Tuvo reuniones con los médicos y la psicóloga, empezó a leer libros especializados, a acudir a charlas, a participar en grupos de autoayuda. Y, así, fue armando todas las piezas del fatídico puzle.

Había muchas señales de alarma, pero la psicóloga no supo unir los puntos en su momento. “Todas las pérdidas que vive una persona van sumando y Nico había perdido a su madre, había tenido una ruptura con su novia de dos años y se había quedado sin trabajo. Días antes, se enteró de que su mejor amiga iba a irse a vivir al extranjero”, apunta Escudero. Además, Nico llevaba tiempo que no quería salir de su cuarto, había perdido las ganas de salir con los amigos, se saltaba los horarios de las comidas, tenía reacciones de irritabilidad en ocasiones sin venir a cuento. Incluso, “había confesado a la psicóloga que no quería contarme sus problemas para no preocuparme. Pensaba que era una carga para mí”.

Además, Nico siempre había sido una persona muy sensible. “Hablando con otros supervivientes que han perdido a sus hijos, es un rasgo que se cumple en la mayoría de ellos. Son chicos con una gran sensibilidad. Les afecta mucho lo que pasa en el mundo”, dice Juan José.

Todos estos detalles acabaron dibujando el retrato de un sufrimiento insoportable. Nadie pudo anticiparse hasta que fue demasiado tarde. Por eso, para su padre, el mayor sentido que puede tener la muerte de Nico es que sirva para evitar que su tragedia se repita ya que, en sus palabras, “la gran mayoría de las muertes por suicidio se pueden prevenir”.

4.1. Factores de riesgo

La evidencia científica demuestra que existen ciertas circunstancias que confieren un mayor riesgo de suicidio, cuando se compara con la media de la población general. Sin embargo, que una característica esté dentro de esta lista no implica, de ninguna manera, que quien la experimenta vaya a cometer suicidio. Son solo factores a tomar en cuenta. Cuantos más de ellos coincidan en una misma persona, mayor será su predisposición.

Intentos de suicidio previos en la misma persona o en su familia o entorno cercano. El mayor factor de riesgo es haber llevado a cabo un intento de suicidio con anterioridad. El porcentaje de reintentos es del 20 % dentro del mismo año, una cifra que sube al 40 % en el caso de jóvenes y adolescentes. Además, investigaciones como la publicada en The Lancet por un equipo de la Universidad de Aarhus (Dinamarca), dejan claro que los antecedentes de suicidios en la historia familiar duplican el riesgo de que la historia se repita, sobre todo si se trata de familiares de primer grado. “Hay familias que han perdido tres o cuatro miembros por esta causa. Cuando se da un suicidio hay un tendencia a que haya más en esa zona y en esa franja temporal”, advierte Daniel López.

Cuando ocurre un suicidio en el entorno cercano o cuando se transmite de forma irresponsable en los medios de comunicación, el efecto contagio es otro factor de riesgo. Aquí es esencial el papel de los medios de comunicación: cuando difunden la noticia de un suicidio de un famoso, citando el medio empleado y el lugar, suben las probabilidades de que en los días posteriores haya intentos de suicidio en el mismo sitio y con el mismo método.

Experiencias adversas en la infancia, como el maltrato, el abuso sexual o ser testigos de violencia de género, hacen que las personas sean menos resilientes al sufrimiento y más vulnerables a la ideación suicida.

Acoso escolar. Padecer acoso en el centro educativo es una de las causas más frecuentes de depresión y ansiedad en niños y niñas y, según diversos estudios, el riesgo más importante entre adolescentes con ideación suicida. El 20 % de quien lo sufre ha intentado quitarse la vida. Curiosamente, no son solo las víctimas quienes tienen más probabilidades de suicidio, sino también los acosadores: un 20,4 % de estos últimos ha pasado por intentos de suicidio. Casi

dos estudiantes por clase sufren acoso escolar en España, según un reciente estudio de la Universidad Complutense de Madrid realizado con una muestra de 21.000 chavales de las 17 comunidades autónomas, con edades que comprenden desde 4º de Primaria a 4º de Secundaria. El porcentaje es mayor, precisamente, cuando los niños y niñas son más pequeños y tienen menos herramientas para defenderse (en Primaria 7,6 % frente al 5,3 % en Secundaria). Dificultades de aprendizaje (34,1 %), identidad de género y orientación sexual LGTBIQ (10,7 %) y sobrepeso (10 %) son, por este orden, las tres “razones” más habituales para los ataques.

Soledad no deseada y aislamiento social. “Los adolescentes y los ancianos son los dos grupos de edad que sufren mayor prevalencia de soledad no deseada”, afirma Andrés Losada, coordinador del Programa de Soledad no Deseada del Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Ambos grupos son, además, víctimas frecuentes del edadismo -discriminación negativa de una persona por su edad-. Dos factores que han de tenerse en cuenta en la ecuación del suicidio. Entre 2020 y 2019, el riesgo de suicidio en mayores de 79 años aumentó un 20 %. Conforman uno de los grupos de riesgo, con 1.000 suicidios anuales a partir de 70 años. A la par, está creciendo la cifra entre los más jóvenes. “La pandemia les afectó en una situación de gran vulnerabilidad, y las consecuencias que estamos viendo hoy son un aumento muy grande de suicidios, soledad y adicciones en los chavales”, señala Losada.

Desarraigo. En palabras de José Antonio Luengo, un importante factor de riesgo es la “pérdida de vínculos afectivos estables, que dificulta la seguridad emocional que te permite seguir el día a día con tu vida”. “Es algo que conocen bien los menores inmigrantes. El duelo que pasan por cambiar de país es un factor de riesgo”, apunta Daniel López. La vulnerabilidad aumenta en los casos de refugiados que llegan de países con conflictos bélicos o sociales.

Contextos de crisis social. Los momentos de crisis económica siempre han visto multiplicarse los casos de suicidios a lo largo de la historia. Por ejemplo, según un estudio reciente de la Universidad de Oxford, publicado en The Lancet, los suicidios crecieron un 2,4 % en Europa desde la crisis sanitaria que comenzó en 2020.

Desempleo. El mismo estudio, tras cruzar datos de mortalidad de la OMS con las cifras de paro, observó que, por cada 1 % que aumenta el desempleo en un país, crecen un 0.8 % sus tasas de suicidio. Asimismo, un metaanálisis realizado por

la Universidad de Oxford y publicado en 2023 concluye que los individuos que experimentan dificultades económicas tienen un 74 % más de probabilidades de morir por suicidio y que la cifra sube a un 87 % en los desempleados.

Pobreza y desigualdades sociales. La falta de recursos no solo aumenta la brecha de desigualdad en lo que a recursos materiales se refiere, también impacta directamente en la salud mental de las personas que la experimentan. El estrés crónico que provoca la exposición continuada a situaciones como la inseguridad alimentaria o la inestabilidad de vivienda puede desembocar en cuadros psicológicos como la ansiedad o la depresión y, en los casos más graves, aumentar el riesgo de ideación suicida como respuesta a la imposibilidad de cubrir las necesidades básicas. Aquí entra en juego, además, lo que Daniel López llama “factor de comparación, cuando ves que a tu alrededor todo el mundo tiene de todo y tú apenas tienes para comer”.

Trastornos mentales. “A veces, tiene que ver con la presencia de una enfermedad mental, como depresión mayor, trastornos del neurodesarrollo o trastornos de conducta. Pero no siempre es así. A veces, se trata de cuestiones sobrevenidas que destrazan a las personas en un momento”, señala José Antonio Luengo. Aunque hoy en día hay muchos casos en los que no existe una patología clara de salud mental, está demostrado que la presencia de depresión y ansiedad hace que la persona sea más vulnerable al sufrimiento y cuente con menos estrategias de afrontamiento. Asimismo, se ha observado una correlación entre otras enfermedades mentales, como el trastorno de la personalidad límite, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, entre otros.

El componente de impulsividad que caracteriza a ciertos trastornos, como el déficit de control de impulsos o el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) también es un factor de riesgo.

