



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Máster en Psicología General Sanitaria

El suicidio infanto-juvenil. Una revisión sistemática.

Trabajo Fin de Máster

Autora: Violeta López Sánchez
Tutor: Marcos Bella Fernández
Junio de 2025

RESUMEN

La conducta suicida es en la actualidad un problema de salud pública que se cobra miles de vidas anualmente. Por su parte, la población infantojuvenil no solo es de riesgo por el momento del desarrollo sino también por sus características personales, sociales y contextuales. El objetivo del presente trabajo es actualizar una revisión sistemática llevada a cabo por Soole et al. (2015) cuyo fin era investigar el suicidio en niños y adolescentes. Para ello se ha llevado a cabo una revisión sistemática bajo el método *PRISMA* obteniendo un total de 11 artículos. Se han podido revalidar y extender ideas a nivel demográfico, de salud mental, socioambiental y contextual. Además, se han encontrado nuevos hallazgos en cuanto a diferencias entre chicos y chicas, redes sociales, diversidad de género y sexual o el papel del terapeuta.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, infancia, adolescencia, autopsia psicológica, estudio de caso.

ABSTRACT

Suicidal behavior is at the moment a public health problem that claims thousands of lives annually. The child and adolescent population is not only at risk due to their developmental stage but also due to their personal, social, and contextual characteristics. The objective of this paper is to update a systematic review carried out by Soole et al. (2015) whose purpose was to explore suicide in children and adolescents. To this end, a systematic review using the PRISMA method was carried out, yielding a total of 11 articles. Ideas have been validated and extended at the demographic, mental health, socio-environmental, and contextual levels. In addition, new findings have been made regarding differences between boys and girls, social networks, gender and sexual diversity, and the role of the therapist.

Keywords: suicide, suicidal behavior, childhood, adolescence, psychological autopsy, case study.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
MÉTODO	12
Método de búsqueda	12
Criterios de inclusión y exclusión.....	13
Figura 1	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	16
Demografía	16
Circunstancias del suicidio	17
Factores individuales	18
Personalidad	18
Salud Mental	19
Contacto con servicios de salud o Sistema de Justicia.....	20
Conducta suicida previa	20
Factores Familiares	23
Psicopatología familiar.....	23
Antecedentes familiares de suicidio.....	24
Relación paternofilial	24
Eventos adversos	24
Ambiente en casa	24
Factores Socioambientales y contextuales.....	25
Académicos	25
Consumo de sustancias.....	26
Notas de suicidio	26
Otros hallazgos importantes.....	28
Internet y redes sociales	28

Comparación entre edades	30
Diversidad sexual y género	30
Papel como terapeutas	31
Conclusiones	32
Limitaciones.....	33
Futuras líneas de investigación	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXO	41

INTRODUCCIÓN

Suicidarse, o quitarse voluntariamente la vida (Real Academia Española, 2024) es un problema de salud pública por el cual cada año fallecen más de 720.000 personas y muchas otras lo intentan (Organización Mundial de la Salud, 2025). El suicidio causa más muertes en el mundo que la malaria o el cáncer de mama (Fundación española para la prevención del suicidio, 2024).

El concepto de conducta suicida engloba un proceso o continuo de conductas que van desde elementos cognitivos como ideas y planificación hasta elementos conductuales como el intento o la consumación (Mosquera, 2016). Esta idea es también defendida por el National Institutes of Health (NIH) (s.f.), que engloba el suicidio en tres conceptos: el propio suicidio, entendido como la muerte producida por una conducta lesiva autoinfligida con voluntad de morir; el intento de suicidio es una conducta lesiva autoinfligida con voluntad de morir que no tiene por qué tener un resultado de muerte; y la ideación suicida, entendida como las conductas de planificación del suicidio incluido el pensamiento. Los intentos de suicidio no consumados pueden tener como resultado lesiones graves. De otra manera, no todos los comportamientos autolesivos deben relacionarse con el suicidio. Es necesario evaluar la intencionalidad ya que, a veces, se busca simplemente producirse lesiones con el fin de regularse emocionalmente, buscar comunicar algún malestar, o expresar o gestionar la ira (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2018).

Actualmente, el modelo explicativo más aceptado es el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de la conducta suicida (Díaz-Oliván et al., 2021). El modelo destaca la interrelación entre los factores relacionados con el desarrollo de la ideación suicida y el paso del pensamiento a la acción. Se trata de un modelo que integra diversas teorías psicológicas, proporcionando un mapa de dicha conducta (Barzilay y Apter, 2014). Este modelo, propuesto por O'Connor y Kirtley (2018), consta de tres áreas: contexto biopsicosocial, factores que llevan a la aparición de la ideación y factores que llevan al acto. Cada una es entendida como una fase.

La primera fase es la premotivacional y comprende los factores más individuales de la persona, es decir, una diátesis en la que interaccionan factores psicobiológicos con eventos vitales además del propio ambiente en el que se desenvuelve la persona. Por ejemplo: perfeccionismo, crisis interpersonales mal gestionadas, cambios sociales,

desigualdades socioeconómicas, etc. La segunda fase es la motivacional, en la que aparece la ideación suicida. Se centra en los procesos psicológicos que llevan a la intención suicida. Aunque es una fase poco estudiada se sustenta en la idea de imposibilidad de escape ante la situación percibida, es decir, aparece el pensamiento de muerte como única solución a la situación que se está viviendo. La persona percibe estar atrapada interna o externamente. La ideación aparece a causa de los sentimientos de derrota y humillación. Aparecen así los factores Moderadores Motivacionales (MM) que pueden ser protectores o vulnerables. Se trata de una evaluación de las razones para vivir. En la tercera fase, la volitiva, se pasa de la ideación al intento. En esta fase encontramos los factores Moderadores Volitivos (MV). Es la capacidad adquirida para suicidarse; es decir, la desensibilización o intimidación ante la muerte, el aumento de la tolerancia al dolor físico, etc. Para entenderlo, se puede hablar de: acceso a información, exposición a conducta suicida de otros (modelado), representación inadecuada de la conducta (actúa como ensayo), control percibido, etc. (O'Connor y Kirtley, 2018).

Según Guerrero (2019), la motivación suicida ha sido históricamente huir del sufrimiento. Esto puede abarcar enfermedades físicas crónicas o dolorosas o procesos mentales difíciles como duelos complicados, culpa, exclusión, desesperanza, etc. Por su parte, Navarro-Gómez (2017) lo entienden como un escape a una situación vital que produce gran angustia y que es la consecuencia del encuentro de muchos factores diferentes propios a cada persona y al contexto o ambiente en el que se encuentra. Aunque se trata de un fenómeno que ha existido siempre, su estudio es relativamente reciente y se remonta a los últimos dos siglos y medio. En la prehistoria ya se encuentran conductas autolíticas por parte de ancianos o enfermos. De esta forma aseguraban el bienestar de la tribu. Para la mayoría de las civilizaciones ha sido algo aceptado ya que la muerte no implicaba la desaparición sino el paso a la inmortalidad. Es en la antigüedad cuando el suicidio comienza a estigmatizarse desde un punto de vista cristiano, entendiéndolo como pecado. Aunque en el siglo XVIII se descriminaliza y se asocia a la psiquiatría, queda estigmatizado hasta la actualidad, convirtiéndose en un tema tabú (Guerrero, 2019).

La falta de concienciación sobre lo importante que es para la salud pública el suicidio y el silencio que lo rodea al tratarse de un tema tabú hace que, junto con la histórica estigmatización asociada a los trastornos mentales, las personas con ideación suicida no busquen y por tanto no reciban la ayuda necesaria. Hablar abiertamente sobre este tema es algo impensable en muchas sociedades; no obstante, es de vital importancia

dejar de lado los tabús para que los estados avancen en esta materia (Organización Mundial de la Salud, 2025).

La forma de comunicación sobre el suicidio lleva inevitablemente a hablar del Efecto Werther y el Efecto Papageno, dos caras de una misma moneda. Existen evidencias claras de que los medios de comunicación y el sensacionalismo pueden llevar al suicidio por imitación. Esto es conocido como Efecto Werther. Como consecuencia pueden producirse “epidemias” de suicidio motivadas por series, novelas, redes sociales, etc. Se trata de un fenómeno probado en estudios en diferentes culturas. De la misma manera, se puede hablar también del efecto Papageno (Domaradzki, 2021). El Efecto Papageno se descubrió a raíz de no hablar de suicidio en las noticias durante un periodo de tiempo y se relacionó con el descenso de las cifras de suicidio. Sin embargo, no implica esto ya que otros estudios muestran cómo informando de manera adecuada se puede ampliar información útil y protectora; por ejemplo, servicios de atención, algunas herramientas ante la ideación, ... Pudiendo tener efecto preventivo (Niederkröthaler y Till, 2019). De esta forma, se encuentra que un adecuado manejo de información sobre el suicidio en los medios puede ser protector para la población. Es decir, se puede hablar del suicidio sin inducirlo si se hace de manera adecuada; principalmente, dejando de lado el sensacionalismo. (Domaradzki, 2021).

En cuanto a datos se refiere, la última actualización en cuanto a metodología de suicidio en España nos dice que lo más habitual es el ahorcamiento y el menos el arma blanca (Instituto Nacional de Estadística, 2007). Aunque se trata de uno de los fenómenos que más personas se lleva alrededor del mundo, los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades no lo recogen como causa de muerte al no tratarse de una enfermedad, lo que lo elimina de multitud de estadísticas. Es por ello que, en España el INE (2025) recoge como causa de muerte más frecuente en 2023 las enfermedades isquémicas del corazón. Sin embargo, siguiendo a la Fundación española para la prevención del suicidio (2024) en España se suicidan 11 personas al día, pudiendo ascender la cifra a 80.000 intentos al año. En 2023 se produjeron 4.116 muertes por suicidio abarcando desde los 0 a los más de 95 años (Instituto Nacional de Estadística, 2024), doblando a los accidentes de tráfico y multiplicando por 70 las muertes por violencia de género (Fundación española para la prevención del suicidio, 2024).

En población infantil, adolescente y juvenil las cifras no son más alentadoras. La adolescencia, comprendiéndola entre los 10 y 19 años, es un periodo crítico (Organización Mundial de la Salud, 2021) cuya población es más vulnerable al contar con menos recursos y herramientas psicológicos (Navarro-Gómez, 2017). Esta etapa es un punto de inflexión a nivel de cifras y por tanto, es una etapa de riesgo (Ministerio de Sanidad, 2022). El suicidio se posiciona como la tercera causa de muerte en las personas de 15 a 29 años en 2021 (Organización Mundial de la Salud, 2025). En 2015 Europa registró 3.400 suicidios de personas de entre 15 y 24 años; siendo esta la segunda causa de muerte en esta franja de edad después de los accidentes de tráfico (Ministerio de Sanidad, 2022). En España en 2020 ya se registró el fallecimiento de un niño de entre 5 y 9 años por esta causa (Instituto Nacional de Estadística, 2024). Además, el Instituto Nacional de Estadística (2024) nos muestra cómo esta conducta se ha incrementado desde 2020, lo que nos permite relacionarlo con la pandemia de COVID-19. El grupo poblacional de 10 a 14 años llegó a su pico en 2021 con 22 muertes registradas y el grupo de 15 a 19 alcanzó su máximo en 2022 con 75 fallecidos. Los últimos datos de 2023 muestran 10 muertes entre los 10 y los 14 años y 66 entre los 15 y 19. Por otra parte, se contempla un grupo de edad de 20 a 24 años cuyo dato llega a 127 muertes en este mismo año.