Alcoholismo y drogadicción. Clasificados como trastornos mentales, según el Manual de Trastornos Mentales DSM-5, ambos aumentan las probabilidades de que una persona cometa suicidio. El consumo puntual o agudo de alcohol o drogas, aunque no exista adicción, también está vinculado a la conducta suicida.

Vivir en zonas rurales, “No es lo mismo tener mucho apoyo social que vivir aislado en zonas de creciente despoblación”, señala Daniel López. En España, la cuenca minera de Asturias y algunas zonas rurales del centro de Andalucía y de Galicia son focos de suicidios.

4.2. Vacío existencial

“La vivencia suicida es poliédrica. Tiene tres caras: emocional, conductual y existencial. La emocional se refiere al conjunto de sentimientos que constituyen la base de la conducta suicida, tales como el vacío existencial, la soledad, la angustia, la vergüenza, la culpa o la impulsividad. La conductual es la manifestación externa de esos sentimientos profundos, que se materializa bien como una ideación suicida o como un intento autolítico o un suicidio consumado. La existencial parte de la vivencia de vida, hasta la voluntad de matarse. En este proceso, en un extremo, de los que miran a la vida, se sitúa el amplio espectro de personas que expresa un primer malestar general y descalificación de sí mismo que conduce al deseo de no vivir. A partir de ese momento, se produce un giro hacia la muerte: deseo morir. A medida que nos aproximamos al extremo de la muerte, la vivencia suicida es más firme y el riesgo de autodestrucción más alto”, señala Alejandro Rocamora.

Este psiquiatra, que trabajó durante 40 años como voluntario en el Teléfono de la Esperanza, relaciona el suicidio con la pérdida de identidad y del sentido de la vida, algo que puede definirse como vacío existencial. Para solucionarlo, según escribió el psicólogo y neurólogo austriaco Victor Frankl en *El hombre en busca de sentido*, existen tres caminos: “el valor creativo –que puede venir del trabajo, de la posibilidad de dar, ofrecerte a los demás–, el valor vivencial –amar y ser amado y reconocido por el otro– o un cambio de actitud”, nos explica Rocamora. Esta última vía, el cambio de actitud, se basa en que “el ser humano es libre para elegir su actitud ante las circunstancias que está viviendo. Siempre puede elegir”.

“Los ideales impostados que vemos en las redes sociales no existen. Nos invaden con unos deseos que no son nuestros. Si te comparas con ellos, te sientes fracasado, fuera de lugar”.

Para ello, es fundamental para la persona encontrar su sentido de la vida personal. “Cada uno tiene el suyo y, además, puede ser cambiante en el tiempo”, señala Rocamora. Viktor Frankl, por ejemplo, que vivió preso en un campo de concentración, “no se lanzó contra las alambradas electrificadas porque encontró el sentido en atender a los enfermos”. Es una búsqueda que tiene que ver con la dimensión de los valores de la persona: “todos aquellos valores que tienen en cuenta al otro y aportan un sentido de trascendencia de uno mismo, como la solidaridad y la aceptación del otro, son valores preventivos del suicidio”, añade.

Sin embargo, hoy en día, la cultura materialista hace más difícil cultivar ese sentido de trascendencia, sin el cual “tienes menos recursos para afrontar la adversidad”, en palabras de Rocamora.

De la misma manera, Andoni Anseán denuncia que “la cultura actual, sustentada en una falsa ola de felicidad *happy flower* es tóxica y contaminante. Nos impone una especie de competitividad con uno mismo, en la que parece que estás obligado a ser cada vez más feliz. Te dicen que tienes que lograr tu sueño y vivir de ello y, encima, ganar mucho dinero. Es una gran falacia. No tienes la obligación de crearte esos sueños, porque solo te van a traer éxitos ajenos, impuestos”. Anseán nos propone liberarnos de esa carga: “La vida no es lo que vemos en TikTok. Solo hay que vivirla y no crearse expectativas que vienen de fuera. Los ideales impostados que vemos en las redes sociales no existen. Nos invaden con unos deseos que no son nuestros. Si te comparas con ellos, te sientes fracasado, fuera de lugar”.



4.3. Uso y abuso de internet

“En los últimos años, ha crecido el uso y dependencia de las nuevas tecnologías, que aíslan a los jóvenes de la interacción real y les impiden poner en práctica las habilidades sociales necesarias para cultivar una amistad. La comunicación por las redes sociales es fría, falsa y poco sensible a los estímulos que se producen en una relación real”, afirma Andrés Losada.

Son muchos los investigadores que señalan el círculo vicioso entre sentimiento de soledad, uso adictivo de internet e ideación suicida en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes. “La adolescencia es una época muy complicada, que presenta mucha ideación suicida y de autolesión”, advierte Andoni Anseán. El proceso psicoevolutivo típico de esta edad hace que los chavales vean sus problemas con un nivel de angustia enorme, como si fueran el fin del mundo. Es algo que, encima, se ve agravado por el entorno en el que viven. “La presión de las redes sociales es muy fuerte. El mensaje que reciben es que tienes que ser guapo y feliz, tener una vida perfecta. Ofrecen una imagen distorsionada y falaz de la vida”, denuncia.

Por otra parte, internet puede convertirse en un escenario peligroso para alguien que ya tiene ideas autolíticas. “Las personas que estamos pensando en suicidarnos tenemos la emoción a flor de piel, nos volvemos hipersensibles. Por eso, es importante tener especial cuidado con cualquier influencia externa que pudiera dañarnos. Mucho ojo con buscar soluciones al dolor que estás sintiendo en internet, porque puedes encontrarte con muchas cosas que no estás preparado para asimilar o que pueden ser contraproducentes”, advierte Salvador Ríos, sobreviviente de suicidio.

Internet puede convertirse en un escenario peligroso para alguien que ya tiene ideas autolíticas.



Señales de advertencia

No debemos confundir los factores de riesgo con las señales de advertencia, algunas de las cuales se citan a continuación:

- Intentos previos.
- Hablar de ideas de suicidio.
- Actitud de desesperanza, pérdida de ilusión o ganas de hacer cosas.
- Aislamiento.
- Manifestar que no se encuentra razón para vivir.
- Haber pasado por una pérdida dolorosa.
- Sentimientos de humillación, vergüenza.
- Sentimiento de ser un estorbo para su familia o sus seres queridos.
- Deshacerse de sus cosas o regalárselas a los amigos.
- Abuso de sustancias.

5. Factores de protección

Los factores de protección tienen que ver con acciones que ayudan a prevenir, reducir o mitigar los factores de riesgo. Estos pueden estar vinculados tanto a situaciones externas como a características internas individuales, como la forma en que gestionamos nuestras dificultades, la capacidad para controlarnos, cómo nos enfrentamos a los desafíos y los valores que vamos adquiriendo a lo largo de nuestra vida. En resumen, son todos los elementos que nos confieren confianza y equilibrio en el día a día.

Sistema sanitario de calidad. El número de especialistas en España es uno de los más bajos de Europa. Nuestro sistema público cuenta con once psiquiatras por cada 100.000 habitantes –la mitad que en Francia– y tres veces menos psicólogos que la media europea.

Todos los expertos consultados recalcan la necesidad de contar con mayor número de expertos en salud mental para atender las consultas, así como una mayor formación de los especialistas sanitarios en el abordaje del suicidio. También es urgente el establecimiento de protocolos de atención e intervención que minimicen el espacio de tiempo entre consultas.

Herramientas para manejar los contratiempos emocionales. Empatía, espíritu crítico, creatividad, asertividad y sociabilidad son habilidades fundamentales para la vida. Todas ellas pueden enseñarse, cultivarse, cuidarse y reforzarse en casa y en el colegio. La educación emocional es clave para aportar a los niños, niñas y adolescentes herramientas que les permitan aprender a gestionar sus emociones sin recurrir a la violencia contra los demás o contra sí mismos.

La adolescencia, en particular, es un momento de crecimiento personal que hace complejo el camino. Están aprendiendo a resolver conflictos, problemas y es importante dotarles de recursos para superar las crisis, y para desarrollarse plenamente.

Otro punto fuerte reside en aumentar las redes de apoyo entre iguales, con espacios de ocio compartido, ya que hay personas que ante la adversidad tienden a aislarse y encerrarse en sí mismas, lo cual es un factor de riesgo.

La educación emocional es clave para aportar a los niños, niñas y adolescentes herramientas que les permitan aprender a gestionar sus emociones sin recurrir a la violencia contra los demás o contra sí mismos.

Contexto social y familiar seguro. Es un importante protector y promotor de la salud mental. Contar con un ambiente emocional afectivo y estable y saberse querido y tenido en cuenta por las personas que tenemos a nuestro alrededor es determinante.

Sensación de arraigo y pertenencia. Relacionadas con el punto anterior, hay dos cosas fundamentales para vivir, en palabras de Daniel López: “Sentirte parte de algo. Y sentirte importante para alguien o dentro de ese grupo”.

Un factor protector clave es tener claro quiénes somos, con quiénes nos relacionamos y a qué entorno pertenecemos, y poder establecer un sentido de pertenencia en ese entorno. Por eso es tan importante para los niños, niñas y adolescentes sentirse parte de su familia, su escuela y su grupo de amigos.

Autoestima y autoconcepto. La imagen que una persona tenga de sí misma se verá, en gran medida, influenciada por el lugar que ocupa en la comunidad y su sensación de pertenencia. El autoconcepto se refiere a la forma en que te percibes a ti mismo. Es fundamental que tengas una imagen precisa, clara y confiada de quién eres. La autoestima, por su parte, está relacionada con la forma en que te valoras.

Tener un propósito vital más grande que tú mismo. “Las personas siempre estamos buscando un significado a nuestra vida, un propósito. Es un impulso biológico que necesita ser satisfecho. Nos hacemos la pregunta ‘¿por qué estoy aquí?’ Mucha gente encuentra ese significado en cosas externas o materiales,

como dinero, un título profesional, poder o algún talento que los hace destacar. En psicología, se conoce como hedonismo. Pero también podemos encontrar un sentido a la vida en el amor por los demás. Cuando conectamos con otros seres vivos a través de la amabilidad o la compasión, estamos satisfaciendo nuestro impulso innato al altruismo y eso nos provoca alegría y otras emociones positivas. Es lo que se llama eudemonismo”, señala David Fryburg, médico y fundador de Envision Kindness.

En este sentido, participar en acciones altruistas hacia los demás está relacionado con los anteriores factores, porque aumenta la autoestima y la sensación de pertenencia. Puede funcionar, además, como una especie de bálsamo para nuestro propio sufrimiento. Cuando realizamos un acto altruista, nuestro organismo libera opioides endógenos que producen sensación de placer. Gracias a estudios de resonancia magnética, como los de la psicóloga Helen Weng (Universidad de Madison), sabemos que preocuparse por los demás genera un premio en el cerebro, pues se activa el circuito de recompensa, además de la zona encargada de la empatía. Al contrario, el aislamiento social activa circuitos neuronales implicados en el dolor. Según David Fryburg, “practicar un voluntariado ejerce un efecto positivo en el bienestar del individuo al conectarlo con otras personas, a través de un propósito vital. Y eso es crítico para atenuar los peores estresores, como la sensación de soledad”.

En el polo opuesto, cuando la gente no encuentra un sentido a la vida, “eso se traduce en estrés. Y sabemos que el estrés crónico puede desembocar en enfermedades de todo tipo. Además, conduce a distintos comportamientos para aliviar el dolor, desde el alcoholismo a otras adicciones o, incluso, el suicidio”, añade.

Contar con un ambiente emocional afectivo y estable y saberse querido y tenido en cuenta por las personas que tenemos a nuestro alrededor es determinante.



La importancia de la escucha

En este intento desesperado de no estar solos, de buscar un oído amigo, muchos recurren a los teléfonos de ayuda para el suicidio que, en España, parten de asociaciones privadas, además del 024 estatal. "Al hablar con la persona y al escucharla, al final, muchas veces, entra en razón y sobrevive a ese impulso, que suele aparecer en oleadas", nos comenta Daniel López, psicólogo coordinador de la Asociación Papageno para la Prevención y Postvención de la Conducta Suicida, que trabaja como voluntario en el teléfono de la asociación. De todas maneras, esa no es la solución a largo plazo: "El teléfono es útil para la intervención en crisis. Pero, aun así, la persona va a seguir necesitando ayuda".

Saber escuchar implica aplicar la escucha activa, dedicando tiempo sin interrupciones ni juicios. Un buen enfoque es estar presente sin distracciones (como móviles), sin consejos apresurados y esperar en silencio si la otra persona no se abre de inmediato, dándole el espacio necesario para hablar.

Teléfonos de interés:

- Servicio de atención a la conducta suicida: 024
- Papageno: 633 169 129
- Teléfono de la Esperanza: 91 459 00 55 – 717 003 717
- Fundación ANAR: 900 20 20 10



Javier Martín, sobreviviente

“Yo no quería quitarme la vida. Quería dejar de sufrir”. Ese era el único pensamiento que Javier Martín, de 52 años, tenía en la cabeza el día en que decidió suicidarse, en 2012. “Llevaba una vida estable, era feliz con mi pareja, tenía muchos amigos, trabajaba en lo que me gusta, ganaba dinero...”, recuerda. Entonces, sufrió un brote de trastorno bipolar. “Empecé a ver la realidad muy distorsionada. Lo veía todo negro, cualquier problema cotidiano me parecía insalvable. Es un sentimiento de sufrimiento tan profundo que crees que no vas a poder salir”.

¿Un mensaje para quien pueda verse en la misma situación? Martín lo tiene claro: “Esa sensación de que no puedes salir de ahí no es verdad. Todos los problemas son transitorios. Hay que tener paciencia, confiar en el psicólogo o el psiquiatra, pero se puede salir”. En su caso, lo que le “salvó la vida” en los instantes previos a cometer el suicidio fue imaginar la cara de terror de su pareja recibiendo la noticia de su muerte. Esa imagen mental fue lo que le detuvo.

“Cuando pasas por lo que yo pasé, para salir adelante es fundamental sentirte escuchado. Lo que hay que hacer es contarlo, a amigos, a familiares... En esos momentos, estás incapacitado, no sabes qué hacer, necesitas que te acompañen. Necesitas que tu entorno se ponga en marcha, te diga, venga, vamos al psiquiatra”, dice. A partir de ahí, con ayuda de la atención psicológica Javier consiguió dejar atrás sus pensamientos de suicidio. Aunque no cualquier psicólogo vale. Se trata de encontrar a alguien con quien nos sintamos cómodos y en confianza. Martín recalca que “es muy importante encontrar el psicólogo o psiquiatra que encaja contigo, porque te vas a abrir en cuerpo y alma a una persona y tiene que haber un acuerdo para que la relación sea empática, muestre interés por ti, te resulte afín. Si no te gusta o no conectas, vete a otro”, aconseja.

6. Trabajo en red: prevenir, detectar, intervenir

El entorno familiar, social, escolar, recursos de salud, servicios sociales que apoyan a las comunidades vulnerables, todos son actores clave. “Podemos prevenir mejor cuando todos llevamos un plan encaminado a detectar antes el riesgo de suicidio”, recalca José Antonio Luengo.

6.1. El papel de las familias

No es un papel fácil, pero es quizá el más importante, pues la familia suele estar en la primera línea en su relación con la persona con ideación suicida. Ser todo ojos y oídos es la clave, sobre todo, cuando uno de cada tres niños, niñas y adolescentes en esta situación no cuenta a sus padres ni a sus profesores lo que está pasando. Los dos motivos principales: el miedo y no querer preocupar a su familia.