El propio Ministerio de Sanidad (2022), sin embargo, pide cautela a la hora de interpretar los datos, ya que pueden haber sido diferentes los métodos de registro y clasificación de los mismo. El acceso a datos sobre el suicidio o las conductas suicidas no son suficientes. De los Estados Miembros de la OMS, solo 80 tienen registros que permitan estimar tasas de suicidio. Además, a esta escasez se le debe sumar la falta de notificación del mismo por distintas causas como la estigmatización o su ilegalidad aún en determinados países. (Organización Mundial de la Salud, 2025). Por su parte, Gisperta et al (2014) se reafirman también en los problemas de fiabilidad de los datos sobre suicidio y la dificultad para resolver las causas.

El suicidio en la infancia y la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial posicionándose como la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años. Aunque las cifras no son tan elevadas como en la población adulta, estas han aumentado en los últimos años, lo que, para gobiernos, instituciones, organismos y diferentes profesionales debe de ser un aviso alarmante (Mosquera, 2016) que invite a la reflexión debido a sus consecuencias y a los aspectos sociales que implica (Navarro-

Gómez, 2017). Parece que el suicidio infantil no existe y aunque no es muy común, sí que se dan casos (Tejero y Alarcón, 2024). Según Anula (2021), los niños y adolescentes son una población de especial vulnerabilidad a los cambios al no contar con tantas herramientas para gestionarlos. Aunque sea negado a nivel social, los niños tienen capacidad de entender la muerte y preocuparse por ella (Bowlby, 1987; citado en Tau y Lenzi, 2012). Brian L. Mishara (1999; citado en Tejero y Alarcón, 2024) llevó a cabo un estudio que concluyó que los niños de 6 años ya entienden el fenómeno de quitarse la vida y que los niños de 10 años son capaces de entender que existen factores de riesgo.

La maduración cerebral en niños es un tema difícil. ¿Cuándo se produce el conocimiento de la muerte? Antes de los 4 años no se tiene conciencia de la muerte. A partir de aquí se adquieren poco a poco los conceptos que componen la muerte que además necesitan del pensamiento dualístico y conocimientos de biología. Entre los 3 y los 7 años empieza la identificación del yo separado del resto de personas y cosas: “conciencia subjetiva”. Sobre los 12 años se estima que ya ha madurado el concepto de muerte en la persona. Lo que pasa en este periodo de edad es que se adquieren los cinco subcomponentes necesarios para la comprensión de la muerte: irreversibilidad, o no retorno a la vida de algo que ha muerto, adquirida a los 4 años; aplicabilidad, es decir, que la muerte nos ocurrirá a todos los seres vivos, y va de la mano de la capacidad de diferenciar entre objetos y personas alrededor de los 6 años; inevitabilidad, entendida como la aceptación de la propia muerte, que no comienza hasta los 11 años, asumiendo previamente solo la de los demás en niños neurotípicos y sin niveles de ansiedad; cese funcional, se trata de entender que el cuerpo deja de funcionar y ya no realiza las funciones vitales, apareciendo entre los 4 y los 11 años; y causalidad, es decir, la muerte no se da de forma aislada sino que tiene un motivo que puede ser biológico o externo como violencia o accidentes de tráfico. Este último subcomponente cada vez se adquiere antes debido a la exposición de los menores a diferentes fuentes de información como puede ser la televisión. No hay un acuerdo sobre el orden de adquisición de los subcomponentes, sin embargo, la irreversibilidad sí que parece ser el primero (Norero, 2018).

Por su parte, la adolescencia sigue siendo un periodo crítico y un momento de desarrollo cerebral en el que podemos encontrar inestabilidad emocional, falta de autocontrol, baja autoestima, etc. Siendo estos algunos de los factores influyentes en el suicidio. Un ejemplo de ello puede ser las situaciones vividas a causa del COVID-19 que

han sometido a la población a una gran presión afectando, por ende, a la salud mental general y en especial la adolescente (Anula, 2021). La Organización Mundial de la Salud considera la adolescencia entre los 10 y los 19 años mientras que la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia la sitúa entre los 10 y los 21 años (citado en Hidalgo y Ceñal, 2014). Aunque la maduración física general finalice sobre los 17 años en las chicas y los 21 en los chicos, la maduración cerebral puede ocupar hasta los 25-30 años con la corteza prefrontal. Es importante entenderlo ya que esta maduración implica la planificación, el razonamiento o el control de impulsos; proporcionando el salto a la adultez. Hasta entonces, aún sigue existiendo el riesgo de que la conducta del adolescente se vea influida por impulsos gobernados por la amígdala (Hidalgo y Ceñal, 2014). Además, a nivel social encontramos más criterios para aumentar la edad del periodo de la adolescencia que, históricamente terminaba con el final del desarrollo físico, pasando así a la adultez. Actualmente, la forma de situarse en el mundo de los jóvenes hace que socialmente la adultez se retrase más, ocupando este espacio un nuevo concepto llamado adultez emergente comprendido entre los 18 y los 25 (Uriarte, 2005).

Carvalho da Silva y Souza (2021) hablan del triple tabú que supone el suicidio en la infancia y la adolescencia ya que no solo implica estas etapas vitales, sino que además conlleva el tabú de la muerte y el tabú del suicidio. Sin bien la muerte es un fenómeno natural o biológico que forma parte del proceso de la vida, esta debe comprenderse en un marco cultural; es decir, debemos entender la muerte en un tiempo y espacio concreto. Las distintas culturas han creado gran cantidad de ritos alrededor de la muerte que favorecen que sea un tabú. Por ello, el suicidio entendido como un atentado contra la supervivencia humana se verá como una agresión doble creando una esfera de silencio y aumentando su estigma. Sumar a esto la visión social que existe sobre niños y adolescentes como dóciles o ingenuos aporta el tercer escalón a nuestro triple tabú. Por tanto, pensar en autolesiones o suicidio en un niño o adolescente crea tal incomodidad que nos aleja de su estudio, comprensión, intervención, prevención, etc.

En cuanto a legislación se refiere y atendiendo al principio de primacía o prevalencia del Derecho, la Declaración Universal de los Derechos Humanos no atiende específicamente al fenómeno del suicidio; sin embargo, sí que hace referencia en su *Artículo 25* al derecho a la salud y el bienestar de las personas incluyendo desde la cobertura de las necesidades básicas hasta los servicios sociales. Además, este mismo artículo hace especial hincapié en el derecho a protección de la infancia (Naciones

Unidas, 1948). Por su parte, el Parlamento Europeo (2023), en su Informe sobre la salud mental del 12 de diciembre de 2023 sí que habla específicamente del suicidio y lo considera como un problema de salud pública no solo en población general sino en la adolescencia también. Por ello, determina como metas de la comunidad europea el abordaje de los factores relevantes para la salud mental, especialmente en grupos vulnerables como niños, adolescentes y jóvenes adultos. Además, requiere a los Estados miembros fiabilidad en sus datos en cuanto al fenómeno del suicidio de forma holística: hospitalizaciones, autolesiones, ideación, consumación, etc. Finalmente, el parlamento resalta la importancia de la prevención y detección temprana para 2030 con el fin de reducir las cifras. De este modo insta a los países europeos a fomentar normas e iniciativas con el fin de prevenir y abordar el suicidio.

España, por su parte, a nivel legislativo cuenta con la Ley General de Sanidad, actualizada en 2023. En esta, aunque no se manifiesta nada en relación con el suicidio, sí que se aborda la salud mental en su Capítulo II y III. Así, en el artículo 18.8 obliga a la promoción y mejora de la misma y en su artículo 20 equipara la salud mental a la física, resaltando la importancia de una cobertura general de forma compaginada con el resto de servicios sociales (Boletín Oficial del Estado, 1986).

En referencia a acciones concretas por parte del Estado, en 2022 se concedió una partida presupuestaria a la Cruz Roja Española destinada a prevenir, detectar y atender la conducta suicida. La iniciativa vino dada por el aumento de los índices de suicidio tras la pandemia mundial de COVID-19. Las actividades financiadas fueron: un sistema de atención telefónica, desarrollo de recursos comunitarios, accesibilidad universal a recursos tecnológicos y colaborar con el Ministerio de Sanidad en la producción de actuaciones (Boletín Oficial del Estado, 2022). Así mismo, el Ministerio de Sanidad junto con el Comisionado de Salud mental (2025) han facilitado este mismo año su Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027, siguiendo con las recomendaciones europeas.

Tras los encuadres tanto teóricos como normativos se observa fácilmente como el fenómeno del suicidio es un área no solo tabú sino también olvidada tanto a nivel teórico como práctico. La falta de concreción de los datos, el ocultismo que lo rodea, la escasa legislación en su materia, lo estigmatizado que está el fenómeno o su olvido por parte tanto del gobierno como de otras organizaciones o instituciones hacen que el estudio de este tema cobre significativa importancia.

En 2015 Soole, Kõlves, y De Leo llevaron a cabo una revisión sistemática cuyo objetivo era investigar el suicidio en niños y adolescentes de 14 años o menos; proporcionando una visión actual de la realidad. Los resultados encontrados se pueden agrupar en demográficos, factores individuales, factores familiares y factores socioambientales y contextuales.

Comenzando por la demografía, se observó un aumento de la incidencia con el aumento de la edad, coincidiendo esto con el aumento del contacto con factores de riesgo. En cuanto a las diferencias de género entre niños y niñas, no existe un claro acuerdo pero se puede afirmar que los varones usan métodos más letales. En esta línea, las circunstancias más comunes son el ahorcamiento, el uso de armas de fuego, el salto de altura y el envenenamiento. Los métodos varían en función de la demografía y la cultura, lo que involucra a factores ambientales en este fenómeno. Además, se encontró que mientras los niños suelen poner en marcha la conducta fuera del hogar, las niñas lo hacen en el hogar (Soole et al., 2015).

En cuanto a los factores individuales, Soole et al (2015), encontraron irascibilidad y agresividad, nerviosismo, internalización y aislamiento social, pasividad y desconfianza, escasa comunicación, extremada inteligencia o sensibilidad a las críticas. Sin embargo, algo en lo que coincidieron la mayoría de los estudios fue la impulsividad. Si bien es cierto que la salud mental y los trastornos mentales tienen gran influencia y aumentan la probabilidad, existen discrepancias en cuanto a la psicopatología. Lo que sí se puede afirmar es que, en la infancia y la adolescencia, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, los problemas de conducta o emocionales y el abuso de sustancias aumentarán el riesgo de la conducta suicida. Finalmente, también se ha encontrado que las niñas suelen tener más intentos previos y piden más ayuda que los niños.

Pasando a hablar de la familia, Soole et al (2015) no hallaron acuerdos claros en cuanto a psicopatología en familiares. En cualquier caso, parece ser de riesgo los problemas familiares relacionados con el estado del ánimo y la personalidad, el abuso de sustancias o intentos de suicidio. En este último, se habla de seis veces más de probabilidad de suicidio si el menor ha estado expuesto al mismo. Por su parte, la comunicación entre padres y madres e hijos tiene un gran papel, aumentando el riesgo de conducta suicida si esta es pobre. Se considera de riesgo también sufrir abusos o ser testigos de los mismos.

Finalmente, y en cuanto a los factores socioambientales y contextuales se asocia a la conducta suicida las notas y el rendimiento académico además del acoso en el entorno escolar. El consumo de alcohol, que va en aumento con la edad, es un gran aliado del suicidio. Por último, un gran porcentaje de menores deja notas de suicidio, lo que además implica la existencia de intentos previos (Soole et al., 2015).