Para ganarnos esa confianza necesaria para que compartan lo que sienten, es fundamental no criticar, etiquetar o culpar. Lo más importante es escuchar lo que estén dispuestos a decirnos, y estar cerca. Podemos comentar algo como “parece que lo estás pasando mal”, pero sin forzar la situación. Es esencial no juzgar ni hacer comentarios como “estás exagerando” o “no tienes de qué quejarte”.

Aunque lo que nos cuenten nos parezca muy impactante, es crucial escucharlos sin restar importancia a sus problemas, entender que para un adolescente lo que le está pasando es lo más importante en ese momento. Minimizar lo que sienten solo puede hacer que se sientan peor, como si no tuvieran derecho a estar mal.

Los adolescentes se cierran cuando no encuentran una escucha real. Necesitan sentir que realmente quieres oírlos. Y, si no es con nosotros con quien quieren hablar, quizá lo hagan con otra persona, por lo que es importante ofrecerles esa opción.

Es crucial escucharlos sin restar importancia a sus problemas, entender que para un adolescente lo que le está pasando es lo más importante en ese momento.

Otra aliada imprescindible es la paciencia. Juan José Escudero, presidente de la Asociación Sendas para la Prevención del Suicidio y de la Salud Mental, nos habla de la regla de los 90 minutos, un tiempo que puedes pasarte en silencio a su lado, sin ponerte nervioso, sin entretenerte con ninguna otra cosa, solo esperando a que se abra. A muchos adolescentes les cuesta hablar de sus sentimientos, sobre todo, con sus figuras parentales o de autoridad.

Si nunca compartimos nuestros propios problemas con nuestros hijos e hijas, no podemos esperar que ellos lo hagan con nosotros. Una buena estrategia para animarlos a abrirse es hablarles de aquello que nos preocupa y luego comentar que compartirlo nos ha hecho sentir mejor o que, al hablar de los problemas, parece que pierden importancia. Una vez que comienzan a hablar, lo harán con mayor facilidad en el futuro.

6.1.1. Generaciones digitales

“Los padres de hoy están más informados que nunca sobre cómo educar a los niños. Sin embargo, estamos más inseguros que nunca. Esto es así porque nos enfrentamos a un nuevo contexto en que los menores crecen e interactúan y, a veces, se maleducan: los entornos digitales. Un chico que pasa tiempo metido en una red social sin control y viendo contenidos inadecuados puede sufrir desajustes en su salud emocional”, observa Luengo.

Uno de los temas más preocupantes al respecto es el aumento del consumo de pornografía entre los y las adolescentes. La edad media en la que ven

por primera vez este tipo de vídeos se sitúa entre los seis y los doce años y, para muchos niños y niñas, supone el primer acercamiento a la sexualidad, condicionando y distorsionando gravemente su percepción de la misma.

El acceso al porno, que, además, conlleva riesgo de adicción y normaliza la violencia de género, se produce a través de canales de uso tan frecuente entre los y las adolescentes como son las redes sociales o las videoconsolas.

Realidades como esta ponen de manifiesto la necesidad de que las familias acompañen a sus hijos e hijas en la gestión adecuada de las tecnologías. Algunas claves para lograrlo son dialogar con ellos sobre las oportunidades y los riesgos que presenta el entorno digital, revisar con ellos las opciones de privacidad y seguridad de los diferentes canales online, o concienciarles de los peligros de compartir contenido íntimo a través de internet.

Más allá de esta “alfabetización digital”, el pilar fundamental para prevenir el consumo de pornografía en la infancia y adolescencia pasa por llevar a cabo, tanto en casa como en el aula, una adecuada educación afectivo-sexual que permita a niños, niñas y adolescentes desarrollar una sexualidad sana, basada en el respeto, el consentimiento y la gestión de las emociones.

Si nunca compartimos nuestros propios problemas con nuestros hijos e hijas, no podemos esperar que ellos lo hagan con nosotros.



“Solo quiere llamar la atención”

“Hace poco se quitó la vida mi hijo. Durante los dos últimos años su vida cambió, sus actitudes hacia todo cambiaron, su forma de ser cambió, sus intereses cambiaron o, tal vez peor, dejaron de existir. En casa nos preocupábamos, claro; intentábamos hablar con él, saber qué le ocurría y por qué le ocurría. Pero tengo que decir que no lo hicimos bien. En el fondo, siempre pensábamos que simplemente quería llamar la atención. ¡Cuántas veces pudimos utilizar esa expresión! ¡Cuántas veces pudimos escondernos de lo que ocurría en su mente con esa expresión, ese sentimiento! ¡Cuántas veces nos fuimos a la cama convencidos de que solo ocurría eso! Simplemente eso. Y un día se nos fue. Para siempre. Y la vida se acabó también para mí. Por favor, no utilicen nunca esa expresión. Que nunca sea esa la explicación. Nunca, por favor. Siempre que puedan cuenten esta terrible historia”.

Testimonio de una madre superviviente de suicidio, recogido por José Antonio Luengo en su libro *El dolor adolescente*.



Ariadna, 18 años

Ariadna no tenía ningún problema de salud mental ni había expresado que quisiera matarse. Sin embargo, fue lo que hizo, hace diez años, cuando tenía 18. Era brillante, muy madura, estudiosa, tenía altas capacidades y alta sensibilidad, recuerda su padre, Carlos Soto.

“Entonces no teníamos ni idea del suicidio. Hace diez años, no se hablaba nada de esto”, nos cuenta. En su familia, hablaban mucho y su relación con su hija era muy buena.

“Pero ahora me doy cuenta de que quizá le dábamos ánimos de la forma equivocada, diciéndole no te preocupes, todo va a salir bien. Lo que teníamos que hacer era decir ‘Me voy a callar y cuéntame lo que quieras’”. Sin embargo, ella nunca les contó nada. Tampoco a sus amigos cercanos. “Se creía que nos protegía al escondernos lo que le hacía sufrir”, recuerda.

Aun así, cuando su hija les comunicó que se encontraba mal y que no podía concentrarse para estudiar, le ofrecieron ir a un psicólogo especializado en adolescentes, al que estuvo yendo tres meses y con quien formó un vínculo muy estrecho, tanto que le daba las gracias por todo en su carta de despedida. Dos días después de la última consulta, se quitó la vida. Sus padres también la llevaron al médico de cabecera, porque no dormía bien, y salió de allí solo con una receta de antidepresivos y ansiolíticos, sin escucharla.

¿Qué la había empujado a eso? “Investigas y por tu cuenta analizas todo lo que había a su alrededor. Su mejor amiga la había traicionado. Una profesora la machacó en Primaria. Todo esto debió de formar un cóctel con la sensación de soledad típica de la adolescencia”.

6.2. El papel de los centros educativos

En los colegios e institutos, donde los niños, niñas y adolescentes pasan gran parte de su día, es esencial crear un entorno seguro y de apoyo, que favorezca la expresión emocional y la gestión de conflictos. Aunque se han dado pasos hacia la incorporación de la educación emocional en el currículo, aún queda mucho por hacer para detectar y tratar su sufrimiento de forma eficaz.

Para que los centros educativos sean espacios donde los estudiantes puedan compartir sus emociones y recibir el apoyo adecuado, es imprescindible dotar a los docentes de las herramientas necesarias para identificar señales de malestar, incluso cuando no son evidentes. A menudo, los problemas emocionales permanecen ocultos porque los chicos y chicas no expresan su sufrimiento abiertamente. En los casos en que se detecta un estudiante en riesgo, los protocolos de actuación deben activarse rápidamente, informando a las familias y derivando a los servicios especializados cuando sea necesario.

Es indispensable que la educación emocional esté integrada en los currículos oficiales de Educación Infantil, Primaria y Secundaria, para enseñar a los niños, niñas y adolescentes a gestionar sus emociones sin recurrir a la violencia. Además, la formación del profesorado para prevenir el acoso escolar y manejarlo adecuadamente debe ser parte de los planes de estudio de las carreras de docencia y mantenerse actualizada a lo largo de su vida profesional.

La falta de profesionales de salud mental en muchos centros educativos limita la capacidad de respuesta ante situaciones graves. Por ello, los centros deben contar con redes de apoyo especializadas para asesorar y orientar a los docentes en estos casos. La formación continua y el acceso a estos recursos son esenciales para actuar eficazmente y, cuando sea necesario, proporcionar una atención adecuada a los niños, niñas y adolescentes que están sufriendo.

Del mismo modo, para contribuir a crear espacios más seguros y saludables en los centros educativos, es clave tejer redes de apoyo internas, que incluyan a profesores, estudiantes y profesionales de la salud mental, y que actúen para garantizar el bienestar del alumnado y prevenir tragedias como el suicidio.

Es imprescindible dotar a los docentes de las herramientas necesarias para identificar señales de malestar, incluso cuando no son evidentes.



Docentes que escuchan

“Los adultos que acompañamos en la vida a los chicos durante tantas horas [en los centros escolares], debemos ahondar en la necesidad de encontrar el espacio y los momentos para escuchar lo que, sin duda, muchos tienen tanta necesidad de contar, lo que piensan y sienten que crece en su corazón y, cuando toca, aprender a validar y legitimar el dolor que se abre camino entre las palabras. Sin juicios. En ocasiones, incluso con más confianza que con los propios padres o amigos. Mostrar de modo explícito que ellos, los chicos, nos importan, que nos importa lo que nos cuentan, lo que les sale del alma... Deben encontrarnos atentos a su experiencia, a lo que, simplemente, brota de su boca. Como una ventana al exterior”.

José Antonio Luengo.
El dolor adolescente.



Habilidades de comunicación

Saber escuchar es indispensable para cualquiera que quiera acercarse a otra persona en riesgo de suicidio, ya sea un profesor, un psicólogo, un progenitor o un amigo. Algunas pautas importantes son¹:

- Acercarse de manera tranquila, abierta, respetuosa, afectuosa y sin juicios.
- Escuchar atentamente, con calma.
- Mostrar empatía y comprender los sentimientos de la otra persona.
- Transmitir mensajes no verbales de aceptación.
- Expresar respeto por los valores y pensamientos de la otra persona.
- Demostrar interés, preocupación y calidez.
- Dar importancia a la discreción.
- No interrumpir, emocionarse o escandalizarse.
- Transmitirle que te preocupa cómo está y que no le vas a juzgar.
- Hacerle saber que eres consciente de que lo está pasando mal y que le vas a ayudar, escuchándolo.
- Darle opciones, transmitiendo que lo que está ocurriendo puede tener solución.
- Retirar de su alcance cualquier objeto que pudiera usar para quitarse la vida (cuerdas, medicamentos, instrumentos cortantes, etc.).
- Asegurarse de llevarle al médico o al psicólogo.

1. Listado elaborado por Aldeas Infantiles SOS con ayuda de la Guía de prevención del suicidio de la Federación de Salud Mental de Castilla y León.

6.3. El papel de los medios de comunicación

¿Qué otro fin podría servir mejor a la responsabilidad del periodista con la sociedad que dar voz a los que sufren, visibilizar a los invisibles y denunciar trágicas carencias que pueden prevenirse con el apoyo de gobiernos y ciudadanos?

“Dar información de forma sensible, responsable y rigurosa, ayudar al superviviente a sentirse identificado con el sufrimiento de otros que han pasado por lo mismo, fortalecer la red de protección y ofrecer recursos de ayuda”. Son algunas de las funciones claves de los medios de comunicación en opinión de la periodista especializada en prevención del suicidio Yaiza Perera. “Los periodistas somos un eslabón en la cadena humana en la prevención del suicidio”, remarca.

Se trata de informar de una realidad que ha sido desatendida por los medios durante demasiado tiempo, a pesar de ser un problema de salud pública de primer orden. “Tenemos el deber de derribar mitos, apoyándonos en profesionales especializados, y de concienciar a la población, dando a conocer la magnitud del suicidio y del dolor que causa a su alrededor”, señala Perera.

Al mismo tiempo, los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad en su forma de hablar del tema, que puede ser tan beneficiosa como contraproducente. Incluso, letal. Por eso, es tan importante que exista formación en los estudios de Periodismo, para que los periodistas sepan cuál es la forma adecuada de difundir una noticia o un artículo relacionado con el suicidio. “Los datos que publicamos pueden tener consecuencias irreversibles en la vida de la mucha gente”, advierte Perera.

Por ejemplo, “no se debe hablar del suicidio de un famoso de forma reiterada”, recalca Daniel López. Está estudiado que cada vez que se hace, se produce un pico en las estadísticas. Es lo que se conoce como efecto de contagio o efecto Werther, en honor al libro de Goethe *Las penas del joven Werther*, que provocó tras su publicación -en 1774- una oleada de suicidios que imitaban al romántico protagonista de la novela. “Lo mismo pasó con Antonio Flores, Curt Kobain o Marilyn Monroe”, apunta este psicólogo. “Una de las pocas cosas que están demostradas es que hablar en detalle de un caso concreto con nombre y apellidos es contraproducente”, advierte López.

Se trata de informar de una realidad que ha sido desatendida por los medios durante demasiado tiempo, a pesar de ser un problema de salud pública de primer orden.



Cómo informar del suicidio: CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE

- **No mencionar nunca el método ni el lugar** donde ocurrió el suicidio para evitar el efecto de imitación.
- **No hablar de un suicidio de una persona famosa de forma reiterada**, ya que puede provocar un aumento en los casos.
- **Evitar dar detalles específicos de un caso concreto**, como el nombre y apellidos de la persona fallecida.
- **Visibilizar el problema de forma sensible, responsable y rigurosa**, poniendo el foco en la prevención y las soluciones.
- **Apoyarse en profesionales especializados** para derribar mitos sobre el suicidio y ofrecer información precisa y útil.
- **Concienciar sobre la magnitud del problema** y los efectos devastadores que causa en las personas cercanas, sin sensacionalismo.
- **Ofrecer recursos de ayuda y apoyo**, mostrando opciones disponibles para las personas que están en riesgo o sus familiares.
- **Fortalecer la red de protección**, ayudando a los supervivientes a sentirse identificados con otras personas que han pasado por lo mismo.
- **Evitar cualquier tratamiento romántico del suicidio**, para no generar un efecto de atracción o idealización.
- **Formar a los periodistas para que sepan cuál es la forma adecuada de informar sobre el suicidio**, asegurando que entiendan las posibles consecuencias de lo que publican.



El silencio daña y mata

“Hace tres años, hablando con un superviviente de suicidio, me di cuenta del daño que provoca el silencio y de la inmensa soledad que sienten los familiares. Es un sufrimiento añadido que provocamos a nivel social con nuestro silencio”, recuerda la periodista Yaiza Perera. Fue entonces cuando tuvo la idea de plantear en el medio en que trabaja la creación de una sección específica para dar voz a esta problemática.

“Los medios de comunicación son una herramienta de prevención esencial. La información rigurosa es el antídoto para combatir el estigma que persigue a las personas con ideación suicida y sus familiares. Además, pueden abrir espacios para la interrelación y solidaridad entre personas sensibles al tema. En *Once vidas* recibimos muchos comentarios. Los lectores usan los foros que surgen a continuación de los reportajes para dar pie a un espacio de escucha y propuestas, para expresar sus emociones, para apoyarse entre sí...”.

A pesar de que reconoce que es un tema duro, en sus reportajes Perera busca siempre enfocarse en transmitir esperanza. Dar el mensaje de que hay salida y tú puedes hacer algo. “Se trata de no quedarse atrapado en el dolor, algo que solo genera una sensación de impotencia total”. Por eso, al contar historias de sobrevivientes, “intento hacer hincapié en el proceso de recuperación, en cómo pudo reconstruir su vida, cuáles son sus anclajes. El objetivo es provocar un efecto contagio positivo”, resalta. “Sabemos que una de las cosas que reducen la ideación suicida es escuchar testimonios de personas que han salido de ahí”.