Por tanto, el objetivo de este trabajo será actualizar la información sobre el suicidio en la infancia y la adolescencia mediante una revisión sistemática que conjuga el marco teórico actual con la metodología del estudio expuesto anteriormente. Con ello se busca actualizar a los distintos profesionales implicados, familiares, entornos educativos, instituciones y organizaciones, etc. sobre el panorama. Debemos de entender el suicidio más allá de la patología mental o lo psiquiátrico y pasar a una conceptualización social o contextual (Guerrero, 2019). Se necesita investigación para abarcar el mayor número de casos posibles mediante programas de prevención o tratamientos adecuados (Mosquera, 2016).

MÉTODO

Método de búsqueda

Como se indica anteriormente, el siguiente trabajo sigue la metodología de Soole et al (2015), por tanto, sigue el método PRISMA a la hora de identificar, seleccionar y evaluar la inclusión o exclusión de los estudios (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y el grupo PRISMA, 2009; citado en Soole et al., 2015) como más tarde se puede observar en el diagrama de flujos presentado en la [Figura 1](#). La búsqueda ha sido llevada a cabo en las bases de datos Scopus, PubMed, PsychInfo y Google Scholar. en enero de 2025 sin filtrar inicialmente por año. En cuanto al lenguaje usado en las bases de datos la búsqueda se centró en dos ecuaciones de búsqueda en inglés: 1) ("child" OR "children") AND "suicide" AND "psychological autopsy"; y 2) ("child" OR "children") AND "suicide" AND "case study". De esta forma, se obtuvieron un total de 300 artículos totales: Scopus, 75; PubMed, 188; PsychInfo, 13; y Google Scholar, 15.

Criterios de inclusión y exclusión

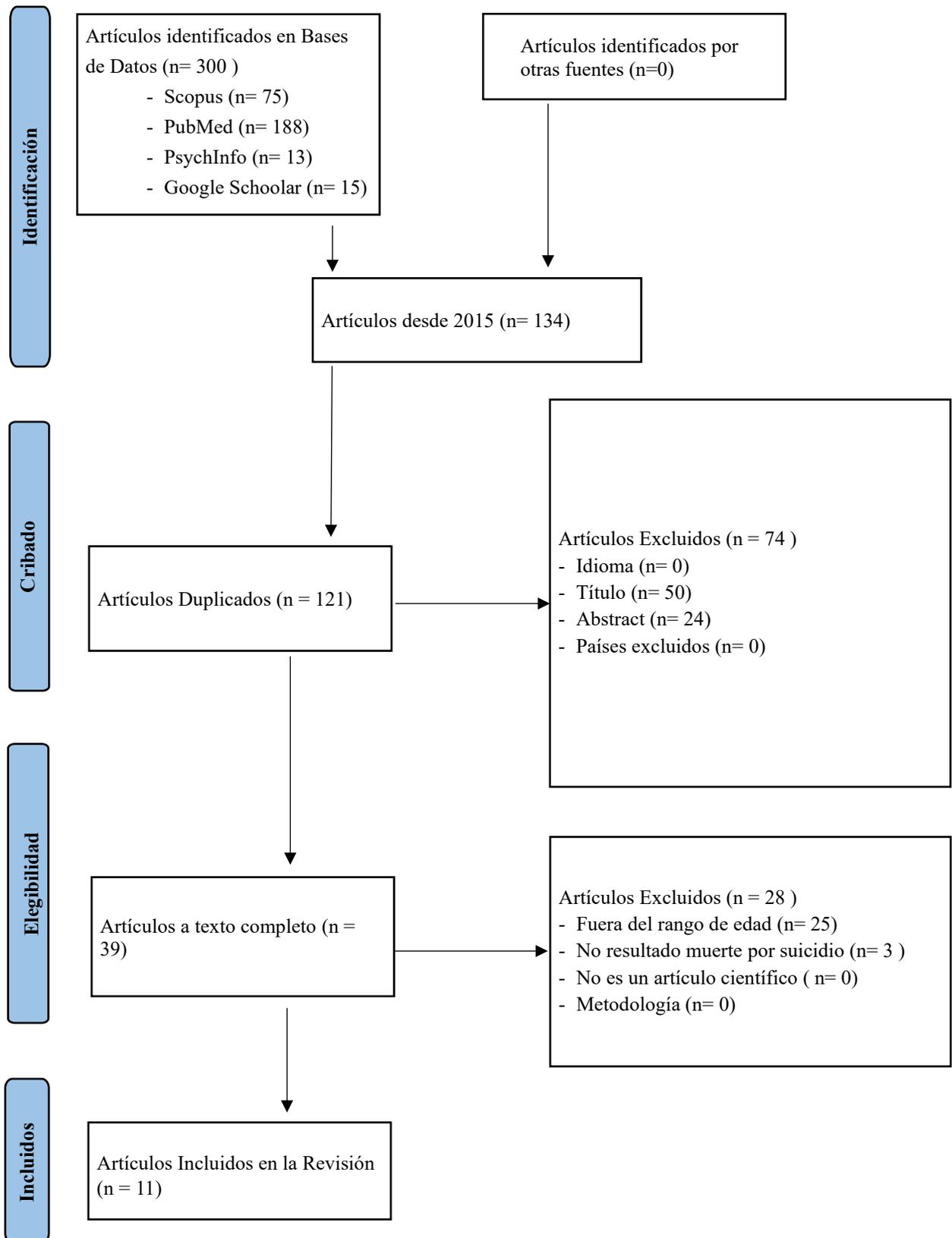
Para llevar a cabo este proceso, se ha usado la guía PRISMA actualizada por Page et al. (2021), obteniendo como resultado el diagrama de flujo presentado en la *Figura 1*. Inicialmente, de los 300 artículos totales, se excluyeron todos los artículos anteriores al año 2015 ya que el objetivo del presente trabajo es actualizar el realizado por Soole et al., que es de dicho año. Con esto, se obtuvieron un total de 134 artículos: Scopus, 46; PubMed, 78; PsychInfo, 7; y Google Scholar, 3.

De este n=134 han llevado a cabo dos filtrados de duplicidad. Inicialmente por bases de datos, afectando solamente a Scopus y PubMed con un artículo duplicado en cada una. Tras esto, se eliminaron los artículos duplicados de los 132 restantes, obteniendo un total de 121 artículos. A continuación, se pasa al proceso de cribado por título, *abstract*, idioma o país. En cuanto a exclusión, se tuvo en cuenta que el título y el resumen estuvieran relacionados con el tema y objetivo del presente estudio o contuviera las palabras clave de búsqueda. De esta forma se excluyeron respectivamente 50 y 24 artículos obteniendo un n=47. En cuanto al idioma o el país, ambos fueron criterios de inclusión; es decir, no se ha excluido ningún artículo por idioma o por país.

En cuanto a la elegibilidad se ha tenido en cuenta: que el artículo estuviera disponible a texto completo, la edad de la población, el resultado de la conducta y la metodología de los artículos. Del n=47 anterior se pasa a un n=39 tras eliminar los artículos a los que no se ha podido acceder. Aunque Soole et al. (2015), marcan en su estudio una edad límite de 14 años o menos, en este estudio se ha considerado relevante por todo lo reflejado en la introducción considerar la edad límite hasta los 20 años, siendo este un criterio de exclusión y siendo las poblaciones estudiadas la infantil y la juvenil. Por tanto, se excluyeron un total de 25 artículos. Además, se excluyeron todos aquellos artículos en los que el resultado final de la conducta suicida no fuera la muerte, siendo excluidos otros 3 artículos. Finalmente, la metodología de los artículos se ha determinado como criterio de inclusión, siendo aptos para el siguiente estudio las siguientes metodologías: estudio primario, revisión sistemática, meta-análisis o autopsia psicológica retrospectiva. Por tanto, el número final de artículos disponibles para el presente estudio es de n=11.

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA del Proceso de Selección de Estudios (Page et al., 2021).



RESULTADOS

La cantidad de estudios que estudian el fenómeno del suicidio en la infancia y la adolescencia sigue siendo limitada (n=11) pese a tratarse de un problema de salud pública tanto a nivel mundial como estatal. En el [Anexo 1](#) se puede observar la tabla resumen de dichos artículos estudiados. De los estudios incluidos en esta revisión encontramos: tres con un diseño cuantitativo observacional descriptivo, un estudio de caso con diseño cualitativo y un estudio con diseño multimétodo cualitativo y cuantitativo; el resto (seis) son autopsias psicológicas. Los estudios fueron desarrollados en diferentes países, siendo el más repetido Países Bajos (n=5) pero encontrando también Inglaterra, India, Portugal, Corea del Sur, Méjico o Noruega. Se puede observar una predominancia de población europea con cultura occidental.

Por otra parte, de los once artículos cinco llevan a cabo comparación entre grupos. Uno de ellos comparó por grupo de edad de 10 a 17 años y de 18 a 19; otro hace una comparación de la comunicación de la conducta entre sexos; otro se centra en comparar la gravedad de la conducta suicida. Los dos últimos comparan la inclusión en la autopsia psicológica de solo los padres o de los padres y los pares; y, grupos que dejaron o no nota/carta de suicidio. El número de la muestra, en general, ha sido pequeña, teniendo incluso un estudio de caso. El resto de estudios ha oscilado en una muestra de entre 17 y 145 niños y adolescentes fallecidos.

Entre los hallazgos más relevantes encontrados se puede decir:

A nivel demográfico se puede afirmar que la consumación del suicidio correlaciona de forma ascendente con el aumento de la edad de la persona; además, existen diferencias entre chicos y chicas tanto en los factores que influyen como en la forma de ejecutarlo o comunicarlo. En cuanto a la salud mental, se posiciona como un factor clave en la conducta suicida desde el inicio de la misma. Se suelen encontrar intentos previos menos en dos de los artículos desarrollados en India y Méjico, lo que puede implicar un factor cultural (siendo esta una de las conclusiones de Mendes et al., 2015). El método más repetido de suicidio es el ahorcamiento o la asfixia en la mayoría de los casos. Otro factor sobre el que todos los artículos que lo han estudiado están de acuerdo es la influencia negativa que pueden tener las redes sociales en la conducta suicida. Se puede hablar también del área académica y familiar y la sexualidad como factores de riesgo o de protección.

DISCUSIÓN

Demografía

La discusión de resultados comienza por un análisis demográfico de la población estudiada. Para ello se debe considerar una de las conclusiones de Mendes et al. (2015) donde se señala la importancia de tener en cuenta el contexto cultural y social al investigar la fenomenología del suicidio ya que los resultados pueden variar entre países e incluso dentro de cada país. La población estudiada abarcaba desde los 10 años a los 20, oscilando las medias obtenidas en cuanto a edad del suicidio entre los 13,8 años (Freuchen y Grøholt, 2015) y los 16,9 (Mérelle, 2020), pudiendo considerar este periodo como crítico. Sin embargo, en el análisis de Rodway et al. (2016) se habla de un aumento significativo de las cifras entre los 18 y 19 años; dato que concuerda con los expuestos en la introducción (Ministerio de Sanidad, 2022; Instituto Nacional de Estadística, 2024; Organización Mundial de la Salud, 2025). En esta línea, Mendes et al. (2015) observaron un aumento de las tasas de suicidio en un 58% con el aumento de la densidad de población, es decir, con la urbanidad. Navarra et al (2020), en su estudio concluyen que la mayoría de las víctimas pertenecían a la clase media alta, con un 34,5% seguida de la clase baja con un 30,9% y de la clase media baja con un 27,3%. Además, observaron que el 49,1% de las víctimas tenían al menos un hermano.