Por eso, Perera lo tiene claro: “No me da miedo hablar del dolor. Me da más miedo no hablar del dolor. El silencio daña y mata”.

Testimonio de Yaiza Perera, directora de la sección *Once vidas* de El Mundo, dedicada a la prevención del suicidio.

7. Mitos que no ayudan

Quien dice que lo va a hacer, no lo hace. FALSO

Al contrario, la mayoría de las personas que se suicidan mencionaron en alguna ocasión su deseo de hacerlo. Ya sea con palabras o con su comportamiento. Si alguien manifiesta su intención o su deseo de quitarse la vida, no debe nunca tomarse a la ligera, ni interpretarse como una forma de llamar la atención o manipulación.

De cada diez personas que se suicidan, nueve expresan claramente sus propósitos.

Es mejor no mencionarlo y no preguntar a una persona que sospechamos que está sufriendo si está pensando en el suicidio, no vayamos a darle ideas. FALSO

Ocurre al contrario, si nos acercamos de forma respetuosa y en disposición de escucha con esta pregunta. Eso sí, nunca quitando importancia a su problema, ni criticando o censurando que piense en el suicidio.

Si te preocupa que un niño, niña o adolescente lo esté pasando tan mal que pueda estar dándole vueltas a esta idea, aunque no te lo haya comentado nunca, la OMS apunta que puedes preguntar de forma clara y directa, sin tono de censura ni de juicio, escogiendo para hacerlo una situación de calma en que la otra persona se sienta segura. “Estoy preocupada por ti. ¿Has tenido el pensamiento de quitarte la vida?”.

(Fuentes: Expertos entrevistados, Guía para la prevención y detección de la conducta suicida de la Comunidad de Madrid).

Las personas que se autolesionan o amenazan con suicidarse solo quieren llamar la atención. ENFOQUE ERRÓNEO

Solo es verdadero si llamar la atención significa pedir ayuda ante un riesgo inminente de perder la vida. Diversos estudios han demostrado que las autolesiones pueden evolucionar en letalidad a lo largo del tiempo.

Si alguien ha decidido quitarse la vida, lo hará antes o después. FALSO

Una persona que decide suicidarse no quiere morir, solo quiere dejar de sufrir. Si consigue la ayuda que necesita para gestionar y superar ese sufrimiento, abandonará la idea de quitarse la vida.

Solo las personas que tienen un “problema grave” se suicidan. ENFOQUE ERRÓNEO

El pensamiento suicida no entiende de nivel socioeconómico, de éxito profesional o amoroso, ni de atractivo físico... Miles de adolescentes que, desde un punto de vista ajeno “lo tenían todo” (familia que los quería, estudios, necesidades materiales cubiertas, salud física) se quitan la vida. Esta creencia es errónea porque parte de un error de base catastrófico: juzgar a la persona que sufre. Nadie es quien para decidir si el sufrimiento de otra persona está justificado o para valorar el tamaño del problema que causa ese sufrimiento. Lo que para unos puede ser insignificante, para otros puede suponer un mundo tan grande que no pueda seguir sosteniéndose en vida, y viceversa.

Las personas que se suicidan o lo intentan están “locas”. FALSO

No siempre padecen un trastorno mental diagnosticable. Según señala la OMS en su [página web](#) dedicada al suicidio, “muchos casos se dan en personas que lo cometen impulsivamente en situaciones de crisis, en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida (como los problemas económicos, las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas) está mermada”.

Ir al psiquiatra o al psicólogo de urgencias es para gente que está “loca”. FALSO

Los profesionales de la salud mental son trabajadores especializados en ayudar a personas que padecen un sufrimiento psicológico o emocional, que puede ser tan doloroso como una lesión física. La palabra “loco” carece de significado real, sobre todo, en un mundo en que una de cada cinco personas padece o padecerá a lo largo de su vida un trastorno mental como la depresión o la ansiedad, según la OMS.

Si se informa de los suicidios, habrá un efecto de contagio en la población. FALSO

Necesitamos, como hemos visto, hablar del suicidio, dejar de invisibilizarlo, concienciar a la sociedad de que es un problema de primer orden que causa estragos y de que es necesario buscar formas de abordarlo y prevenirlo.

Es, sin embargo, fundamental conocer el enfoque adecuado para informar del suicidio de forma responsable, siguiendo unas directrices básicas para impedir el efecto de imitación.

8. Supervivientes de suicidio

Superviviente es el término elegido por la OMS para referirse a los familiares o seres queridos cercanos de la persona que se quita la vida. En concreto, el duelo por suicidio de un hijo/hija o un progenitor es uno de los más complicados de superar, solo comparable con el trauma que sufren las personas que han vivido en un campo de concentración nazi.

Solo por haber pasado por esta experiencia desgarradora, los supervivientes son un grupo en alto riesgo de suicidio. “Estamos en una situación muy delicada. Cualquier detalle que puede parecer insignificante se nos hace inmenso. Cualquier cosa que te lo recuerda te afecta mucho”, admite Juan José Escudero.

“Al principio te quedas en shock. Luego, dos o tres días después es cuando te da la crisis”, explica Román Reyes, que perdió a su madre hace cinco años. Durante meses o años, “el cuerpo entra en una montaña rusa. Yo me iba a dormir y de repente veía imágenes de mi madre suicidándose”, nos confía Román Reyes. En su experiencia, “el duelo es muy cansado, porque parece que estás bien, viendo la luz, y de pronto caes tres meses en una depresión que aparece de la nada. Es como cuando estás con fiebre, algo corporal, físico”. Es algo que, por otra parte, nos ayuda a reconstruir el pasado y comprender mejor al que sufre: “gracias al duelo he podido entender mucho a mi madre, saber cómo es estar día tras día triste, sin ganas de vivir. Eso, mantenido en el tiempo, es una condena”.

La honda tristeza se acompaña de sentimientos de rabia, culpa, frustración, impotencia. “Lo siento como un fracaso mío personal. Mi ambición era hacer que mi madre saliera de la depresión”, afirma Román. Y es que una de las cargas más pesadas de sobrellevar es la culpa. “Tienes dudas constantes de qué hubiera pasado si hubieras dicho o hecho esto o lo otro”, reconoce Escudero.

La culpa forma parte del duelo. “Para superarla, lo tienes que racionalizar. Muchos de nosotros lo hacemos mediante la terapia de grupo. Ves que los demás supervivientes se preguntan lo mismo que tú. “¿Y si yo esa noche no le hubiera pegado la bronca porque no estaba estudiando? ¿Y si le hubiera dado permiso para tener ese gato que me pidió?... Todos esos “Y si yo...” te llegan de golpe, como una patada en el estómago. Al verlo en las experiencias de los demás, te das cuenta de que, en ese momento, no lo podías saber. Agarrarte a tu parte racional te ayuda a tomar perspectiva y a ponerte en tu lugar. Si no, empiezas a caer en abismos infinitos”, nos explica Juan José.

Para una persona que no ha vivido lo mismo que ellos, es difícil comprenderlo. Por eso, una herramienta muy efectiva son las terapias de grupo, que “crean una vinculación emocional muy intensa que nos permite sentirnos comprendidos”.

Juan José Escudero, superviviente

El hijo de Juan José se quitó la vida con 19 años, en 2022. “El duelo sigue estando. Es complicado manejarlo”, nos dice. Para salvar otras vidas y evitar el mismo dolor que él conoce a otras familias, creó la Asociación Sendas para la Prevención del Suicidio y de la Salud Mental, basada en que la gran mayoría de suicidios son evitables. Su tragedia ya no tiene solución. Sin embargo, su experiencia puede servir para ayudar a evitar que se repita en otras familias.

“Mi deseo es no aislarme como hacen otros supervivientes y poder visibilizar el problema del suicidio”. En su caso, cuenta con el apoyo de su familia política –ya que su mujer falleció de cáncer en 2020– y de sus amigos. Aun así, “es complicado encajar cuando estás pasando por este tipo de duelo”.

8.1. Cómo transmitir a un niño o a una niña el fallecimiento por suicidio de un familiar

El duelo por suicidio es más complejo de asumir que cualquier otro, especialmente cuando tenemos que transmitir la noticia a un niño, niña o adolescente. Muchas familias eligen suavizar o incluso ocultar esta realidad porque consideran que le van a generar a sus hijos e hijas un daño emocional excesivo para su edad.

En opinión de Mónica Gonzalo Caballero, psicóloga sanitaria experta en duelo, la opción más recomendable es decir la verdad para evitar que se generen tabúes. “Debemos abordar el tema lo antes posible ya que, de lo contrario, la noticia les puede llegar a través de otra persona y es preferible que se enteren por sus familiares más allegados. Además, el niño o niña notará en casa un clima de tristeza, sorpresa y dolor y, si permanece ajeno a lo que ha ocurrido, no entenderá a qué se deben estos sentimientos”.

Otra de las dudas más frecuentes es definir hasta qué punto contar y qué tipo de detalles ofrecer. En este sentido, es fundamental adaptar el discurso a la edad del niño, niña o adolescente. “La clave es no dar más información de la que nos solicitan. Un niño o niña está preparado para escuchar lo que está preparado para preguntar. Si pregunta cualquier tipo de detalle es porque está preparado para escuchar esos detalles. Si no pregunta, es que no necesita que le demos esa información de más. Ellos mismos nos van a ir guiando para saber hasta dónde llegar”, señala.

A la hora de explicarles la causa de la muerte “podemos indicársela de la manera más suave posible y aludir a causas físicas más genéricas como que los órganos fallaron o que el corazón se paró porque no le llegó suficiente sangre”, pero solo en los casos en los que ellos mismos nos demanden esta información.

Tampoco debemos dejarles al margen de las ceremonias de despedida ni obligarles a acompañarnos en ellas si no lo desean. La opción más recomendable es ofrecerles la posibilidad de acudir al tanatorio o al funeral, para que puedan decidir por sí mismos si desean asistir.

Al igual que ocurre con cualquier otro duelo, es muy importante que las personas adultas de referencia del niño o niña no disimulen sus emociones y expresen libremente la tristeza que puedan sentir: “el hogar debe ser un lugar seguro en el que mostrar nuestras emociones y apoyarnos los unos a los otros”. El duelo por suicidio, además, puede producir un sentimiento de culpa en el niño o niña, quien puede llegar a creer que la persona se ha quitado la vida porque se ha portado mal o estaba enfadado con el fallecido. Este mecanismo obedece al intento de darle una explicación lógica a un suceso incomprensible. A través del diálogo y la comprensión debemos ayudarles a liberarse de esa sensación y hacerles ver que ellos no han tenido nada que ver en lo ocurrido.

En este sentido, “el pensamiento mágico o las competencias creativas pueden serles de gran ayuda a la hora de gestionar el malestar que están sintiendo. Hacer un dibujo, escribir una carta, utilizar cuentos y fábulas sobre la naturaleza, como la caída de las hojas o la muerte de un animal, son algunos ejemplos para explicar este proceso que es tan complejo y tan abstracto para ellos”.

Otro de los consejos de la experta es construir junto al niño o niña un simbolismo positivo en torno a la persona que se ha ido, por ejemplo, hablar de lo importante que fue en nuestras vidas o tener presentes fotos que reflejen momentos felices que se hayan compartido con ella, para mantener vivo el recuerdo de esa persona, al igual que haríamos en cualquier otro tipo de fallecimiento.

“El hogar debe ser un lugar seguro en el que mostrar nuestras emociones y apoyarnos los unos a los otros”.

Stop Suicidios

“Este año se cumplen cinco años del suicidio de mi madre. Estoy intentando recuperar la alegría de vivir. Todavía no lo he conseguido. El deporte me ayuda a bajar la ansiedad y la rabia, que es uno de los sentimientos más profundos que tengo. Pero tengo que ser muy disciplinado: si algún día no lo hago, me dan picos de ansiedad”, cuenta Román Reyes, madrileño de 37 años.

Su madre llevaba 20 años en una espiral de depresión y había decidido acabar con su vida. Su primer intento ocurrió cuando Román tenía 10 años. Tras dos tentativas más, lo consumó en 2019. Y en todo ese proceso, la persona que la acompañaba era su hijo. “Cuando alguien lo intenta, sabes que puede volver a pasar. Lo barruntas todo el rato. Yo salía a trabajar y estaba preocupado porque estaba fuera muchas horas”.

Además del deporte, Román encontró otra forma de dar sentido a lo que había pasado y creó la asociación Stop Suicidios, con el deseo de que “la muerte de mi madre no se repita en otras personas”. Y con un claro objetivo de divulgación y presión social. Sus mensajes a través de redes sociales se han vuelto virales, como el que deja en evidencia la falta de políticas públicas de prevención. “Si por accidentes de tráfico mueren 1.000 personas y la DGT hace campañas increíbles, ¿por qué para el suicidio, que mata a más de 4.000, no hay campañas?”.

9. Carencias del sistema

Como hemos mencionado con anterioridad, once personas al día se suicidan en España. Mueren por esta causa el triple de personas que por accidentes de tráfico, 13,6 veces más que por homicidios y 90 veces más que por violencia de género. A pesar de eso, en España no existe un plan estatal específico para la prevención del suicidio ni una estrategia de base de salud mental a nivel nacional. Es la gran carencia en la que hacen hincapié todos los entrevistados para realizar este informe.

Tampoco todas las comunidades autónomas poseen estrategias de prevención. Elaborar un plan estatal requeriría, en opinión del psicólogo Andoni Anseán, presidente de la Sociedad Española de Suicidología, abordar la formación de profesionales -no solo sanitarios, sino bomberos, policía, maestros y profesores...-, campañas de divulgación a la sociedad, crear protocolos de actuación en hospitales, centros educativos, servicios sociales, ofrecer unos teléfonos de atención gestionados por profesionales y dotar al sistema de salud de más especialistas en salud mental.

“Se habla mucho de prevención y de trucos para detectar en la familia el riesgo de suicidio. Todo esto está muy bien. Pero el problema es cuando pides ayuda y no te la dan”, recalca Román Reyes, cuya madre se quitó la vida después de haber recibido el alta hospitalaria, tras un ingreso por ideación suicida.

**Once personas al día se suicidan en España.
Mueren por esta causa el triple que por
accidentes de tráfico.**

En general, nos falta formación: en los medios de comunicación, en la sociedad, en las escuelas, en la atención primaria... pero también entre los propios profesionales de salud mental. “Llevé a mi hijo al psicólogo con la idea de que los psicólogos saben de estas cosas, que saben detectar los riesgos. Confié en que, aunque mi hijo estaba en una situación complicada tras la muerte de su madre, se podía ir encauzando. Pero me enteré después de que no. La mayoría de los psicólogos no están formados para abordar el riesgo de suicidio”, confía Juan José Escudero. Su hijo llevaba meses acudiendo a terapia, pero ni la psicóloga ni el psiquiatra supieron detectar y anticiparse a lo que iba a suceder.

De la misma opinión es Salvador Ríos, sobreviviente de suicidio: “el psiquiatra de la Seguridad Social solo me recetaba pastillas y me ponían una cita al mes con el psicólogo. El sistema público de salud no está preparado para atendernos”. En su caso, fue en el Teléfono de la Esperanza donde encontró la ayuda que necesitaba.

**No existe un plan estatal específico para la
prevención del suicidio ni una estrategia de
base de salud mental a nivel nacional.**

Por otra parte, aunque la cura pasa por recibir terapia, también es este uno de los grandes obstáculos. “Yo me pude pagar los 70 y los 100 euros a la semana del psicólogo y el psiquiatra privados, pero no todo el mundo puede”, denuncia Javier Martín.