En cuanto a las diferencias por sexos, las chicas parecen mostrar más lesiones e intentos previos (Lee et al., 2024; Rodway et al., 2016), tienen más riesgo de sufrir bullying online o abusos sexuales y existen más probabilidades de que dejen notas de suicidio (Rodway et al., 2016); por su parte, los varones parecen dominar en cuanto a las cifras de consumación de la conducta con un 64,7% (Mendes et al., 2015). Según Rodway et al. (2016), las enfermedades más comunes por la población estudiada son afecciones físicas como el acné o eccema y enfermedades respiratorias. En cuanto a su ocupación, podemos afirmar que la mayoría eran estudiantes, oscilando entre el 64,7% (Mendes et al., 2015) y el 75% (González-Castro et al., 2017). Además, González-Castro et al. (2017) encontraron también que el 85,7% de la población estudiada era soltera.

Por su parte, Balt et al (2021) investigaron el “Suicide Related Communication” (SRC). Se trata de la comunicación relacionada con el suicidio o la conducta suicida. En

dicho estudio se encontró que el 100% de los jóvenes a los que se les realizó autopsia psicológica comunicó elementos relacionados con el suicidio. Aunque también se pudo ver que la media de SRC tanto explícito (significativamente) como implícito fue más alta en los casos femeninos.

Circunstancias del suicidio

Los artículos revisados que han estudiado esta área han determinado que el método más común es el ahorcamiento o estrangulación (Rodway et al., 2016) Entre las cifras extraídas se encuentra un 35,3% en Mendes et al. (2015) o un 85,7% en González-Castro et al. (2017). Según Lee et al. (2024) el método más común es el salto de altura (72,2%), quedando el ahorcamiento en segundo lugar (16,7%) y siendo el envenenamiento por gases el tercer método (8,3%). Se debe matizar que este último estudio fue llevado a cabo en Corea del Sur. Otros métodos comunes además del ahorcamiento, el salto de altura o el envenenamiento con gas (no tan usual según Rodway et al., (2016) son: en un 17,6% de los casos el disparo, en otro 17,6% de los casos correr contra un tren en movimiento (Mendes et al., 2015) o las lesiones múltiples (Rodway et al., 2016), no siendo este método muy específico.

El sitio más común oscila entre el propio hogar (Lee et al., 2024) encontrando cifras como un 35,3% (Mendes et al., 2015) o un 78,6% (González-Castro et al., 2017) y áreas públicas; elevándose la cifra de estas últimas a un 41,2% (Mendes et al., 2015). Según Narayanan et al. (2020), el mayor número de intentos de suicidio se registra por la tarde (entre las 18:00 y las 00:00); concretamente después del horario de trabajo, escolar o universitario. Por otra parte, Mendes et al. (2015), afirman que en el 41,2% de los casos el cuerpo fue encontrado por una persona conocida de la víctima: familiar o amigo. Además, este mismo estudio afirma que en el 76,5% de los casos las víctimas fueron encontradas el mismo día que ocurrió el suicidio. Cabe señalar que las personas que han tenido intentos previos de suicidio en los siguientes buscan como hacerlo de manera más “limpia” (Balt et al., 2021).

Factores individuales

Personalidad

En cuanto a las características individuales de la población, Lee et al (2024) ya apuntan las altas puntuaciones en depresión grave y adicción a internet. Además, estos mismos autores hablan de niños y adolescentes evitativos, sumisos y negativos. En cuanto a lesiones o intentos previos, las niñas con un 80,6% habían manifestado más señales de advertencia a sus familiares el año de antes: sobre todo señales verbales 86,2% y conductuales 72,4%. Además, los jóvenes estudiados habían vivido acontecimientos adversos, susceptibles de ser traumáticos, relacionados con el entorno familiar: separaciones de padres, problemas económicos, violencia doméstica, enfermedad o fallecimiento, ... Todos estos elementos serán desarrollados en detalle más adelante. Por su parte, Rodway et al. (2016) encontraron problemas de pareja en un 32% de la población, aislamiento o retraimiento social en un 25% y una ruptura reciente en el 19%. Además, encontraron algunos casos de duelos y duelos complicados.

En cuanto a características propias para chicos y chicas, Mérelle (2020) matiza que en chicas se encuentra esfuerzo en obtener buenas calificaciones, perfeccionismo y miedo al fracaso académico; desembocando en inseguridad. Además, esto se incrementa a causa del absentismo escolar derivado de otras problemáticas como ingresos por Trastornos de la Conducta Alimentaria. De otra forma, este mismo autor encuentra en los chicos patrones de diagnósticos como Dislexia, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o Trastorno del Espectro Autista, que produjeron un estancamiento académico. Asimismo, en los varones se encuentran también experiencias escolares negativas, afectando a su autoestima (baja).

Finalmente, se puede añadir que antes del suicidio se encuentran cambios conductuales en los que algunos adolescentes se alejan de su círculo o se aíslan, faltan a la escuela, o eliminan sus cuentas de redes sociales. Se observó un descenso de la energía, irritabilidad, problemas de sueño o un aumento del consumo de sustancias (Mérelle, 2020).

Salud Mental

Pasando al área de la Salud Mental, tanto Lee et al. (2024), Rodway et al. (2016), Mérelle (2020) como Narayanan et al. (2020) coinciden en la existencia de problemas de salud mental en los fallecidos estudiados. Concretamente, coinciden en la existencia de trastornos afectivos o del estado del ánimo. Comenzando por Lee et al. (2024), se encuentra que el 92,2% había sido diagnosticado con un trastorno mental mayor los últimos tres meses y de estos, el 80,6% de un trastorno afectivo; siendo la depresión la más frecuente. Además, en el 55,6% de los casos de depresión, esta era comórbida con ansiedad. En la misma línea, Rodway et al. (2016) encuentran problemas de salud mental en los fallecidos, destacando también los trastornos afectivos. Por su parte Mérelle (2020) concluye que el 65% de la población obtuvo puntuaciones moderadas o elevadas en problemas emocionales. Narayanan et al. (2020) encontraron en la mayoría de los casos estudiados, con un 50,96%, un estado depresivo al menos dos semanas antes del suicidio.

En cuanto a otras problemáticas también relacionadas con la salud mental, podemos añadir que el 39% obtuvo puntuaciones moderadas o elevadas en problemas de conducta (Mérelle, 2020); habiéndose encontrado también ira, agresión o impulsividad en el 14,5% de los casos (Narayanan et al., 2020) o aislamiento social o problemas psicosociales entre el 10,9% (Narayanan et al., 2020) y el 48% de la población entre los seis meses (Mérelle, 2020) o al menos dos semanas antes (Narayanan et al., 2020) de la muerte. Concretamente en chicas, Balt et al. (2021), afirman que la mayoría padecían psicopatología compleja; muchas de ellas con TCAs comórbidos.

Así, en el momento de su muerte, entre el 47,2% (Lee et al., 2024) y el 63% (Mérelle, 2020) de la población estudiada estaba inscrita en servicios de salud mental para jóvenes y entre el 36% (Rodway et al., 2016) y el 49% (Mérelle, 2020) estaban diagnosticados con un trastorno psiquiátrico como: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastorno Generalizado del Desarrollo no específico, Dislexia, Trastorno de Estrés Post Traumático, Trastornos de Personalidad o Adicciones (Mérelle, 2020); estando el 61% de los fallecidos sin diagnosticar (Rodway et al., 2016). De estas cifras, encontramos gran variabilidad en la prescripción de psicofármacos, yendo desde el 8,3% en el estudio de Lee et al. (2024) basado en una cultura oriental hasta un 36% de medicación prescrita en el estudio de Rodway et al. (2016), basado en una población occidental europea.

Sin embargo, estos estudios sacan a relucir también las diferencias culturales que existen a la hora de abordar la salud mental. En el estudio llevado a cabo en India por Narayanan et al. (2020), solo el 7,3% de la población estaba diagnosticados y en tratamiento.

Finalmente, cabe resaltar la relevancia de las aportaciones de Van de Koppel et al. (2024), en su estudio de caso. Se habla del riesgo de cronificación de la conducta suicida. Cuando la conducta suicida es tan persistente y es tan pronunciada puede pasar a ser parte de la identidad lo que pone a profesionales de la salud, familiares y seres cercanos en un punto muerto y los problemas subyacentes pasan a segundo plano. El riesgo de desarrollar una identidad suicida implica que la persona deja de entenderse a sí misma sin la voluntad de morir. Es por ello que proponen la suicidalidad como un elemento a incluir dentro del tratamiento transdiagnóstico, lo que permitiría un adecuado seguimiento por parte de profesionales de la salud; abordado la conducta independientemente de la problemática que se quiera tratar. Sin embargo, los mismos autores reclaman también la necesidad de mayor investigación.

Contacto con servicios de salud o Sistema de Justicia

En este aspecto, además de contacto con servicios de salud, como se ha indicado anteriormente, tanto Rodway et al. (2016) como Mérelle (2020) se aproximan bastante al revelar que el 30% estuvieron en contacto con el sistema de justicia y la policía y el 28% estuvieron en contacto con la policía respectivamente.

Conducta suicida previa

En este apartado debemos de tener en cuenta que la conducta suicida implica cualquier comportamiento desde la ideación, pasando por su comunicación o intentos previos; es decir, cualquier elemento que nos lleve a interpretar que el menor tiene intención de acabar con su vida (Balt et al., 2021). Todo eso será considerado en este apartado excepto las notas de suicidio, que tienen una sección propia.

Los principales autores de esta sección serán Balt et al. (2021), al haber hecho un estudio concretamente de la comunicación de la intención suicida; directamente relacionada con la propia conducta suicida. Como ya se ha indicado, el SRC, es la

comunicación de la conducta suicida por parte de la persona a su entorno. El SRC escrito será considerado en el apartado de notas de suicidio.

Sin embargo, antes de pasar a desarrollar los hallazgos a nivel comunicativo cabe resaltar que, al implicar la conducta suicida tantas morfologías de comportamiento, los resultados del resto de autores son diversos. Por su parte, González-Castro et al. (2017) indican que el 85,7% de los jóvenes estudiados no mostraron intentos previos, en sintonía con Narayanan et al. (2020) donde se encontró que solo el 14,5% de los jóvenes tenían antecedentes de intentos de suicidio previos. Sin embargo, Mérelle (2020), por su parte habla de un 72% de jóvenes con ideación suicida previa a la consumación y de estos en un 53% de los casos hubo al menos un intento previo. Estas cifras también coinciden con Rodway et al. (2016) al encontrar autolesiones previas en la mayoría de jóvenes estudiados, de los cuales en un 36% de los casos fue necesaria intervención médica al haberse lesionado.

Pasando a la conducta comunicativa y comenzando por los primeros indicios de SRC, se afirma que las chicas debutan antes que los chicos; comenzando estas en el tránsito de primaria a la eso (entre los 11 y los 13 años) y los chicos entre los 14 y los 16 años (Balt et al., 2021). Estas cifras confirman las teorías presentadas en la introducción sobre la comprensión de la muerte de los menores y resaltan la necesidad de abordar esta problemática desde la prevención ya desde una temprana edad. En esta línea, en su estudio, Balt et al. (2021), encontraron hasta un caso de un chico que debutó en la comunicación suicida a la edad de 5 años. Las niñas, en su mayoría, comunican implícita y explícitamente sus intenciones de morir mucho antes que los chicos; o bien mediante la comunicación verbal, expresando la propia ideación o la intención, o bien con autolesiones deliberadas, intentos previos o conductas online relacionadas con el suicidio. Los chicos por su parte, suelen ser más verbales y debutan más cerca del momento del suicidio.