Otra carencia tiene que ver con el escaso apoyo que reciben las familias cuando uno de sus miembros recibe el alta hospitalaria tras un intento de suicidio. “Como padre, madre o familiar no tienes herramientas. No eres psicólogo. Te desborda. Por muy buenas intenciones que tengas, no eres un profesional. Vivir con una persona que está pensando en suicidarse se parece a vivir con un drogadicto. Puedes dejar el trabajo y estar todo el día encima de ella, pero lo que necesita es un centro especializado”, indica el superviviente Román Reyes.

En cuanto al papel del sistema educativo, todos los expertos entrevistados señalan la urgencia de dotar a maestros, profesores y estudiantes de herramientas para fomentar la comunicación, la solidaridad y la convivencia. “El sistema educativo tiene que contemplar de forma urgente materias sobre la gestión de emociones y las relaciones interpersonales, exactamente igual que se imparten las asignaturas de lengua y matemáticas durante años. Pero nadie nos está enseñando a manejar lo que sentimos, aunque es algo que se puede aprender”.



10. El papel de Aldeas Infantiles SOS

El cuidado de la salud mental y emocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con los que trabajamos en Aldeas Infantiles SOS es un pilar fundamental en nuestra labor. Por eso, sabemos que la prevención y la detección de los factores de riesgo que puedan desencadenar enfermedades mentales o ideación suicida, así como la intervención temprana para evitar que estas se agudicen, son fundamentales.

Esta labor preventiva y terapéutica se extiende tanto a aquellos niños, niñas y adolescentes que tienen una medida de protección y crecen en cuidado alternativo, bajo la tutela de las comunidades autónomas –en acogimiento familiar o en centros residenciales–, como a los que conviven con sus propias familias pero participan en programas preventivos por encontrarse en situación de vulnerabilidad o riesgo; además de a los jóvenes mayores de edad a los que Aldeas continúa acompañando hasta su plena integración social y laboral.

Mediante atención psicológica individual les ayudamos a recuperar su bienestar emocional, a elaborar su pasado y a afrontar su presente y futuro con las herramientas necesarias para enfrentarse a las situaciones adversas que puedan vivir. Con este fin, creamos espacios seguros donde encuentran apoyo incondicional, escucha activa y respeto, elementos fundamentales para su recuperación.

La terapia es esencial para abordar el sufrimiento emocional, el miedo, la ansiedad y la tristeza que se puedan sufrir en la infancia y la adolescencia,

etapas clave en el desarrollo. Cuidar la salud mental y asegurar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes no solo mejora su vida presente, sino que también tiene un impacto positivo en su futuro.

Pero la salud mental no es un ente aislado que compete a cada individuo, sino que depende del entorno y la capacidad de adaptarnos a las circunstancias que nos ha tocado vivir. En Aldeas también ofrecemos terapia familiar, a través de la cual dotamos a las familias de los instrumentos necesarios para que el hogar sea el espacio en el que las necesidades de afecto, protección y educación se satisfagan, favoreciendo el bienestar de todos sus miembros y consiguiendo una mejora de la calidad de vida de los niños, niñas, adolescentes o jóvenes.

Contamos con más de 50 psicólogos que trabajan en equipos multidisciplinares y en red con los servicios sociales, los centros educativos, las familias y los profesionales de la salud. Este enfoque integral también incluye protocolos específicos para intervenir en situaciones de riesgo de suicidio.

La formación en salud mental de los profesionales que acompañan y cuidan a estos niños, niñas, adolescentes y jóvenes es clave para garantizar que actuamos de manera coordinada y basada en la evidencia científica. Esto nos permite generar entornos seguros, que promuevan la estabilidad emocional y fortalezcan los vínculos afectivos fuertes y sanos, esenciales para asegurar el bienestar emocional de los niños y jóvenes.



11. Recursos de ayuda

[Servicio de atención a la conducta suicida](#)
024

[Servicio de emergencias](#)
061 - 112

[Teléfono de la Esperanza](#)
717 003 717 - 91 459 00 55

[Teléfono/Chat ANAR de Ayuda
a Niños/as y Adolescentes](#)
900 20 20 10

[Asociación Papageno de Profesionales en
Prevención y Posvención del Suicidio](#)
633 169 129

[Sendas. Asociación para la Prevención del Suicidio y
de la Salud Mental](#)
622 917 605

[Asociación P81 Social](#)
679 278 988

[Asociación La Barandilla](#)
911 385 385

[Atención psicológica jóvenes 14-30 años, familiares y
profesionales de juventud de la Comunidad de Madrid](#)
900 14 30 00. saludmental1430@madrid.org
Fundación ANAR. 900 202 010 - 600 50 51 52 para
asesoramiento familiares, padres/madres, tutores/as

[Ayuntamiento de Barcelona en colaboración con la
ONG Supervivientes](#)
900 925 555

[UNIPSI. Centro de atención psicológica y psiquiátrica
vinculado a la facultad de psicología de Comillas](#)
915 902 654

[Stop Suicidios](#)

[Asociación de Investigación, Prevención e
Intervención del Suicidio y Familiares Allegados en
Duelo por Suicidio RedAIPIS-FaeDS\)](#)



12. Bibliografía

Briongos Hernández, N; Gómez, M; Caballero, R.; Díez , J; Gadea, M. L y Martínez, M. (2022). *Guía de prevención del suicidio*. Federación Salud Mental Castilla y León. https://saludmentalcy1.org/wp-content/uploads/2023/02/DIGITAL-Gui%CC%81a_prevecio%CC%81n-suicidio_2022.A.F.-1.pdf

Centro de Estudios e Investigación ANAR. (2022). *Conducta suicida y Salud Mental, en la Infancia y la Adolescencia, según su propio testimonio (2021-2022)*. Fundación ANAR. <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf>

Comunidad de Madrid. (2009). *Guía de Autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer?* Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017534.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *En mi mente. Estado mundial de la infancia*. 2021. UNICEF. Nueva York. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/SOWC2021_ExecSum_SP_PRINT.pdf

Gutiérrez, Martha Ospirina et al. (2019). *Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria*. Medicina de Familia SEMERGEN. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359319300784>

Instituto Nacional de Estadística. (Junio, 2024). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023*. Datos provisionales. INE. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/pEDCM2023.htm>

Losantos, Mario. (2016). *Guía de duelo infantil*. Fundación Mario Losantos del Campo. <https://www.fundacionmlc.org/download-aqui-guia-duelo/>

Luengo, José Antonio. (2023). *El dolor adolescente*. Plataforma Actual. Barcelona.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. OMS, Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>

Rocamora, Alejandro. (2017). *Cuando nada tiene sentido*. Desclée De Brouwer. Bilbao.

Sanmartín, A., Ballesteros, J. C., Calderón, D. y Kuric, S. (2022). *Barómetro Juvenil 2021. Salud y bienestar: Informe Sintético de Resultados*. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Barometro-Salud-y-Bienestar-2022.pdf>

Serra, Alma. (2021) Delfín. *Una historia de Principio a FIN*. Babidibú. Sevilla.

Sinyor M, Silverman M, Pirkis J, Hawton K. *The effect of economic downturn, financial hardship, unemployment, and relevant government responses on suicide*. Lancet 2024; [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(24\)00152-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00152-X/fulltext)

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. *Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data*. Lancet 2011; 378: 124-5. <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611610799/fulltext>

Unidad de Psicología Preventiva de la Universidad Complutense de Madrid. (2023). *I Informe Acoso Escolar*. UCM y Fundación Colacao. <https://www.ucm.es/file/informe-estudio-acoso-escolar-universidad-complutense-fundacion-colacao?ver>

Vallejo-Slocker, L., Sanz, J., García-Vera, M. P., Fresneda, J. y Vallejo M. A, (2022). *Mental Health, Quality of Life and Coping Strategies in Vulnerable Children During the COVID-19 Pandemic*. Psicothema, 2022.Vol. 34 (nº 2). 249-258. <https://www.psicothema.com/pi?pii=4743>





Facebook Aldeas infantiles SOS de España



Twitter @aldeasEspana



Instagram aldeasinfantiles_es



www.youtube.com/user/AldeasInfantiles

aldeasinfantiles.es



ALDEAS
INFANTILES SOS

◀ Anterior