En cuanto al SRC verbal, podemos encontrar diferencias entre chicos y chicas. Los niños son más sutiles, no revelando directamente la conducta suicida, pero haciendo de manera frecuente comentarios o preguntas sobre la muerte o que la implican; por ejemplo, haciendo chistes sobre el suicidio u opinando sobre el mismo. Podemos encontrar frases como “*ya estoy muerto*” o “*nunca voy a envejecer*”. Por su parte, las chicas son más directas o reveladoras, no dejando lugar a dudas (inequívocas) y suelen

buscar comunidades online para hablar sobre lo que les está pasando y sobre su ideación (Balt et al., 2021).

De la misma forma el SRC no verbal presenta diferencias entre chicos y chicas también. Por un lado, las chicas presentan un gran porcentaje de autolesiones, siendo más del 72% las que se habían cortado, habían ingerido objetos o se habían privado de comida. Ellas comienzan entre los 11 o 12 años hasta el momento de la muerte. Otras conductas femeninas encontradas son: lista de cosas que hacer antes de morir; escribir canciones sobre la muerte; o desarrollar interés por textos, imágenes o canciones relacionadas con la muerte o el suicidio. Por otro lado, las autolesiones en los chicos no llegan al 50% y se manifiestan de diferente forma, encontrando darse cabezazos o dar puñetazos a cosas hasta sangrar (Balt et al., 2021).

Balt et al. (2021) también estudiaron el SRC en los últimos meses antes del suicidio y encontraron que tanto en chicos como en chicas aumenta, aunque el porcentaje es mayor en ellas. Entre las conductas encontradas se recogen: preguntar sobre métodos en foros o redes sociales, recopilar información, buscar lugares, consultar horarios de trenes o adquirir medios. En este sentido, según Narayanan et al. (2020), el 21,8% de los jóvenes estudiados habían expresado su ideación suicida a alguno de sus familiares o amigos durante el último mes.

Pasando a la comunicación implícita, la mayoría de los jóvenes (independientemente del género) verbalizaron angustia emocional, tristeza y ansiedad, inseguridad, sentimientos depresivos o desesperanza, aumentando estos con el paso del tiempo y siendo expresados en forma de búsqueda de apoyo. Los niños se sentían estancados y frustrados aumentando la agresividad verbal. Las niñas se anclaban en la culpa, considerándose una carga (Balt et al., 2021). Esta comunicación implícita de la conducta suicida está altamente relacionada con la salud mental, lo que debe poner en alerta a los profesionales sanitarios para su correcta atención e intervención. Sin embargo, Balt et al. (2021) encuentran también sentimientos negativos sobre la atención sanitaria, oposición a la misma o ineficacia para su situación.

En la misma línea otras formas de comunicación implícita fueron: cansancio creciente y cambios en los patrones de sueño; además de un aislamiento de sus seres queridos o un abandono o eliminación de sus redes sociales. Se encontró también cambios de apariencia, cambios en el rendimiento académico o cambios en el comportamiento

religioso durante los últimos meses. Entre un día o varias semanas antes los jóvenes parecían estar más relajados o felices. En los últimos meses, de forma implícita se encontró cada vez más desapego emocional de amigos y familia, desesperanza, emociones negativas, disposición a morir o sensación de que vivían para los demás (Balt et al., 2021).

Finalmente, en cuanto a los destinatarios de la comunicación de la conducta suicida se puede afirmar que son cruciales en la detección de la conducta, sobre todo en la detección temprana. En ocasiones son solo los padres, aunque otras veces también se comunica a amigos o parejas (Balt et al., 2021). Según Rodway et al. (2016) y Looijmans (2021), tanto padres como pares habían recibido señales de la ideación suicida, sobre todo cuando había intentos previos.

Si diferenciamos por género, las chicas suelen variar más, recurriendo a padres, amigos, personal sanitario, compañeros de clase o contemporáneos con problemas similares u otros problemas de salud mental online. En el 78% de los casos, las conductas comunicativas de las chicas suelen derivar en conversaciones, preguntas, etc. Esto se interpreta como una búsqueda de ayuda; sin embargo, muchas veces, los padres tienen miedo a asimilar esta realidad (la niegan) lo que dificulta la situación y la disposición a apoyar o ayudar al menor. La respuesta normal será una conversación desde la incomodidad y una recomendación de búsqueda de ayuda desde el estigma. Los padres no se sienten las personas adecuadas para hablar de esta realidad, teniendo agravar la situación o normalizarla. Por su parte, los chicos tienden a comunicarse sobre todo con sus pares, siendo normalmente escasa la respuesta obtenida o evitando la conversación mediante la minimización del asunto. Además, muchos niños encuentran como respuesta la agresión física (Balt et al., 2021).

Factores Familiares

Psicopatología familiar

En cuanto a los antecedentes psicopatológicos familiares, se puede hablar de diagnósticos psiquiátricos entre el 50% (Lee et al., 2024) y el 53% de los casos; siendo un 13% los jóvenes con un progenitor o hermano con una enfermedad psiquiátrica grave (Mérelle, 2020); además, en el 60,7% de los casos uno de los progenitores consumía

alcohol regularmente (González-Castro et al., 2017). Por su parte, Rodway et al. (2016), hablan de una alteración del entorno familiar en el 34% de los casos, implicando enfermedades mentales o físicas, abuso de sustancias o violencia doméstica.

Antecedentes familiares de suicidio

Se ha encontrado que entre el 12,7% (Narayanan et al., 2020) y el 25% (Lee et al., 2024) de las víctimas tenían antecedentes de suicidio entre los familiares. Narayanan et al. (2020), observaron que, en el último año, en el 18,2% de los casos se había producido el fallecimiento de un familiar, amigo o pariente.

Relación paternofamiliar

Las familias no refieren insatisfacción o problemas de conducta por parte del menor, sin embargo, la autopsia psicológica muestra que alrededor del 60% sí que la padecían (Lee et al., 2024), lo que puede ser un indicador de escasa comunicación paternofamiliar. Por otra parte, Balt et al. (2023), hablan de una preocupación por parte de los padres sobre la facilidad para encontrar información sobre como suicidarse en internet, existiendo una preocupación por los contenidos de las redes sociales o por la desinformación sobre el manejo de las mismas. Estas conclusiones también nos indican que sería necesario el fomento de la comunicación intrafamiliar, estableciendo puentes de confianza que permitan a los jóvenes expresarse con transparencia ante sus progenitores.

Eventos adversos

Las cifras encontradas por Mérelle (2020) reflejan que el 41% de los jóvenes se habían escapado de casa al menos una vez, que el 28% de las familias sufrían problemas económicos, que el 13% había sufrido abuso sexual y el 25% maltrato físico.

Ambiente en casa

En cuanto al ambiente en casa, las entrevistas llevadas a cabo por Mérelle (2020) muestran que en muchos casos existían situaciones recurrentes de alta tensión familiar; esta conclusión concuerda con González-Castro et al. (2017), que afirman que en el

60,7% de los casos los jóvenes provenían de familias disfuncionales, componiéndose así como una característica del suicidio. En un 15% de los casos en los que existe psicopatología en los familiares de los jóvenes encontramos abusos por su parte además de negligencias que implican Planes de Protección Infantil (Rodway et al., 2016). Asimismo, el 47% de los jóvenes fallecidos tenía padres divorciados (Mérelle, 2020).

Por su parte, Mendes et al. (2015) contrasta estos resultados no habiendo registrado antecedentes familiares de las víctimas en cuanto a abuso sexual, violencia doméstica o suicidios previos de miembros de la pareja o de amigos cercanos; sin embargo, esto no significa que no existieran ya que la mayor parte de esta información fue revelada por la propia familia. Esto respalda el estudio de Loojimans (2021) en el que además de entrevistar a los progenitores se incluyó los pares o amigos de los jóvenes y se encontró que en el 56% de los casos existen más factores influyentes a nivel familiar además de los referidos por los propios progenitores como sentimientos de culpa, discusiones, malas relaciones, agresiones (en ambos sentidos), nuevas parejas o incluso enfermedades mentales ocultas.

Factores Socioambientales y contextuales

Académicos

Los centros educativos no refieren insatisfacción o problemas de conducta por parte de los menores, sin embargo, la autopsia psicológica llevada a cabo en el estudio de Lee et al. (2024) muestra que alrededor del 60% sí que la padecían, en esta misma línea Rodway et al. (2016) afirman que el 51% de los jóvenes estudiados sufrían presiones académicas, estrés e insatisfacción. Además, el 47% de los adolescentes habían sufrido acoso escolar (Mérelle, 2020). Si ampliamos la información y tenemos en cuenta la aportada por los pares en Loojimans (2021) encontramos datos más precisos sobre las notas incluyendo incluso la posibilidad de repetir curso, preocupación por el futuro o las carreras a elegir, ... Es decir, los pares tienen una visión más cercana o empática de los eventos escolares estresantes y hacen más evidente (o aumentan la información estimada) el posible sufrimiento o preocupación. Un claro ejemplo es como un padre describe a su hijo a nivel académico como ordenado y con altos estándares académicos mientras que un compañero lo completa añadiendo que el joven lloraba en el colegio y se autolesionaba

cuando no alcanzaba sus expectativas. Por tanto, los pares, amigos o compañeros, en el 69% de los casos pueden añadir más información sobre el ambiente social y académico.

En cuanto al rendimiento académico promedio, encontramos que el 40% de los jóvenes presentaba un rendimiento académico promedio, el 36,4% deficiente y el 23,6% bueno (Narayanan et al., 2020).

Consumo de sustancias

Se ha encontrado consumo de drogas legales e ilegales en los meses previos al fallecimiento (Rodway et al., 2016). El 34% de los adolescentes estudiados por Mérelle (2020) consumían a veces drogas blandas y el 16% drogas duras. Por su parte, González-Castro et al. (2017), hablan de consumo regular de alcohol en el 78,6% de los casos.

Los familiares informaron sobre hábitos de tabaquismo en el 36,3% de los casos (Mendes et al., 2015). Sin embargo, los compañeros aportaron más información, lo que nos muestra que los pares conocen mejor la información sobre si existía consumo o no de drogas, cantidad o frecuencia (tanto en drogas duras como blandas). En algunos casos se llegó a revelar un posible tráfico de drogas o el intercambio de sexo por drogas (Looijmans, 2021).

Notas de suicidio

Freuchen y Grøholt (2015), llevaron a cabo un estudio centrado en notas de suicidio por lo que el 100% de su población estudiada había dejado una antes de fallecer. Sin embargo, según Mendes et al. (2015), las notas de suicidio escritas por las víctimas se encuentran en el 41,2% de los casos y en el 17,7% permiten determinar el motivo del suicidio.

Según Freuchen y Grøholt (2015), el 61% de los menores estudiados que dejaron notas de suicidio eran menores de 14 años y el 39% tenían 15 años; siendo las palabras medias utilizadas 47. Suelen ser escritas a mano (a excepción de una); algunos jóvenes incluso las hicieron en forma de ensayo escolar. En cuanto al papel, es variable, pudiendo ir desde una nota adhesiva hasta un folio A4 (en un caso fue una nota del audio, aunque fue excluida del estudio). En dos de los ensayos anteriormente nombrados se describía con precisión cómo y dónde se llevaría a cabo el suicidio; el tercero, sin embargo, tenía

un matiz más filosófico en el que se hablaba de la dificultad para tomar decisiones. Ante esto, cabe resaltar que ninguno de los ensayos promovió una llamada o aviso por parte del profesorado o el centro a los padres ni la toma de precauciones.

Por su parte, Balt et al. (2021), hablan del SRC escrito diferenciando entre chicos y chicas. Mientras que los chicos se comunican de forma excepcional de forma escrita antes del propio suicidio (exclusivamente a algunas madres o novias), en las chicas se descubrió la ideación a través de diarios, publicaciones o dibujos en el 72% de los casos. Además, muchas chicas encuentran comunidades en línea en las que aún no siendo específicas de suicidio hablaban del mismo con amigas o desconocidos y hasta mandaban imágenes.

Entre los mensajes clave de las notas podemos encontrar: explicar el motivo del suicidio, declaraciones de amor o dar instrucciones (Freuchen y Grøholt, 2015). En otras notas se explicita haber tenido una vida adecuada pero no tener más opciones, deseándole felicidad al resto (Balt et al., 2021). Además, las notas tienen coherencia general a todos los niveles (gramática, letra, lógica, etc.) y hay 10 temas principales de los que se habla en el siguiente orden: 1, a quién va dirigida (padres o amigos); 2, dar el motivo del suicidio (Freuchen y Grøholt, 2015), pudiendo este ser problemas de pareja como una ruptura reciente o problemas escolares como acoso (Mendes et al., 2015); 3, hacer una declaración de amor; 4, hacer un acuerdo consigo mismo, dando motivos para autoconvencerse de la propia conducta; 5, hacer un acuerdo con el resto, es decir, como si lo hicieran por alguien; 6, pedir perdón; 7, dar consuelo o transmitir buenos deseos; 8, agresión o enfado (se han encontrado pocos casos); 9, dar instrucciones, por ejemplo, sobre qué hacer con sus cosas; y 10, poner nombre y apellidos, dándole un contenido formal (Freuchen y Grøholt, 2015).

Finalmente, Freuchen y Grøholt (2015), comparan a víctimas que sí han escrito notas y a víctimas que no; no encontrando diferencias entre escritores y no escritores en cuanto a variables tales como factores demográficos, circunstancias del suicidio, salud mental, tratamiento recibido o factores estresantes. Sin embargo, sí que se concluyó que aquellos jóvenes que escriben notas tienen conductas suicidas previas como intentos y muestran un comportamiento más alterado antes del suicidio (siendo: silenciosos, serviciales, cariñosos, alegres, tensos o relajados) con mayor frecuencia que aquellos jóvenes que no escriben notas. Además, los jóvenes que dejan notas, con mayor frecuencia redactan testamentos o regalan sus pertenencias; hacen preparativos como

limpiar la propia habitación, poner música o vestirse de forma no habitual; o contactan con algún amigo o familiar poco antes del suicidio.

Otros hallazgos importantes

Internet y redes sociales

Todos los adolescentes usan redes sociales. Para algunos es una herramienta de comunicación como mantenerse al día de eventos y para otros tienen un gran papel en su vida produciendo que su ausencia les provoque dependencia, inseguridad al estar desconectados o perderse algo o sentimiento de inseguridad a nivel social. Algunos jóvenes pasan hasta ocho horas al día usando las redes sociales, lo que contribuye a sedentarismo, la ansiedad y la soledad (Balt et al., 2023). Se está empezando a comprobar como el uso excesivo de internet o la adicción al mismo y el riesgo de suicidio correlacionan de forma positiva. Internet está siendo usado como herramienta de afrontamiento y está produciendo la desindividualización de multitud de jóvenes. Sin embargo, las redes sociales también pueden tener aspectos beneficiosos siempre que el contenido esté supervisado (Lee et al., 2024). Muchos padres piensan que sus hijos son poco activos en las redes sociales, sin embargo, los pares revelan en el 56% de los casos esto es algo negado por los pares, afirmando que son bastante activos y conociendo más en profundidad qué uso les dan a las redes sociales sus amigos (Loojimans, 2021). Por tanto, los progenitores no saben qué uso les dan sus hijos a las redes sociales ni las supervisan, confiando en su uso responsable (Mérelle, 2020).

Entre los efectos nocivos de las redes sociales Balt et al. (2023), hablan de dependencia, comparación y percepción distorsionada. Las redes sociales producen un gran contraste al comparar los logros, acontecimientos, emociones o vidas aparentemente perfectas de compañeros o personas importantes con el gran sufrimiento por la conducta suicida, produciendo presión y sensación de ser diferentes. Las interacciones online se producen en refuerzos de la conducta. Se sabe que existen grupos en diferentes aplicaciones que comienzan siendo de apoyo y terminan siendo grupos para compartir autolesiones. La mayoría de la población estudiada tenía cuentas secundarias anónimas en las que publicaban información explícita sobre el suicidio (Mérelle, 2020; Balt et al., 2023).

También se debe de tener en cuenta la peligrosidad de los retos o *challenges* de las redes sociales que muchas veces ponen al adolescente en peligro (Balt et al., 2023). Entre los retos, los cuales los padres desconocen, podemos encontrar: cuánta agua pueden beber para adelgazar, autoasfixiarse hasta perder el conocimiento o competencias de autolesiones (Mérelle, 2020; Balt et al., 2023); además, en muchos de los casos, se graban y lo suben. El reto más conocido y peligroso conocido hasta la fecha es “La Ballena Azul” en el cual tienes un tutor que te pone pruebas al principio inofensivas para terminar siendo de riesgo como autolesionarse. Estas pruebas son de riesgo para cualquier joven, pero más aún para personas con conducta suicida (Balt et al., 2023). Mérelle (2020), registró hasta tres muertes causadas por el Desafío de “La Ballena Azul”. Otra fuente de riesgo pueden ser los documentos audiovisuales como series. En este caso, la serie de Netflix “*13 Reasons Why*” eliminó y cambió su último episodio de la primera temporada al exponer imágenes explícitas de un suicidio.

Otro gran riesgo encontrado en las redes sociales es el acoso, no solo entre iguales. Se encuentra riesgo de grooming o catfishing, donde se establecen relaciones en línea desiguales y en las que los menores son obligados a mandar contenido sexual o lo reciben (Balt et al., 2023).

En las estadísticas encontramos que el 23% de los jóvenes usaron internet para suicidarse buscando métodos o publicando su propia conducta en redes semanas antes del fallecimiento (Rodway et al., 2016). Por otra parte, encontramos que el 22% de los jóvenes fueron acosados por las redes sociales (Mérelle, 2020). Sufrir bullying y ciberacoso puede inducir al suicidio de forma que los acosadores presionan a los compañeros para hacerse daño (Balt et al., 2023).

Finalmente, dentro de los efectos negativos de las redes sociales Mérelle (2020), habla del Efecto Contagio. El 50% de los jóvenes conocían a alguien con ideación suicida o que había intentado suicidarse y el 28% conocían a alguien que había muerto por suicidio. En este estudio se habla de un grupo de cuatro estudiantes de la misma aula que se suicidaron el mismo día en la misma región.

De otra manera, las redes sociales también pueden tener efectos positivos en los jóvenes como reconocimiento, comprensión, apoyo entre pares, historias de recuperación, estrategias de afrontamiento y creación de redes saludables. Encontrar gente con problemas similares ayuda a normalizar pensamientos suicidas y hace sentir menos solo

en la lucha, lo que explica el uso de redes al sentir que no son comprendidos por el mundo real. De esta forma, algunos adolescentes se sienten empoderados al usar las redes como altavoz para ayudar a otras personas contando sus experiencias. Cabe resaltar que, si el adolescente está ingresado, internet le permite seguir en contacto con sus personas cercanas (Balt et al., 2023).

Estos resultados obtenidos sobre el Efecto Contagio y el papel protector de las redes sociales concuerdan con lo expuesto en la introducción, pasando a producirse tanto el Efecto Werther como el Efecto Papageno en los jóvenes a través de las redes sociales, dejando en un lado los medios de comunicación más tradicionales. Esto nos debe alertar sobre la gran herramienta que son las redes sociales y la importancia de poner el foco en un correcto uso de estas, así como de establecer un control no solo por parte de progenitores sino también de legisladores.

Comparación entre edades

Rodway et al. (2016), encontraron algunas diferencias significativas entre edades. Por ejemplo, en los menores de 18 años encontramos variables significativamente más comunes como presiones por los exámenes, enfermedades mentales en la familia, antecedentes de abuso o autolesiones por cortes. Además, los menores de 18 años tienen menos probabilidades de haber sido diagnosticados por algún trastorno mental que los jóvenes de 18 a 19 años que además tienen más probabilidades de haber estado en contacto con servicios de asistencia social o alguna autoridad (fuerzas y cuerpo de seguridad del estado).

Por otra parte, también se encontraron algunas diferencias no significativas que pueden ser interesantes comentar. En los menores de 18 años es más frecuente el acoso, abarcando también el ciberacoso. En las víctimas de entre 18 y 19 años se encuentra con más frecuencia consumo excesivo de alcohol o drogas ilícitas (Rodway et al., 2016).

Diversidad sexual y género

Se trata de una variable poco estudiada. Sin embargo, se puede afirmar que los pares suelen tener más información sobre la orientación sexual o las parejas de las víctimas (Loojimans, 2021), siendo los padres desconocedores de esta información y

pudiendo estar relacionado con la conducta suicida el estrés por compartir esta información o el miedo a sentir rechazo por parte de la familia o algún compañero del centro educativo (Mérelle, 2020). Un 15% de los jóvenes estudiados por Mérelle (2020), eran o lesbianas o gays o bisexuales, no habiendo encontrado ningún participante transgénero.

Papel como terapeutas

En su estudio de caso, Van de Koppel et al. (2024) habla de la importancia de nuestro papel como terapeutas. En este sentido, debemos considerar la conducta suicida como un problema en sí mismo y no como una característica de un trastorno, sobre todo en la etapa de la infancia y la adolescencia, siendo momentos de riesgo al estar aún en desarrollo la capacidad de autonomía. Se debe considerar la conducta suicida desde la funcionalidad como una herramienta de afrontamiento, una forma de comunicación de sufrimiento intenso combinada con una falta de habilidades de afrontamiento o de regulación afectiva. Reiterando la gravedad de la conducta en determinadas edades por el momento del desarrollo tanto emocional como cognitivo. La conducta suicida pone a profesionales de la salud, familiares y personas cercanas en un punto muerto, por tanto, el resto de problemas subyacentes pasan a segundo lugar. Además, el círculo debe evitar convertirse en víctima de las amenazas suicidas, pudiendo derivar esto en un gran sentimiento de culpa que impedirá que ayuden al joven. Por tanto, la amenaza suicida persistente debe conllevar un tratamiento tanto al joven como al círculo en el manejo de la tendencia suicida mediante medidas de seguridad y restricciones.

Como terapeutas debemos de evitar derivaciones y dar continuidad al tratamiento sin olvidar la importancia de la supervisión, sobre todo en casos de esta relevancia. El seguimiento debe de ser multidisciplinar e implicar también a familias, centros educativos, contexto social, etc.; siendo la intervención multinivel. Además, los profesionales de la salud deberíamos estar más familiarizados y desensibilizados (en el buen sentido de la palabra) a este tipo de problemáticas. La frustración, sentimiento de incompetencia o desaliento son frecuentes en este tipo de problemáticas por parte de los terapeutas. Por tanto, debemos de ser cautos y no intervenir sin una buena evaluación. Una mala intervención puede reforzar la conducta suicida (Van de Koppel et al., 2024).

Conclusiones

Teniendo en cuenta todos los aspectos analizados, se pueden extraer algunas conclusiones interesantes. Sin duda alguna, la conclusión principal es que la conducta suicida, pese a ser un tabú en la sociedad actual (incluso para los propios profesionales) se trata también de un problema de salud pública que no debemos de ignorar ya que se lleva por delante miles de vidas.

En cuanto a los datos, su escasez o falta de rigor ponen de manifiesto la voluntad de querer esconder esta alarmante situación o la falta de preocupación por intervenir en la misma; además de la inexistente preocupación por parte de los gobiernos, reflejada claramente en la escasa legislación, por no decir ninguna, acerca del suicidio o su abordaje. Entre la escasez de cifras encontradas, estando algunos datos del INE sin renovar desde el año 2007, concretamente la *Estadística del Suicidio en España*, y la escasa fiabilidad de las cifras se ha hecho muy difícil un correcto mapeo de la situación actual en España. Se puede observar como la causa “Otras enfermedades isquémicas del corazón” supera en cifras (14.665 muertes) al suicidio (14.665 muertes) cuando esta primera implica una mayor variedad de posibilidades ¿qué veracidad le queda a las estadísticas?

A nivel investigativo, las autopsias psicológicas proporcionan gran cantidad de información sobre las víctimas de suicidio, lo que las convierte en el principal método de recopilación de información seleccionado. Por ello, deben de ser completas e implicar al mayor número de personas cercanas posibles. En este sentido, Loojimans (2021), habla del valor que añade la información que aportan los pares a las autopsias psicológicas, encontrando hasta siete nuevos temas. De esta forma, el 65% de los pares dieron nueva información en al menos cuatro temas. Además, se pudo comprobar que los hermanos aportan más información sobre temas familiares que los amigos. Entre los resultados obtenidos en su estudio también se pudo observar que los padres eran más proclives a usar terminología psiquiátrica o diagnóstica, agarrándose al modelo biomédico para comprender el suicidio mientras que los pares pueden tener más en cuenta el contexto al añadir información sobre acoso escolar o experiencias académicas, relaciones sociales y redes sociales o relaciones familiares.

Por otra parte, aun teniendo beneficios, internet y las redes sociales son uno de los elementos más peligrosos o reforzantes de la conducta suicida. No solo por lo nociva que

puede ser la comparación para los jóvenes y lo fácil que es caer en ella sino también por la facilidad de acceso a información y la desensibilización hacia el suicidio en la que puede derivar. Un claro ejemplo es como los pequeños retos de “La Ballena Azul” te van acercando desde lo inofensivo hasta conductas autolíticas, reduciendo la intensidad de las respuestas ante estímulos relacionados con la muerte propia.

Los resultados muestran también la forma en la que el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de la conducta suicida de O’Connor y Kirtley (2018) recoge de forma integrada todos los elementos que rodean a dicho fenómeno. Desde la fase premotivacional en la que podemos referirnos a los apartados de *demografía*, *personalidad*, *consumo de sustancias*, ...; pasando por la fase motivacional, donde cobrarán especial relevancia los apartados sobre la comunicación, la *familia* o nuestro propio papel como terapeutas; hasta la fase volitiva, donde las secciones de *conducta suicida previa* y *notas de suicidio* arrojan mucha luz.

Resulta de gran interés para finalizar el trabajo comparar el estudio llevado a cabo por Soole et al. (2015), con los resultados obtenidos. En cuanto a la demografía se sigue observando un aumento de la incidencia con el aumento de la edad. En esta línea, el método más común sigue siendo el ahorcamiento. Aunque se sigue teniendo en cuenta el contexto sociocultural, siendo grandes influyentes en este fenómeno la demografía y la cultura, en esta revisión, sí se han podido encontrar diferencias significativas entre niños y niñas en algunos aspectos como puede ser la comunicación. Si hablamos a nivel individual de la población infanto-juvenil, los resultados coinciden en el patrón de personalidad y en las psicopatologías relacionadas con la conducta estudiada, habiendo ampliado información sobre las mismas. A nivel familiar, socioambiental y contextual no se han encontrado nuevos aspectos de gran significación en comparación con los hallazgos de Soole et al. (2015). Sin embargo, cabe resaltar la relevancia de las nuevas áreas relacionadas con la conducta suicida que han aparecido tras la revisión: redes sociales, diversidad de género y sexual o el papel del terapeuta.

Limitaciones

La principal limitación de este trabajo viene dada como consecuencia de la falta de interés científico sobre el tema y el estigma y el tabú que lo rodea. El evitar este tema no hace que desaparezca, pero sí produce desinformación. Como se ha señalado ya en las

conclusiones, esta situación viene desde la raíz, desde la propia recogida de datos, de cifras. Es por ello que para realizar esta revisión se ha debido de ser laxo con los criterios de inclusión y exclusión. Un ejemplo claro es que, aunque la mayoría de estudios revisados poseen una muestra occidental, no todos, lo que hace que la variabilidad de la demografía sea más grande a nivel de resultados y pueda dificultar su concreción. Esto es así dado al componente social, contextual y cultural que ya se ha visto que esta conducta posee. Por tanto, los resultados obtenidos, en algunos aspectos como las circunstancias del suicidio han sido más ambiguos.

Por otra parte, otra limitación percibida es la inclusión del género o la diversidad de género. Es decir, aunque un par de artículos consideran relacionar la problemática con la variable diversidad de género, a mi parecer, no ha sido tomada en cuenta a la hora de llevar a cabo los estudios lo que hace que se pierda firmeza o credibilidad a la hora de hablar de niños y niñas. Si las atribuciones que hacemos al género son construcciones sociales ¿no reside el fondo de la problemática en la forma en la que enseñamos a comunicarse y a comportarse? De esta forma, se podrían llevar a cabo prevenciones destinadas a la comunicación y al afrontamiento independientemente del género.

Futuras líneas de investigación

Se puede afirmar que, dada la escasa preocupación sobre el tema, cualquier línea de investigación abierta arrojará mucha luz a la problemática actual. Entre las áreas relevantes a investigar se encuentran: mayor profundización en la demografía; características de la conducta suicida, sobre todo inicial, permitiendo una detección precoz; cómo afecta la diversidad sexual y de género al fenómeno del suicidio; o intervenciones eficaces para personas con conducta suicida.

Además, prima la necesidad de ampliar el estudio científico sobre esta realidad en la población infantojuvenil y cómo afecta a la misma dada la dificultad encontrada a la hora de hallar información específica al respecto. Aunque no son las cifras poblacionales más alarmantes, sí que lo es el hecho de que personas tan jóvenes quieran acabar con su vida.

Por otra parte, en cuanto a este estudio, se propone como una referencia a la hora de creación de programas o planes de prevención e intervención en distintas áreas o para

concienciar y dar a conocer esta realidad no solo en los profesionales de la salud mental sino también de la salud general, comunidad educativa, políticas públicas, ...

Finalmente, y dada la especial relevancia que han cobrado en los últimos tiempos las redes sociales, investigar más a fondo el Efecto Papageno permitirá desarrollar gran cantidad de recursos protectores (principalmente preventivos) para la población general y, especialmente, para la población infantojuvenil.

BIBLIOGRAFÍA

- Anula, I. (2021). Pongamos que hablo de suicidio. *Conocimiento Enfermero*, 4(13), 3–5.
<https://doi.org/10.60108/ce.173>
- Balt, E., Mérelle, S., Robinson, J., Popma, A., Creemers, D., van den Brand, I., van Bergen, D., Rasing, S., Mulder, W. y Gilissen, R., (2023). Social media use of adolescents who died by suicide: lessons from a psychological autopsy study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 17(1), 48
<https://doi.org/10.1186/s13034-023-00597-9> *
- Balt, E., Mérelle, S., van Bergen, D., Gilissen, R., van der Post, P., Looijmans, M., Creemers, D., Rasing, S., Mulder, W., van Domburgh, L., y Popma, A. (2021). Gender differences in suicide-related communication of young suicide victims. *PLoS One*, 16(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252028> *
- Barzilay, S., y Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 18(4), 295–312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
- Carvalho da Silva, O. y de Souza M. C., (2021). Triple taboo: considerations about suicide among children and adolescents. *Ciencia & saude coletiva*, 26(7), 2693–2698.
10.1590/1413-81232021267.07302021
- Castellvi-Obiols, P. y Piqueras J.A., (2018). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de estudios de Juventud*, 121(1), 45-59.
- Díaz-Oliván, I., Porrás-Segovia, A., Barrigón, M.L. y Jiménez-Muñoz, L. y Baca-García, E., (2021). Theoretical models of suicidal behaviour: A systematic review and narrative synthesis. *The European Journal of Psychiatry*, 35, 181-192.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.02.002>
- Domaradzki, J. (2021). The Werther effect, the Papageno effect or no effect? A literature review. *International journal of environmental research and public health*, 18(5).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052396>
- Freuchen, A., y Grøholt, B. (2015). Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: an examination of the notes from suicide victims 15 years and

younger. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(2), 194–206.
<https://doi.org/10.1177/1359104513504312> *

Fundación española para la prevención del suicidio (2024). *Observatorio del suicidio en España 2023*. Madrid. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2023/>

Gisperta, R., Gallob, B., Barberiáb, E., Puigdefàbregasa, A., Ribasay, G. y Medallo, J., (2014). Comentarios sobre las diferencias en el número de muertes por suicidio en España. Carta al director. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 208-209.

González-Castro, T. B., Tovilla-Zárate, C. A., Hernández-Díaz, Y., Juárez-Rojop, I. E., León-Garibay, A. G., Guzmán-Priego, C. G., López-Narváez, L., y Frésan, A. (2017). Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. *Journal of forensic and legal medicine*, 52, 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.10.002> *

Guerrero, M., (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Boletín Psicoevidencias*, (55). ISSN 2254-4046.

Hidalgo, M. I. y Ceñal, M. J., (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42-46. 10.1016/S1696-2818(14)70167-2

Instituto Nacional de Estadística (2007). *Estadística del Suicidio en España 2006. Resultados nacionales. Suicidios según grado de ejecución, sexo y modo*. Madrid. https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t18/p427/a2006/10/&file=02003.px#_tabs-grafico

Instituto Nacional de Estadística (2024). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Suicidio y lesiones autoinfligidas, Total, Edad*. https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#_tabs-grafico

Instituto Nacional de Estadística (2025). Sociedad. Salud. *Estadística de defunciones según la causa de muerte. Últimos datos*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

Lee, Y. L., Kweon, Y., Kang, Y. H., Yoon, K. H., Lee, M., Bhang, S. y Hong, H. J. (2024). Suicide warning signs that are challenging to recognize: a psychological autopsy

- study of Korean adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.
<https://doi.org/10.1186/s13034-024-00731-1> *
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Looijmans, M., van Bergen, D., Gilissen, R., Popma, A., Balt, E., Creemers, D., van Domburgh, L., Mulder, W., Rasing, S., y Mérelle, S. (2021). Additional Value of Peer Informants in Psychological Autopsy Studies of Youth Suicides. *Qualitative health research*, 31(11), 2056–2068. <https://doi.org/10.1177/10497323211022316> *
- Mendes, R., Santos, S., Taveira, F., Dinis-Oliveira, R. J., Santos, A., y Magalhães, T. (2015). Child suicide in the north of Portugal. *Journal of forensic sciences*, 60(2), 471–475. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.12685> *
- Mérelle, S., Van Bergen, D., Looijmans, M., Balt, E., Rasing, S., van Domburgh, L., Nauta, M., Sijperda, O., Mulder, W., Gilissen, R., Franx, G., Creemers, D., & Popma, A. (2020). A multi-method psychological autopsy study on youth suicides in the Netherlands in 2017: Feasibility, main outcomes, and recommendations. *PLoS One*, 15(8), e0238031. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238031> *
- Ministerio de Sanidad (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*.
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
- Ministerio de Sanidad y Comisionado de Salud Mental, (2025). *Plan de acción para la prevención del suicidio 2025-2027*.
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_prevenccion_del_suicidio_2025_2027.pdf
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Naciones Unidas, (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos.
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

- Narayanan, K. K., Duraiappa, M. y Madathil P., T., (2020) Psycho Social Factors in Adolescent Suicides- A Psychological Autopsy based Study. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(3), 402-406. <https://doi.org/10.37506/ijfmt.v14i3.10392> *
- National Institutes of Health (s.f.). *Suicidio*. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
- Navarro-Gómez, N., (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25-31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
- Niederkrötenhaler, T., y Till, B. (2019). Suicide and the media: From Werther to Papageno effects—A selective literature review. *Suicidologi*, 24(2), 4-12.
- Norero, C., (2018). Brain development in childhood. Acquisition and evolution of children's understanding of death. *Revista chilena de pediatría*, 89(1), 137-142. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018000100137>
- O'Connor, R. C. y Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 373. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Una de cada 100 muertes es por suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2025). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Parlamento Europeo (2023). Informe sobre la salud mental (2023/2074(INI)). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2023-0457_ES.html

- Real Academia Española (2024). Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea]. <https://dle.rae.es/suicidarse?m=form>
- Real Decreto 211/2022, de 22 de marzo, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la Cruz Roja Española para la prevención, detección precoz y atención a personas con riesgo de conducta suicida. Boletín Oficial del Estado, 70, de 23 de marzo de 2022. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-4587>
- Rodway, C., Tham, S., Ibrahim, S., Turnbull, P., Windfuhr, K., Shaw, J., Kapur, N. y Appleby, L., (2016). Suicide in children and young people in England: a consecutive case series. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 751–759. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30094-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30094-3) *
- Soole, R., Kólves, K., y De Leo, D. (2015). Suicide in children: a systematic review. *Archives of suicide research*, 19(3), 285-304.
- Tau, R., y Lenzi, A. M. (2012). Acerca del desarrollo de la noción de muerte en los niños. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. *Anuario de Investigaciones de la Universidad Nacional de Córdoba*, 1(1).
- Tejero, B y Alarcón, V., (2024). La prevención del suicidio infantil y adolescente trabajando el cuento. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1-18. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-377>
- Uriarte, J.D., (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 145-160.
- Van de Koppel, M., Mérelle. S. Y. M., Stikkelbroek, Y. A. J, Van der Heijden, P. T., Spijker, J., Popma, A. y Creemers, D.H.M., (2024). Case Report: Treatment policy for female adolescents in the grip of chronic suicidality. *Frontiers in Child Adolescent Psychiatry*, 3. 10.3389/frcha.2024.1384439 *

ANEXO

Tabla de resultados:

Estudio:	País y año:	Muestra y edad:	Comparación de grupos:	Método de suicidio:	de Salud Mental:	Conductas de suicidio previas:	Otros resultados significativos:
Diseño cuantitativo observacional descriptivo							
Rodway et al. (2016)	Inglaterra, entre enero de 2014 y abril de 2015.	N=145 Niños y jóvenes de 10 a 19 años.	Comparación entre grupos: de 10 a 17 años y de 18 a 19.	Más comunes: - Ahorcamiento/estrangulación. -Salto de altura. -Lesiones múltiples. -Por un tren.	-Casos de duelos y duelos complicados. -61% sin diagnosticar y 36% con medicación prescrita.	La mayoría de autolesiones previas y un 36% requirió intervención médica por ello. Expresión de ideación a círculo.	-Uso de internet en redes sociales para buscar información o compartir la conducta suicida.
Narayan et al (2020)	India, entre junio de 2017 y mayo de 2018.	N=55 Adolescentes entre 10 y 19 años.	No comparación de grupos.	No método.	-51% en estado depresivo dos semanas antes. -7,3% diagnosticados y en tratamiento.	-14,5% antecedentes de intentos previos. -21,8% habían expresado ideación a su círculo en el último mes.	-18,2% observo el fallecimiento de un familiar/amigo en el último año. -34,5% clase media alta. -30,9% clase baja.
Mendes et al (2015)	Portugal, entre 2004 y 2012.	N=17 Casos de entre 12 y 17 años.	No comparación de grupos.	Lugar: -41,2% en sitios públicos.	No estudiado.	-41% notas de suicidio (sin explicación del motivo el 82%).	Los resultados pueden variar en función del país (contexto social y cultural).

		Edad media 15,3 años.		-35,3% en propia casa. Forma: -35,3% ahorcamiento. -17,6% disparo. -17,6% contra un tren en movimiento.				Las tasas de suicidio aumentan en un 58,8% con el aumento de la población (urbanidad).	
Diseño cualitativo: estudio de caso.									
Van de Koppel et al (2024)	Países Bajos.	N=1 Adolescente de 18 años.	Comparación con grupo con conducta suicida crónica grave.	No especificado.	Trastorno de personalidad comórbido con un trastorno depresivo persistente, anorexia nerviosa y trastorno de ansiedad no especificado. -Predisposición a la inseguridad y el perfeccionismo desde pequeña.	Intentos graves de suicidio no consumados previos. Autolesiones desde los 14 años.	Suicidio no abordado familiarmente por miedo a inducirlo. Cuando la conducta suicida pasa a ser parte de la identidad el tratamiento y los problemas subyacentes pasan a un segundo plano. Suicidalidad como transdiagnóstico.		
Diseño multimétodo; cuantitativo y cualitativo.									
Mérelle (2020)	Países Bajos, entre febrero	N=35 Adolescentes de 10 a 19 años.	No comparación de grupos.	No estudiado.	65% puntuaciones elevadas en problemas emocionales.	72% sufrían ideación suicida.	Características diferentes entre chicos y chicas. 50% de los menores conocían a alguien con		

y octubre de 2019.	Edad media 16,9 años.	39% puntuaciones elevadas en problemas de conducta. 63% inscritos en servicios de salud mental para jóvenes. 49% diagnóstico psiquiátrico (TDAH, generalizado del desarrollo, no específico, dislexia, TEPT, personalidad o adicción).	53% realizaron al menos un intento de suicidio.	conducta suicida (ideación o intento). Efecto de las redes sociales, desafíos online y series de Netflix. Desconocimiento de los padres de la sexualidad de sus hijos. Cambios conductuales antes de consumir el suicidio.
--------------------	-----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autopsia Psicológica						
Lee et al (2024)	Corea del Sur, entre 2015 y 2021.	N=36 Adolescentes de entre 10 y 19 años. Edad media 16,1 años.	No comparación de grupos. 72,2% salto de altura. 16,7% envenenamiento. 8,3% envenenamiento por gases.	92,2% diagnóstico en los meses antes de fallecer; de los cuales 80,6% trastorno afectivo.	Lesiones e intentos previos (más en niñas). -Señales verbales 86,2%. -Señales conductuales 72,4%.	60% insatisfacción académica y problemas de conducta. 50% de los familiares trastornos psiquiátricos previos. Uso excesivo de internet o adicción al mismo.

Balt et al. (2023).	Países Bajos, 2017.	N=35 Adolescentes entre 10 y 20 años. Edad media 17 años.	No comparación de grupos.	Retos: -¿Cuánta agua puedes beber para adelgazar? -Autoasfixia. -Reto de la Ballena Azul.	-Redes sociales contribuyen a sedentarismo, ansiedad y soledad.	-Los propios retos se pueden considerar intentos previos.	-Efectos nocivos de las redes sociales. -Efecto beneficioso de las redes sociales.
Balt et al (2021).	Países Bajos, 2017	N=35 Jóvenes menores de 20 años.	Comparación entre 18 chicas y 17 chicos (por sexo) sobre Suicide Related Communication (SRC): el acto de transmitir la propia ideación, intención o comportamiento suicida a otra persona.	No estudiado.	-Verbalización de angustia emocional y tristeza, aumento del cansancio, cambio en patrones de sueño. -Malestar emocional, tristeza, ansiedad o inseguridad. -Niños: se sienten estancados y frustrados y aumenta la agresividad verbal. -Niñas: se anclan en la culpa, se consideran una carga.	El 100% de los jóvenes comunicó de alguna forma su conducta suicida; siendo una comunicación más alta y explícita en chicas.	-Aparición de SRC. -SRC verbal. -SRC no verbal. -SRC escrito. -SRC en los últimos meses. -Destinatarios de SRC.

Freuchen y Grøholt (2015)	Noruega, entre 2007 y 2009.	N=42 // 23 de notas de suicidio. Niños y adolescentes de 10 a 15 años. Edad media 13,8 años.	Comparación entre grupo que escribió nota de suicidio y grupo que no escribió nota de suicidio. No diferencias significativas en factores demográficos, circunstancias del suicidio, salud mental, tratamientos o estresores.	No estudiado.	Se encuentra un comportamiento alterado antes del suicidio (serviciales, cariñosos, alegres, relajados) en los que escribieron notas.	Es más probable que escriban notas de suicidio los menores que han tenido intentos previos de suicidio no consumados.	Los que escriben notas con mayor frecuencia redactan testamentos, regalan pertenencias o hacen preparativos (limpiar su habitación, poner música determinada o vestirse de forma no habitual).
González-Castro et al (2017)	Méjico, entre 2007 y 2014.	N=28 Niños y adolescentes de 10 a 17 años. Edad media 14,4 años. Igual proporción de chicos y chicas.	No comparación de grupos.	85,7% ahorcamiento, de los cuales el 78,6% fue en el hogar.	78,6% consumidores regulares de alcohol.	85,7% no mostró intentos previos.	60,7% tenía un progenitor que consumía alcohol regularmente. 60,7% provenían de familias disfuncionales.
Looijmans et al (2021)	Países Bajos, 2017.	N=35	Comparación entre datos de autopsias psicológicas en las	No estudiado.	No estudiado.	Padres y pares recibieron señales, sobre todo cuando	Incluir a los pares en las autopsias psicológicas en el 65% de los casos dieron

12 de 14 a 16 años y 23 de 17 a 19 años. que sólo se incluyó a los padres y en las que se incluyó tanto a padres como pares (hermanos o amigos sugeridos por los padres).

había intentos de información nueva en al previos; sin menos cuatro de los embargo, los pares siguientes siete temas: recibían mensajes consumo de sustancias, diferentes en cuanto experiencias escolares, a contenido y relaciones sociales con formato (por iguales y acoso escolar, ejemplo, mensajes relaciones familiares, redes por redes sociales). sociales y efecto contagio, diversidad sexual y de género y comunicación con padres y compañeros sobre el suicidio.